



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BRAGA

**Relatório Intercalar de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de
Gestão (incluindo os de corrupção e infrações conexas)**

2025

Serviço de Auditoria Interna
Outubro 2025

ÍNDICE DE CONTEÚDO

1. Introdução.....	3
2. Caracterização da Unidade Local de Saúde de Braga, EPE	3
3. Metodologia	4
4. O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão da ULSB.....	5
5. Resultados	10
6. Conclusões e Recomendações.....	13
7. Reporte.....	15

SIGLAS

EPE – Entidade Pública Empresarial;

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção;

PPRG – Plano de prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os de corrupção e infrações conexas);

SGL – Serviço de Gestão Logística;

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos;

SPCG – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão;

ULSB – Unidade Local de Saúde, EPE.

1. INTRODUÇÃO

A gestão de riscos é muito importante na gestão estratégica de uma organização pois é através deste processo que se analisam os riscos inerentes à sua atividade.

Na sua atividade diária, a Unidade Local de Saúde de Braga, EPE (ULSB) está exposta a diversos riscos de diferentes naturezas: clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (PPRG) contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão e constitui um dos instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

O presente documento visa dar cumprimento ao previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG da ULSB e, após a sua aprovação pelo Conselho de Administração, será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial da ULSB.

2. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA, EPE

A ULSB é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde constituída pelo Hospital de Braga, e pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários pertencentes a 6 municípios do distrito de Braga (Amares, Braga, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde).

A ULSB é uma instituição com personalidade coletiva de direito público com natureza pública empresarial, regendo-se pelos Estatutos das ULS's, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual. À ULSB aplica-se o previsto no Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado, bem como outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

Conciliando unidades de prestação de cuidados de saúde, investigação e ensino universitário, a ULSB dispõe de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência, assim como dispõe de equipamentos com tecnologias de primeira linha.

Na área da investigação, a ULSB integra o Centro Clínico Académico, que tem por objeto social o desenvolvimento da investigação clínica, enquadrada num ambiente de prestação de cuidados de saúde e a promoção e produção de conhecimento no sentido de tornar os cuidados clínicos mais efetivos, melhorando a qualidade e eficiência assistencial.

A gestão da ULSB desenvolve-se no enquadramento legislativo e normativo aplicável à atividade, encontrando-se suportada, entre outros, pelos seguintes documentos:

- Estatutos das ULS's;

- Regulamento Interno;
- Organograma;
- Contrato Programa;
- Código de Conduta e Ética;
- Políticas, Regulamentos, Manuais, Instruções de Trabalho e Procedimentos Internos;
- Instrumentos de prevenção de fraude: Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e o Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

Missão e Visão

A ULSB pretende garantir os mais elevados níveis de saúde da população, adotando as melhores práticas nos vários níveis de prevenção em saúde e tratamento da doença. Paralelamente, incentivar o ensino pré e pós-graduado e fomentar a investigação, em estreita colaboração com instituições universitárias, nas várias vertentes das ciências da saúde.

Valores e Princípios

Na gestão das suas atividades, a ULSB defende os seguintes valores e princípios: •Exigência e Rigor; •Transparência; •Paixão; •Humanismo; •Respeito; •Inovação; •Desenvolvimento humano.

Órgãos Sociais

De acordo com os Estatutos das ULS's, são órgãos sociais da ULSB:

- O Conselho de Administração;
- O Conselho Fiscal, um revisor oficial de contas ou sociedade de revisores oficiais de contas;
- O Conselho Consultivo.

Estrutura Organizacional

A estrutura organizativa da ULSB é a constante do organograma – ORG.001.00 – e traduz o previsto no seu Regulamento Interno – REG.001.04.

3. METODOLOGIA

A elaboração do presente documento enquadra-se na fase de monitorização e controlo do PPRG e corresponde ao relatório de avaliação intercalar elaborado para as situações identificadas com grau de risco Alto.

O trabalho realizado, na presente ação, compreendeu as seguintes fases:

1. Realização do exercício de auto-avaliação da implementação das medidas preventivas definidas para minimizar os efeitos dos fatores de risco que apresentam uma alta sensibilidade ao risco. Este exercício foi realizado pelos responsáveis de cada uma das Matrizes de Gestão de Risco;
2. Realização de reuniões com os referidos responsáveis, para análise das auto-avaliações recebidas;
3. Emissão do Relatório Intercalar de Execução do PPRG 2025.

4. O PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO DA ULSB

A gestão de riscos é muito importante na gestão estratégica de uma organização pois é através deste processo que se analisam os riscos inerentes à sua atividade.

Na sua atividade diária, a ULSB está exposta a diversos riscos de diferentes naturezas: clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

Este plano contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão.

A ULSB desenvolveu e implementou instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses, nomeadamente:

- O Regulamento Interno;
- O Código de Conduta e Ética;
- A existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- A acreditação pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- A certificação pela norma ISO 9001:2013 dos Serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saúde no Trabalho (ISO 45001) pela entidade acreditadora APCER - Associação Portuguesa de Certificação;
- Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e procedimentos internos;
- Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos e da implementação do PPRG, contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

Na elaboração do PPRG da ULSB foi tida em consideração a metodologia de gestão de risco recomendada pela ACSS no manual “Metodologia de Gestão de Risco” (2007), a “Norma de Gestão de Riscos” (2003) da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA).

A. Identificação dos Riscos

Áreas de Risco

As preocupações com o risco, traduzem-se na identificação de áreas suscetíveis de gerarem situações violadoras de princípios, disposições legais e práticas de bom governo, nomeadamente na prossecução do interesse público e na atuação com transparência, imparcialidade e boa fé.

Considerando a atividade da ULSB, o estabelecido no Regime Geral de Prevenção da Corrupção e o conhecimento sobre a Organização detido pelos membros do Conselho de Administração, foram estabelecidas como áreas mais suscetíveis de gerarem fatores potenciais riscos, as seguintes:

- Conselho de Administração/Pessoal Dirigente
- Gestão de Compras;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Gestão de Existências;
- Gestão Hoteleira;
- Planeamento e Controlo de Gestão;
- Gestão de Conflitos de Interesses.

Para cada uma das áreas identificadas foram construídas Matrizes de Gestão de Risco que são apresentadas como anexo ao presente documento.

Relativamente aos riscos associados ao processo de gestão de conflitos de interesses, por ser uma área transversal às restantes áreas, a avaliação do risco e a definição de medidas preventivas foram incluídas em cada uma das matrizes.

Além das áreas acima identificadas, foi ainda elaborada a Matriz de Gestão de Risco do Serviço de Auditoria Interna.

Avaliação de Risco

A elaboração das Matrizes de Gestão de Risco pressupôs o seguinte exercício por parte dos diretores de serviço:

- identificação dos fatores potenciais de risco suscetíveis de afetarem a concretização dos objetivos e passíveis de gerarem a prática de atos de incumprimento;

- classificação dos fatores identificados, atribuída apenas em termos qualitativos, quanto à sua sensibilidade ao risco, ou seja, probabilidade de ocorrência e de impacto esperado.

Para o efeito foram adotados os seguintes critérios:

- Quanto à **probabilidade de ocorrência**

Alta	A situação de risco identificada tem elevada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Média	A situação de risco identificada tem moderada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Baixa	A situação de risco identificada tem reduzida possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

- Quanto ao **impacto esperado**

Alto	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto significativo sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro significativo para o HB; Violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do HB e do próprio Estado.
Médio	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro para o HB.
Baixo	A situação de risco identificada não tem potencial para causar danos relevantes ao nível da imagem e atividade operacional do HB, nem para provocar prejuízos financeiros.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

O efeito conjugado das duas variáveis dá origem à seguinte matriz:

Matriz de Risco		Probabilidade de Ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto Esperado	Alta	Alta	Alta	Média
	Média	Alta	Média	Baixa
	Baixa	Média	Baixa	Baixa

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

Considera-se prioritário o desenvolvimento das ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma alta sensibilidade ao risco (vermelho).

Num segundo nível de prioridade devem ser consideradas as ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma média sensibilidade ao risco (amarelo).

B. Funções e Responsabilidades

Em conformidade com o previsto no regime Geral de Prevenção da Corrupção, nos Estatutos das ULS's e na metodologia de gestão de risco adotada, a atribuição de funções e responsabilidades é a seguinte:

- Conselho de Administração: como órgão dirigente máximo da ULSB, é responsável por promover a implementação do processo de gestão de risco. O Conselho de Administração tem a responsabilidade de definir a orientação estratégica da ULSB e assegurar a existência das condições necessárias para que a gestão de risco funcione de forma eficaz.
- Serviço de Auditoria Interna: é responsável pela avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Compete ao Serviço de Auditoria Interna, entre outras, a responsabilidade pela elaboração do plano de prevenção de riscos de gestão e dos respetivos relatórios anuais de execução.

No desempenho das suas funções, o Serviço de Auditoria Interna, deve:

- Focar o trabalho da auditoria interna nos riscos significativos que foram identificados e fazer auditorias aos processos de gestão de risco;
 - Fornecer garantias sobre a gestão de risco;
 - Proporcionar um apoio e um envolvimento ativo na gestão de risco;
 - Possibilitar a identificação/avaliação de riscos e dar formação aos colaboradores da ULSB sobre gestão de risco e controlo interno;
 - Coordenar a comunicação de riscos ao Conselho de Administração.
- Diretores de Serviço/Coordenadores de Unidades: são os responsáveis pela execução do PPRG nas suas áreas de competência, o que compreende a implementação, acompanhamento e atualização das respetivas matrizes de gestão de risco.

De acordo com as suas competências, os diretores de serviço/coordenadores de unidades devem:

- Gerir diariamente os riscos;
- Promover a sensibilização sobre a existência de riscos nos serviços e introduzir objetivos de gestão de riscos;

- Promover, nas reuniões de serviço, a inclusão do tema gestão de riscos, de forma a facilitar a identificação de eventuais novos fatores de risco e promover a redefinição de prioridades de acordo com a análise dos mesmos;
- Garantir que a gestão de riscos é incorporada tanto na fase de concepção de projetos, como ao longo da execução de cada um deles.

C. Monitorização e Controlo do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

O PPRG tem subjacente uma monitorização periódica através da elaboração de relatórios anuais sobre a sua execução. Esta monitorização tem como objetivo avaliar o nível de implementação das medidas de mitigação, apontando eventuais deficiências, aperfeiçoando a deteção de novos riscos ou recomendando a adoção e implementação de novos procedimentos, bem como a melhoria dos já existentes.

A execução do PPRG está sujeita a controlo efetuado nos seguintes termos:

- Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco alto;
- Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, do relatório de avaliação anual, contendo, nomeadamente, a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas e a previsão da conclusão da sua implementação.

Este plano é revisto a cada três anos ou sempre que ocorram alterações nas atribuições ou na estrutura orgânica da ULSB e que justifique uma revisão dos fatores potenciais de risco, da sua classificação ou das medidas preventivas.

D. Divulgação e Comunicação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

O PPRG e os respetivos relatórios de execução são comunicados ao Ministro da Saúde, ao Ministro das Finanças, para conhecimento, e à IGAS, bem como ao MENAC e divulgados, através da sua publicitação na intranet e na página oficial da ULSB, no prazo de 10 dias após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

5. RESULTADOS

O PPRG apresenta 7 matrizes de gestão de risco que identificam, no total, 70 fatores potenciais de risco e 97 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos respetivos fatores potenciais de risco.

MGR	Factor Potencial de Risco	Medidas Preventivas
Conselho de Administração e Pessoal Dirigente	7	5
Auditoria Interna	6	7
Gestão de Existências	10	14
Gestão Hoteleira	13	14
Gestão de Compras	14	19
Gestão de Recursos Humanos	14	29
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9
Total	70	97

Destes 70 fatores potenciais de risco, 5 foram classificados, pelos responsáveis das matrizes, com grau de risco Alto:

Gestão de Existências

O Serviço de Gestão Logística (SGL) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 10 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de existências e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Destes eventos potenciais de risco, o SGL, classificou 2 fatores com grau de risco Alto.

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade e de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável
1	Os dados mestre de existências podem estar em falta, incorretos ou desatualizados.	Alto	Médio	Alto	Verificar que todas as alterações (criação / alteração e eliminação) a dados mestre de materiais são devidamente aprovadas e total e corretamente atualizadas no respetivo sistema. Controlar periodicamente que os dados mestre de existências estão corretos e atualizados.	SGL
7	As existências de materiais podem não estar devidamente salvaguardadas.	Alto	Alto	Alto	Salvaguardar os produtos restringindo os acessos físicos: fechar os armazéns centrais e avançados, identificar e controlar as pessoas autorizadas a entrar, criar instruções de registo (manuais ou na aplicação) para a movimentação de produtos, durante o período normal de funcionamento de cada armazém e sobretudo fora desse período. Organizar instalações adequadas de armazenagem (centrais e avançadas), que permitam a movimentação eficiente e eficaz dos produtos e que tenham em consideração os requisitos de armazenagem dos mesmos.	SGL

No exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, o SGL considera, relativamente ao fator de risco n.º 1, que as alterações aos dados mestre são aprovadas e encontram-se atualizadas no sistema, sendo, contudo, necessário desenvolver um procedimento que permita dar continuidade à validação dos dados mestre de existências. O SGL manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Quanto ao fator de risco n.º 7, o SGL considera que, nos armazéns centrais e avançados do hospital, as existências estão salvaguardadas. Em 2025, foi possível expandir o modelo de reposição de material nas unidades dos cuidados de saúde primários, com base num sistema de controlo de material através de RFID (já se encontram instalados 18 painéis RFID e prevê-se instalar mais 18 até ao final do ano). Em contexto hospitalar, foi implementado um circuito logístico estruturado, envolvendo o parceiro logístico, que veio otimizar os tempos de reposição, reduzir a rutura de stock e reforçar a rastreabilidade de materiais. Refere também que se encontra em desenvolvimento um projeto de expansão do armazém central com o objetivo de eliminar, definitivamente, todo o material que ainda se encontra no corredor B1.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, conclui-se que as medidas preventivas associadas aos 2 fatores classificados com grau de risco Alto encontram-se parcialmente implementadas, evidenciando uma evolução muito positiva no que respeita às medidas adotadas para minimizar a ocorrência do fator potencial de risco nº7. Foram implementados, durante o ano de 2025, diversas alterações quanto à organização das instalações e à movimentação dos artigos, tanto na área hospitalar como na área dos cuidados de saúde primários, permitindo um maior controlo dos artigos e a redução significativa de artigos que se encontram no corredor do B1 (redução na ordem dos 50%).

Gestão de Recursos Humanos

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 14 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de recursos humanos e 29 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Destes eventos potenciais de risco, o SGRH, classificou 1 fator com grau de risco Alto.

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade e de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável
8	Pode não existir o reconhecimento do mérito e do desempenho dos trabalhadores.	Alto	Alto	Alto	Proceder à avaliação periódica de desempenho dos trabalhadores (SIADAP).	CA SGRH CCA

No exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, o SGRH considera que, relativamente ao fator de risco n.º 8, a aplicação do SIADAP sofreu uma alteração negativa. Em 2025, fruto da entrada em vigor do DL n.º 12/2024, de 10 de janeiro, foi necessário assegurar a reestruturação de

todo o processo de avaliação já implementado. No entanto, não foi ainda possível concluir esta reestruturação e concretizar o processo de avaliação. Em 2025, foi realizada formação aos avaliadores e avaliados e foram realizadas reuniões, por todas as Comissões Coordenadoras de Avaliação, com vista a preparação da avaliação de 2025. O SGRH manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, conclui-se que a medida preventiva associada ao fator classificado com grau de risco Alto encontra-se parcialmente implementada, mas apresenta um retrocesso face ao nível de implementação registado em 2024. Esta situação está relacionada com a necessidade de dar cumprimento à nova legislação referente ao SIADAP e que entrou em vigor em janeiro de 2025.

Planeamento e Controlo de Gestão

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados ao processo de planeamento e controlo de gestão e 9 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Destes eventos potenciais de risco, o SPCG, classificou 2 fatores com grau de risco Alto.

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade e de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável
1	A informação das várias aplicações informáticas de registo de atividade pode não ser fiável (falha nos registos).	Alto	Médio	Alto	Definição de procedimento para controlo de registos da atividade.	SPCG SGF SGP SGA
					Realização de rotinas de validação/correção da informação	SPCG SGF SGP SGA
					Realização de teste de consistência/conformidade dos dados.	SPCG
2	A informação produzida no SIG pode não ser fiável.	Alto	Médio	Alto	Validar a informação retirada do SIG com a informação dos sistemas de informação base.	SPCG

No exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, o SPCG divide a avaliação em dois momentos:

- Para registos de atividade realizados durante o 1º semestre de 2025: considera que foi garantida a manutenção das rotinas e as auditorias aos registos já implementadas anteriormente, o que permitiu uma melhoria dos registos. Refere ainda que, o processo de consolidação das rotinas associadas à implementação do sistema de BI permitiu novas validações à informação disponível.
- Para registos de atividade realizados no 2º semestre de 2025, em específico para os registos de atividade após a implementação do SClínico e Sonho: considera que decorre a fase de

exploração das funcionalidades da aplicação e o desenho das rotinas e procedimentos de controlo a adotar. O SPCG manteve a classificação do fator potencial com grau de risco Alto.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizado no âmbito da presente ação, conclui-se que as medidas preventivas associadas ao fator classificado com grau de risco Alto encontram-se parcialmente implementadas, sendo de realçar que, a mudança de sistema informático, ocorrida em julho de 2025, exigiu uma dedicação direcionada para a exploração e conhecimento da nova ferramenta e das suas funcionalidades, bem como uma redefinição dos procedimentos de controlo a aplicar.

Assim, a análise das auto-avaliações realizadas pelos responsáveis das matrizes de gestão de risco evidenciam que não existem medidas preventivas cujo processo de implementação não esteja em curso, no entanto não existem ainda medidas totalmente implementadas.

Mtrizes de Gestão de Risco	Nº fatores potenciais de risco c/ GR "Alto"	Nº Medidas preventivas	Avaliação da implementação das medidas preventivas					
			Não Implementada		Parcialmente Implementada		Implementada	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestão de Existências	2	3	0	0%	3	100%	0	0%
Gestão de Recursos Humanos	1	1	0	0%	1	100%	0	0%
Planeamento e Controlo de Gestão	2	4	0	0%	4	100%	0	0%

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A ULSB desenvolveu e implementou instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses, nomeadamente:

- ✓ O Regulamento Interno;
- ✓ O Código de Conduta e Ética;
- ✓ A existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- ✓ A acreditação pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ A certificação pela norma ISO 9001:2013 dos Serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saúde no Trabalho (ISO 45001) pela entidade acreditadora APCER - Associação Portuguesa de Certificação;

- ✓ Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e procedimentos internos;
- ✓ O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão;
- ✓ Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

A ULSB dispõe de um modelo de gestão de risco cuja adaptação à realidade ULS está em curso e que exige, por força da sua singularidade organizacional, enquanto ULS e EPE, um envolvimento de Auditoria Interna mais abrangente que o recomendado.

Dos resultados apresentados conclui-se que os responsáveis das matrizes de gestão de risco desenvolveram ações com vista a implementar as medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores potenciais de risco classificados com grau de risco Alto, no entanto, ainda não foi possível concluir a sua total implementação.

Assim, e face ao referido, apresentam-se as seguintes recomendações:

- Continuar a desenvolver as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores potenciais de risco classificados com grau de risco Alto:

Gestão de Existências:

- a. Concluir a implementação do modelo de reposição de material nas unidades dos cuidados de saúde primários;
- b. Acompanhar e monitorizar a implementação da solução de gestão de existências que envolve o parceiro logístico, medindo os resultados e ajustando os circuitos e procedimentos;
- c. Definir o procedimento para controlar periodicamente os dados mestre de existências;
- d. Garantir a salvaguarda dos artigos armazenados do corredor do piso -1 B do hospital.

Gestão de Recursos Humanos:

- a. Continuar a desenvolver as ações necessárias à conclusão processo de avaliação de desempenho, em cumprimento da legislação em vigor.

Planeamento e Controlo de Gestão:

- a. Desenvolver as ações necessárias ao conhecimento e domínio das funcionalidades das novas aplicações em vigor na ULSB;
- b. Redesenhar as rotinas e demais procedimentos de controlo necessários para garantir a fiabilidade da informação.

7. REPORTE

Nos termos do previsto nos Estatutos das ULS EPE, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, na sua redação atual, no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG da ULSB, o presente relatório de execução será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo e ao MENAC e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial da ULSB, no prazo de 10 dias após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

Braga, 10 de outubro de 2025

A Auditora Interna

Ana Couto