



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
**BRAGA**

# Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Risco de Corrupção e infrações conexas – 2025



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

## ÍNDICE

GLOSSÁRIO DE SIGLAS & ACRÓNIMOS.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	2
2. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA, EPE.....	2
3. METODOLOGIA.....	5
4. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS.....	6
5. RESULTADOS.....	10
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	15
7. REPORTE.....	17

## GLOSSÁRIO DE SIGLAS & ACRÓNIMOS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP;

EPE - Entidade Pública Empresarial;

HB - Hospital de Braga, EPE;

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;

SAI - Serviço de Auditoria Interna;

SNS - Serviço Nacional de Saúde;

ULSB - Unidade Local de Saúde de Braga, 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, E.P.E. (ULSB) está exposta a diversos riscos de diferentes naturezas clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e infrações conexas (PPR) contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão, constituindo 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 PPR 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

A ULSB é uma Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) 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, Pova de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde).

A ULSB é uma instituição com personalidade coletiva de direito público com natureza publica 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 a atividade, encontrando-se suportada, entre outros, pelos seguintes documentos:

- Estatutos das ULS's,
- Regulamento Interno;
- Organograma;
- Contrato Programa,
- Código de Ética e Conduta;
- Políticas, Regulamentos, Manuais, Instruções de Trabalho e Procedimentos Internos;
- Instrumentos de prevenção de fraude: Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e infrações conexas o e o Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

### **2.1. Missão**

A ULSB tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência, através de uma prática centrada no cidadão, caracterizada pela qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação, fortalecendo os princípios da promoção da saúde, humanização e envolvimento com a comunidade, promovendo, simultaneamente, a valorização pessoal e técnica dos seus profissionais.

A ULSB tem por missão principal a prestação de cuidados hospitalares à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS, garantir a prestação de cuidados de saúde primários e assegurar os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. Simultaneamente, a ULSB assume ainda atribuições de desenvolvimento de atividades de investigação, incluindo investigação clínica e inovação em saúde, formação e ensino pré e pós-graduado, nos termos a definir nos seus regulamentos internos e sem prejuízo de outras atribuições específicas que nos mesmos lhes possam ser fixadas.

### **2.2. Visão**

A ULSB pretende assumir-se como modelo de excelência no Serviço Nacional de Saúde e ser reconhecida como uma organização de referência na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde, centrados na pessoa, na comunidade e na sustentabilidade financeira e ambiental.

### 2.3. Valores e Princípios

No desenvolvimento da sua atividade e na prossecução da sua missão, a ULSB e os seus profissionais regem-se pelos seguintes princípios:

- a. Respeito pela dignidade humana e orientação com foco no utente;
- b. Envolvimento e valorização contínua dos colaboradores;
- c. Cultura de gestão e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos,
- d. Envolvimento da comunidade para a promoção da saúde;
- e. Fomento de práticas de sustentabilidade, nomeadamente ambiental;
- f. Eficiência no uso dos recursos e probidade na conduta;
- g. Criação de Valor, melhorando continuamente o desempenho;
- h. Igualdade e não discriminação;
- i. Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde;
- j. Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos, privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório sempre que se demonstre tecnicamente adequada;
- k. Realização das suas atividades de acordo com instrumentos de gestão previsionais, nomeadamente Contrato-Programa, Plano de Desenvolvimento Organizacional, anuais e plurianuais, e com cumprimento dos objetivos de política de saúde definida pelo Governo, através da área governativa da saúde;
- l. Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, em especial, com base em:
  - i. Tabelas de preços e acordos em vigor no Serviço Nacional de Saúde;
  - ii. Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência;
  - iii. Transferências do Orçamento do Estado, no caso dos hospitais integrados no setor público

administrativo;

- m. Adesão a uma gestão partilhada de recursos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a mecanismos de compras conjuntas;
- n. Garantia de livre escolha do utente em relação à unidade do Serviço Nacional de Saúde onde pretende ter resposta, independentemente do seu local de inscrição e de residência.

A ULSB atende aos Valores do compromisso, da integridade, da responsabilidade, da exigência e rigor, da transparência, do humanismo, do respeito, da inovação e do desenvolvimento humano, no respeito pelo valor da vida e da dignidade da pessoa.

#### **2.4. Órgãos Sociais**

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

- Conselho de Administração;
- Fiscal Único;
- Conselho Consultivo.

#### **2.5. Estrutura Organizacional**

A estrutura organizativa da ULSB é a constante do seu organograma, que traduz o previsto no seu Regulamento Interno.

### **3. METODOLOGIA**

A elaboração do presente documento enquadra-se na fase de monitorização e controlo do PPR e corresponde ao relatório de avaliação anual. O trabalho realizado, na presente ação, compreendeu as seguintes fases:

- Realização do exercício de autoavaliação da implementação das medidas preventivas definidas para minimizar os efeitos dos fatores de risco. Este exercício foi realizado pelos responsáveis de cada uma das matrizes de gestão de risco;
- Realização de reuniões com os referidos responsáveis, para análise das autoavaliações recebidas;

- Emissão do Relatório de Execução do PPR 2025.

## 4. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

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:

- i. Regulamento Interno;
- ii. Código de Ética e Conduta;
- iii. Existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- iv. Acreditação pela CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- v. 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;
- vi. Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saude no Trabalho (ISO 45001) pela entidade creditora APCER Associação Portuguesa de Certificação;
- vii. Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos instruções de trabalho e procedimentos internos,;
- viii. Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos e da implementação do PPR, contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses. Na elaboração do PPR da ULSB foi tida em consideração a metodologia de gestão de risco recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (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).

#### 4.1. Identificação dos Riscos

a) 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.

b) Avaliação de Risco, a elaboração das matrizes de gestão de risco pressupõe 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:

b.1) 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)

b.2) Quanto ao impacto esperado:

Alto	A situação de risco identificada tem potencial para causar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Impacto significativo sobre a atividade operacional;</li> <li>Prejuízo financeiro significativo;</li> <li>Violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade.</li> </ul>
Médio	A situação de risco identificada tem potencial para causar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Impacto sobre a atividade operacional;</li> <li>Prejuízo financeiro.</li> </ul>
Baixo	A situação de risco identificada não tem potencial para causar danos relevantes ao nível da imagem e atividade operacional, nem para provocar prejuízos financeiros.

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

b.3) 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).

#### 4.2. 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:

- a) 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.
- b) 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 corrupção e infrações conexas 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.
- c) Diretores de Serviço/Coordenadores de Unidades; são os responsáveis pela execução do PPR 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 conceção de projetos, como ao longo da execução de cada um deles.

#### **4.3. Monitorização e Controlo do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão**

O PPR 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 PPR 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.

#### **4.4. Divulgação e Comunicação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão**

O PPR 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 PPR apresenta 7 matrizes de gestão de risco (MGR) que identificam, no total, 75 fatores potenciais de risco e 102 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos respetivos fatores potenciais de risco, conforme se apresenta:

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	18	33
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>102</b>

A análise dos exercícios de autoavaliação realizado pelos responsáveis das matrizes de gestão de risco permite concluir que cerca de 44% das medidas preventivas foram consideradas implementadas, cerca de 40% das medidas foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 16% das medidas foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação).

Comparativamente com os resultados dos anos anteriores verifica-se uma consolidação dos resultados obtidos. Importa aqui referir que o ano de 2024 foi o primeiro ano de atividade da ULSB, o que se caracterizou pela promoção da integração de processos e procedimentos das áreas dos cuidados de saúde hospitalares e dos cuidados de saúde primários.

Assim, a necessidade de dedicação ao processo de transição e integração condicionou a evolução da implementação das medidas preventivas ao longo de 2024, sendo de realçar que não ocorreu perda dos resultados positivos anteriormente obtidos.

Matrizes de Gestão de Risco	N.º Fatores potenciais de risco	N.º Medidas preventivas	Avaliação da implementação das medidas preventivas					
			Não Implementada		Parcialmente Implementada		Implementada	
			NS	%	NP	%	NB	%
Conselho de Administração e Pessoal	7	5	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
Auditoria Interna	6	7	1	14,3%	1	14,3%	5	71,4%
Gestão de Compras	14	19	0	0	8	42,00%	11	58%
Gestão de Recursos Humanos	18	33	10	30,3%	11	33,3%	12	36,4%
Gestão de Existências	10	14	0	0,0%	7	50,0%	7	50,0%
Gestão Hoteleira	13	14	1	7,1%	3	21,4%	10	71,4%
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>102</b>	<b>16</b>	<b>15,7%</b>	<b>41</b>	<b>40,2%</b>	<b>45</b>	<b>44,1%</b>

Seguidamente é apresentada, para cada uma das matrizes de gestão de risco, uma perspetiva da evolução da implementação das medidas preventivas identificadas.

### 5.1. Conselho de Administração e Pessoal Dirigente

Esta matriz de gestão de risco apresenta 7 fatores potenciais de risco e 5 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência. Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que todas as medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), mantendo a avaliação obtida nos anos anteriores. Assim, deverá ser dada continuidade à promoção da consolidação dos resultados obtidos.

### 5.2. Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna (SAI) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados à sua atividade e 7 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência. Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 71% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), cerca de 14% (1 medida) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 14% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que

apresentam maior sensibilidade ao risco.

### 5.3. Gestão de Compras

O Serviço de Gestão de Compras (SGC) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 14 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de compras e 19 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 58% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (11 medidas), cerca de 42% (8 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas.

Estes resultados apresentam uma evolução positiva quanto às medidas preventivas implementadas ou parcialmente implementadas, inexistindo medidas não implementadas. Uma evolução muito positiva em relação à avaliação de 2024, conforme se apresenta:

- Não implementadas 3 (15%);
- Parcialmente implementada 12 (60%);
- Implementadas 5(25%).

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

### 5.4. Gestão de Recursos Humanos

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 18 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de recursos humanos e 33 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 36% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (12 medidas), cerca de 33% (11 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 30% (10 medidas) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, sendo apenas de esclarecer que as medidas não implementadas sofreram um aumento, pois decorrem da identificação de novos fatores de risco associados ao processo de transição para o modelo ULSB.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco. Em conformidade com o já desenvolvido pelo serviço, deve ser dada continuidade à aplicação destas medidas no âmbito dos procedimentos e processos adotados na área dos cuidados de saúde primários

### **5.5. 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.

Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 50% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (7 medidas), cerca de 50% (7 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e que não existem medidas preventivas para as quais ainda não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação.

Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, sendo apenas de esclarecer que uma das medidas transitou de implementada para parcialmente implementada por estar a ser aplicada no âmbito dos procedimentos afetos à área dos cuidados de saúde primários.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Em conformidade com o já desenvolvido pelo serviço, deve ser dada continuidade à aplicação destas medidas no âmbito dos procedimentos e processos adotados na área dos cuidados de saúde primários.

### **5.6. Gestão de Hoteleira**

O Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 13 fatores potenciais de risco associados à sua atividade e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que

cerca de 71% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (10 medidas), cerca de 21% (3 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 7% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco. Em conformidade com o já desenvolvido pelo serviço, deve ser dada continuidade à aplicação destas medidas no âmbito dos procedimentos e processos adotados na área dos cuidados de saúde primários.

### 5.7. 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.

Da análise ao exercício de autoavaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 11% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (1 medidas), cerca de 78% (7 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 11% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação).

Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

## 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, os seguintes:

- 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.

Não obstante as exigências do ano de 2024 relacionadas com a criação e entrada em funcionamento da ULSB que se refletiram durante o ano de 2025, quanto à garantia de desenvolvimento das ações necessárias transversalmente à ULSB, os responsáveis das matrizes de gestão de risco conseguiram assegurar a consolidação dos resultados obtidos.

Os serviços devem manter o seu empenho na conclusão da implementação das medidas ainda em curso e assegurar a consolidação dos resultados obtidos.

Assim, e face ao referido ao longo do presente documento, apresentam-se as seguintes recomendações:

- Continuar a desenvolver as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas preventivas;
- Assegurar a consolidação dos resultados obtidos;
- Realizar ações de formação que promovam a divulgação do PPR e da sua metodologia junto dos colaboradores e dirigentes;

- Assegurar, até final de 2026, uma revisão ao PPR que permita uma maior abrangência de áreas de atividade, traduza a realidade do funcionamento em modelo ULS e reflita a reavaliação do risco efetuada no âmbito dos relatórios de execução.

## 7. REPORTE

Nos termos do previsto nos Estatutos das ULS, 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 PPR da ULSB, o presente relatório de execução será comunicado à Ministra da Saúde, ao Ministro das Finanças, para conhecimento, e à IGAS, bem como 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.

Carla Ferreira (n. mecanográfico 12685)

Serviço de Auditoria Interna

30 de abril de 2025



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
**BRAGA**



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE