UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BRAGA

Relatório de Execução Intercalar do Plano de Prevenção de Risco de Corrupção e infrações conexas – 2026

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 2
3. METODOLOGIA 5
4. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS 6
5. RESULTADOS 10
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES 14
7. REPORTE 15

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 ° 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, Povoa 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, caraterizada 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 Referenciação 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 pratica 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 previsional, 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 caraterísticas 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 intercalar para as situações identificadas com grau de risco alto. 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 Intercalar do PPR 2026.

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. Acreditaçao 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 creditadora 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 isco 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:

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: • Impacto significativo sobre a atividade operacional; • Prejuízo financeiro significativo; • Violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade.
Médio	A situação de risco identificada tem potencial para causar: • Impacto sobre a atividade operacional; • Prejuízo financeiro.
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
Total	**75**	**102**

Os cinco fatores de risco classificados como altos estão distribuídos pelas áreas de Gestão de Existências, Gestão de Recursos Humanos e Planeamento e Controlo de Gestão, sobre os quais incide a presente avaliação intercalar e a análise das respetivas medidas de prevenção e mitigação, conforme se apresenta:

5.1. 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.

Risco: Reconhecimento do mérito/desempenho

No relatório de 2025, este era já um ponto prioritário e encontrava-se relacionado com a reestruturação do processo de avaliação decorrente da alteração legislativa, mantendo-se então o risco alto.

Recomenda-se manter o acompanhamento prioritário do fator associado ao reconhecimento do mérito e do desempenho e assegurar que as futuras autoavaliações apresentem informação sobre as ações desenvolvidas, os resultados alcançados e as medidas ainda por concretizar.

5.2. 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.

Risco: Dados mestre incorretos/desatualizados

Em 2026, o serviço refere que as alterações aos dados mestre são aprovadas e atualizadas no sistema, mas continua sem existir um controlo periódico formal e sistemático para investigação/inativação dos artigos sem rotação. Como ação futura, identifica a formalização de um procedimento com periodicidade definida e a criação de uma equipa de base de dados. O risco permanece Alto.

Não obstante as ações desenvolvidas no sentido de assegurar a atualização dos dados mestre de existências, mantém-se por concluir a formalização de um mecanismo periódico e sistemático de controlo, designadamente relativamente aos artigos sem rotação, circunstância que determina a manutenção da classificação do fator potencial de risco como alto.

Recomenda-se formalizar e implementar o procedimento de controlo periódico dos dados mestre, definindo periodicidade, responsáveis, evidência do controlo realizado e tratamento das situações identificadas.

Risco: Salvaguarda das existências

A informação da autoavaliação do serviço de 2026 refere:

- controlo de acessos aos armazéns;
- manutenção do PRO.LOG.006;
- consolidação da operação com o parceiro logístico SUCH;
- redução de cerca de 50% das existências anteriormente localizadas no corredor B1;
- execução da empreitada de remodelação/expansão do armazém central;
- permanência de material no corredor sem salvaguarda física integral;
- conclusão da expansão apontada para maio de 2027;
- necessidade de concluir expansão RFID e estender procedimentos aos armazéns avançados dos CSP.

A implementação das medidas evidencia uma evolução favorável, traduzida na redução da exposição física das existências no corredor B1 e na consolidação dos circuitos logísticos. Contudo, subsiste exposição residual decorrente da permanência de materiais fora das áreas de armazenagem integralmente salvaguardadas, encontrando-se a eliminação desta situação dependente da conclusão da expansão física do armazém central.

Existe evolução favorável da implementação das medidas, mas não eliminação do risco.

5.3. 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.

Risco: Fiabilidade dos registos de atividade

Em 2025, a alteração dos sistemas de informação, designadamente a transição para o SClínico e SONHO, determinou a necessidade de exploração das novas aplicações e de redefinição das rotinas e procedimentos de controlo.

Em 2026, de acordo com a autoavaliação efetuada, continuam a ser implementadas novas rotinas de auditoria, subsistindo constrangimentos na obtenção da informação. Foram igualmente efetuadas alterações às parametrizações iniciais do SONHO e iniciada a implementação de ferramentas de Business Intelligence (BI).

Face ao exposto, verifica-se que se encontram em desenvolvimento medidas destinadas ao reforço da fiabilidade da informação e dos mecanismos de controlo dos registos de atividade. Contudo, atendendo a que algumas das medidas previstas permanecem em fase de implementação ou consolidação, mantém-se a classificação do fator potencial de risco como alto.

Risco: Inconsistências entre sistemas/reporting e sistemas de origem

A medida de mitigação associada assenta na validação da informação obtida através do SONHO e BI-Hospitalar face aos sistemas de informação de base, procurando assegurar a consistência da informação produzida e utilizada para efeitos de reporting. A reavaliação constante da autoavaliação de 2026 mantém este fator classificado como risco Alto.

Assim, atendendo à possibilidade de subsistirem divergências entre a informação extraída das ferramentas de reporting e a informação dos respetivos sistemas de origem, mantém-se a classificação do fator potencial de risco como alto, devendo prosseguir o reforço dos mecanismos de validação e controlo da consistência da informação.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A ULSB desenvolveu e implementou diversos instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses. 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 avaliação intercalar realizada permitiu acompanhar a evolução dos fatores de risco classificados como altos, bem como o estado de implementação das medidas preventivas e corretivas definidas no âmbito do Plano de Prevenção de Riscos.

De uma forma global, verifica-se que os serviços têm vindo a desenvolver ações destinadas à mitigação dos riscos identificados, observando-se, em algumas situações, uma evolução favorável das condições que estiveram na origem da respetiva classificação. Não obstante, os fatores objeto da presente avaliação mantêm a classificação de risco alto, persistindo fragilidades ou encontrando-se ainda em curso medidas cuja implementação e eficácia carecem de consolidação.

A manutenção da classificação de risco alto não significa, por si só, ausência de evolução. Importa distinguir a implementação das medidas preventivas dos seus resultados efetivos na redução da exposição ao risco, designadamente nas situações em que as ações desenvolvidas ainda não permitiram alterar os níveis de probabilidade e/ou impacto considerados na avaliação.

Neste contexto, considera-se fundamental assegurar a continuidade da implementação das medidas previstas, reforçando a sua formalização, monitorização e avaliação, com identificação clara dos responsáveis, prazos e evidências de execução, de modo a permitir aferir objetivamente a sua eficácia e a evolução do risco.

Os resultados da presente avaliação deverão igualmente constituir um contributo para a revisão e atualização do Plano de Prevenção de Riscos, particularmente quanto aos riscos que permanecem elevados, à adequação das medidas preventivas existentes e à necessidade de introdução de novos mecanismos de controlo e monitorização.

Em síntese, a avaliação intercalar evidencia progressos no tratamento dos riscos identificados, sem que se encontrem ainda reunidas condições para considerar suficientemente mitigados os riscos classificados como altos, justificando-se, por isso, a manutenção do seu acompanhamento prioritário e a posterior avaliação da efetiva implementação e eficácia das medidas adotadas.

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

- Formalizar o procedimento de controlo periódico dos dados mestre, definindo frequência, responsáveis, evidência de execução e tratamento dos artigos sem rotação;

- Manter a monitorização da execução da expansão do armazém central, até à eliminação da armazenagem no corredor B1, bem como concluir a extensão dos mecanismos de controlo aos armazéns avançados dos CSP;
- Concluir as etapas pendentes do processo de avaliação de desempenho e assegurar a regularidade do respetivo ciclo, identificando objetivamente quaisquer situações ainda não concluídas;
- Formalizar e consolidar procedimentos periódicos de validação entre os sistemas de origem, SONHO e ferramentas de BI, definindo responsáveis, periodicidade, evidências do controlo e procedimentos de correção das divergências.

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.º mecanográfico 12685)
Serviço de Auditoria Interna
26 de outubro de 2026

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BRAGA