

O C.A. aprova  
o presente relatório.

06/05/2026

Arouna



N. Basilio

## Relatório Anual de Avaliação da Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas - 2025



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
LISBOA OCIDENTAL

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Serviço de Auditoria Interna

abril de 2026

## RESUMO

**Identificação**

Relatório Anual de Avaliação da Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de 2025

**Entidade**

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO), E.P.E.

**Fundamentação**

alínea e) do n.º 2 do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto; alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do capítulo III, do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

**Âmbito**

- Os serviços constantes no Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (2ª revisão) aprovado pelo CA em 15 de dezembro de 2021, em vigor na ULSLO.

**Objetivos**

- Identificar os riscos de gestão e de corrupção e infrações conexas nas diversas áreas dos serviços minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais riscos podem ter na prossecução dos objetivos da ULSLO;
- Avaliar a execução das medidas de melhoria (preventivas e corretivas) implementadas, parcialmente implementadas, em curso e a implementar.

**Metodologia**

Para a avaliação da execução das medidas preventivas e corretivas referentes aos riscos de gestão e de corrupção e infrações conexas estabelecidos no PGRIC, foi submetido aos serviços uma matriz de avaliação/afecção elaborada pelo SAI, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e corretivas, prazos previstos de execução e reclassificação do nível de risco, bem como, a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial ou em curso das medidas previstas na 2ª edição do PGRIC aprovado pelo CA em 15 de dezembro de 2021, em vigor na ULSLO.

**Auditor Interno**

Etelvino Moucho Craveiro

**Técnico Auditor**

## ÍNDICE

<b>RESUMO .....</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Qualificação do Risco .....</b>	<b>8</b>
<b>4. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PGRCIC.....</b>	<b>9</b>
<b>4.1 Objetivo.....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 Metodologia Adotada .....</b>	<b>10</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>11</b>
Conselho de Administração .....	12
Serviço de Auditoria Interna .....	12
Serviço Jurídico e Contencioso .....	13
Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão.....	13
Serviço de Gestão de Compras .....	13
Serviço de Logística e Distribuição.....	13
Serviço de Gestão Hoteleira .....	13
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação .....	13
Serviço Financeiro.....	13
Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente .....	14
Serviço de Instalações e Equipamentos.....	14
Serviço de Comunicação e Imagem .....	14
Serviços Farmacêuticos .....	14
Serviço Social .....	14
Serviço de Nutrição Clínica .....	14
Medidas Parcialmente Implementadas ou em Curso.....	14
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>20</b>
<b>7. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>20</b>
<b>8. DIVULGAÇÃO DO RELATÓRIO .....</b>	<b>21</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 – Riscos por serviço em 2025.....	12
Gráfico 2 – Medidas preventivas e corretivas por serviço em 2025.....	12
Tabela 1 - Medidas Parcialmente Implementadas ou em Curso em 2025.....	15

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CA - Conselho de Administração

CE - Caderno de Encargos

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção

EPE - Entidade Pública Empresarial

HEM - Hospital de Egas Moniz

HSC - Hospital de Santa Cruz

HSFX - Hospital São Francisco Xavier

MENAC - Mecanismo Nacional Anticorrupção

PGRIC - Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

SAI - Serviço de Auditoria Interna

SF - Serviço Financeiro

SFARM - Serviços Farmacêuticos

SCI - Serviço de Comunicação e Imagem

SGC - Serviço de Gestão de Compras

SLD - Serviço de Logística e Distribuição

SGASCD - Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente

SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SGH - Serviço de Gestão Hoteleira

SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos

SJC - Serviço Jurídico e de Contencioso

SNC - Serviço de Nutrição Clínica

SPACG - Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

SSOC - Serviço Social

SSTI - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

ULSLO - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

## 1. INTRODUÇÃO

O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) **em vigor na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. (ULSLO)**, foi aprovado a 30 de julho de 2014 e revisto pela última vez em 15 de dezembro de 2021, antes da constituição da ULSLO. Foi elaborado nos termos da:

- alínea e) do n.º 2 do artigo 86º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde constantes no Capítulo IV, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do SNS e da;
- alínea b) do n.º 4 do artigo 6º do Capítulo III, do Anexo do Decreto-Lei 109-E/2022 de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o Regime Geral de Prevenção da Corrupção.

De acordo com o n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, as entidades abrangidas devem adotar e implementar um Plano de Prevenção de Riscos (PPR) transversal a toda a organização. Nesse contexto, o novo PGRCIC está concluído e em fase de aprovação para assegurar o pleno cumprimento desta norma e incluir os cuidados de saúde primários para refletir a nova configuração orgânica. Foram também identificados novos riscos e medidas adicionais com especial ênfase para as áreas mais críticas, recursos humanos, compras, contratação pública e recursos financeiros, entre outras.

Tendo como objetivo avaliar a execução das medidas de melhoria preventivas e corretivas referentes aos riscos dos serviços constantes no PGRCIC em vigor na ULSLO, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos da ULSLO, é elaborado pelo SAI o presente relatório.

Identificados os riscos procedeu-se à avaliação do grau/nível de cada risco (que decorre da conjugação da probabilidade de ocorrência do risco com o impacto previsível da ocorrência do risco), e à análise de reporte das ações realizadas em cada área dos serviços mencionados no PGRCIC na aplicação dos diversos mecanismos de acompanhamento na execução das preventivas e corretivas.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) (ULSLO), criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, resulta da integração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Cascais e o Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, assumindo uma responsabilidade assistencial de primeira linha a uma população de cerca de 460.000 habitantes.

A ULSLO é a unidade de referência para a população residente nas freguesias de Belém, Campo de Ourique, Ajuda e Alcântara do Concelho de Lisboa, e para o total das freguesias do Concelho de Oeiras e de Cascais (sem prejuízo da articulação com o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida). Na vertente dos cuidados de saúde de elevada diferenciação, desenvolve a sua atividade assistencial para todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em condições de igualdade, equidade, humanização e qualidade.

Na prestação de cuidados é uma entidade de referência regional e nacional em múltiplas áreas de especial complexidade.

A ULSLO desenvolve igualmente uma importante atividade nas áreas do ensino e de investigação, integrando o Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL) desde 2018.

## 3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO

O PGRIC tem como referência o risco como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência negativa na obtenção dos objetivos da ULSLO.

A gestão do risco é uma atividade que assume um carácter fundamental, constituindo uma das grandes preocupações na ULSLO, revelando-se como um requisito essencial no seu funcionamento, sendo fundamental nas relações que se estabelecem entre os diversos colaboradores e o Conselho de Administração.

É da responsabilidade dos órgãos de gestão de cada instituição, independentemente do cargo ou do nível hierárquico onde se encontram, a criação de mecanismos apropriados na gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas.

Uma das bases para uma adequada repressão dos eventuais atos de corrupção e infrações conexas encontra a sua sedimentação na sensibilização dos líderes em atuar na plenitude dos seus deveres morais e éticos e no reforço da dimensão cívica, sendo esta o alicerce do combate à corrupção e infrações conexas através de modelos criados pela organização de forma a prevenir práticas que levem à ocorrência de atos de corrupção e infrações conexas que ponham em causa o bom nome da organização.

Refletindo a responsabilidade ética e social que os valores fundamentais do serviço público e os deveres profissionais acentuam, pressupõe-se que o PGRIC seja conhecido por todos os colaboradores da instituição de forma a garantir uma abordagem homogénea junto das várias Unidades Orgânicas, clarificando e tipificando os conceitos em causa, designadamente a noção de “Risco”, “Corrupção e Infrações Conexas”.

### 3.1 Qualificação do Risco

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas preventivas e corretivas face a uma hierarquia de risco, o PGRIC em vigor na ULSLO caracteriza os riscos identificados, classificando-os quanto à sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto, obtendo-se uma classificação global do risco, de acordo com uma avaliação enquadrada por uma escala de risco (elevado, moderado e baixo) em função de duas variáveis:

- Probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco;
- Gravidade das consequências das infrações que podem suscitar (impacto previsível).

Neste sentido são igualmente estabelecidas as seguintes classificações:

#### **Probabilidade de Ocorrência**

- **Alta**: o risco decorre de um processo corrente e frequente da organização.
- **Média**: o risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano.
- **Baixa**: o risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais.

#### **Impacto:**

- **Alto:** quando da situação de risco identificada podem decorrer prejuízos financeiros significativos para o Estado e a violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do organismo e do próprio Estado.
- **Médio:** a situação de risco pode comportar prejuízos financeiros para o Estado e perturbar o normal funcionamento do organismo.
- **Baixo:** a situação de risco em causa não tem potencial para provocar prejuízos financeiros ao Estado, não sendo as infrações suscetíveis de práticas causadoras de danos relevantes na imagem e operacionalidade da instituição.

Da conjugação das duas variáveis é estabelecida uma matriz com três níveis de risco:

Matriz de Níveis de Risco

Grau do Risco = (PO * IP)		Probabilidade de Ocorrência (PO)		
		Baixo	Médio	Alto
Impacto/consequência a previsível (IP)	Alto	Médio	Alto	Alto
	Médio	Baixo	Médio	Alto
	Baixo	Baixo	Baixo	Médio

A identificação das medidas preventivas e os mecanismos de mitigação dos riscos visam:

- Evitar os riscos, eliminando a sua causa;
- Prevenir o risco, minimizando a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo;
- Aceitar o risco e seus efeitos;
- Transferir o risco para terceiros.

## 4. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PGRIC

### 4.1 Objetivo

O objetivo da avaliação da execução das medidas de melhoria preventivas e corretivas contantes no PGRIC é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações

que potenciem os riscos, bem como, de dotar a ULSLO da capacidade de atenuar/dirimir as falhas nas áreas expostas ao risco. Por outro lado, dar cumprimento à alínea e) do n.º 2 do artigo 86º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e à alínea b) do n.º 4 do artigo 6º do capítulo III do anexo do Decreto-Lei 109-E/2022, de 9 de dezembro.

## 4.2 Metodologia Adotada

Em 2025, tendo como objetivo a aferição da implementação das medidas preventivas e corretivas mencionadas no PGRIC em vigor na ULSLO, foram submetidas a 16 serviços matrizes de verificação, elaboradas pelo SAI, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e corretivas, prazos previstos de execução e reclassificação do nível de risco, bem como, a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial das medidas e os responsáveis pelas mesmas.

Com base na informação recebida e após a avaliação realizada pelo SAI, identificou-se o nível de execução/aplicabilidade das medidas propostas.

O PGRIC, enquanto “documento base” do presente relatório, está organizado por serviços/áreas de atividade, cuja elaboração identifica os vários fatores que podem potenciar situações de risco, como:

- A competência da gestão;
- A idoneidade dos gestores e decisores;
- A qualidade do sistema de controlo interno e sua eficácia;
- A conduta dos colaboradores das instituições e a existência de normas e/ou princípios que pautem a sua atuação;
- A própria legislação, que por vezes não propicia, de forma fácil, a tomada de decisões sem riscos, apresentando-se muitas vezes burocratizante, complexa, vasta e desarticulada, condicionando uma gestão flexível e ágil da gestão dos recursos públicos (financeiros, humanos e materiais) que potencia o risco de ocorrência de situações irregulares.

Assim foram recebidas as monitorizações das seguintes áreas/serviços:

- Conselho de Administração (CA);

- Serviço de Auditoria Interna (SAI);
- Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC);
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG);
- Serviço de Gestão de Compras (SGC);
- Serviço de Logística e Distribuição (SLD);
- Serviço de Gestão Hoteleira (SGH);
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI);
- Serviço Financeiro (SF);
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH);
- Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico do Doentes (SGASCD);
- Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE);
- Serviço de Comunicação e imagem (SCI);
- Serviços Farmacêuticos (SFARM);
- Serviço Social (SSOC);
- Serviço de Nutrição Clínica (SNC).

## 5. RESULTADOS

Estão identificados 213 riscos nos 16 serviços indicados no ponto anterior. Destes, 13 (6,1%) são de grau alto, 93 (43,7%) de grau médio e 107 (50,2%) de grau baixo. Das 306 medidas preventivas e corretivas associadas para mitigar a probabilidade e o impacto desses riscos, 275 (89,9%) estão implementadas, 31 (10,1%) parcialmente implementadas ou em curso.

Gráfico 3 – Riscos por serviço em 2025

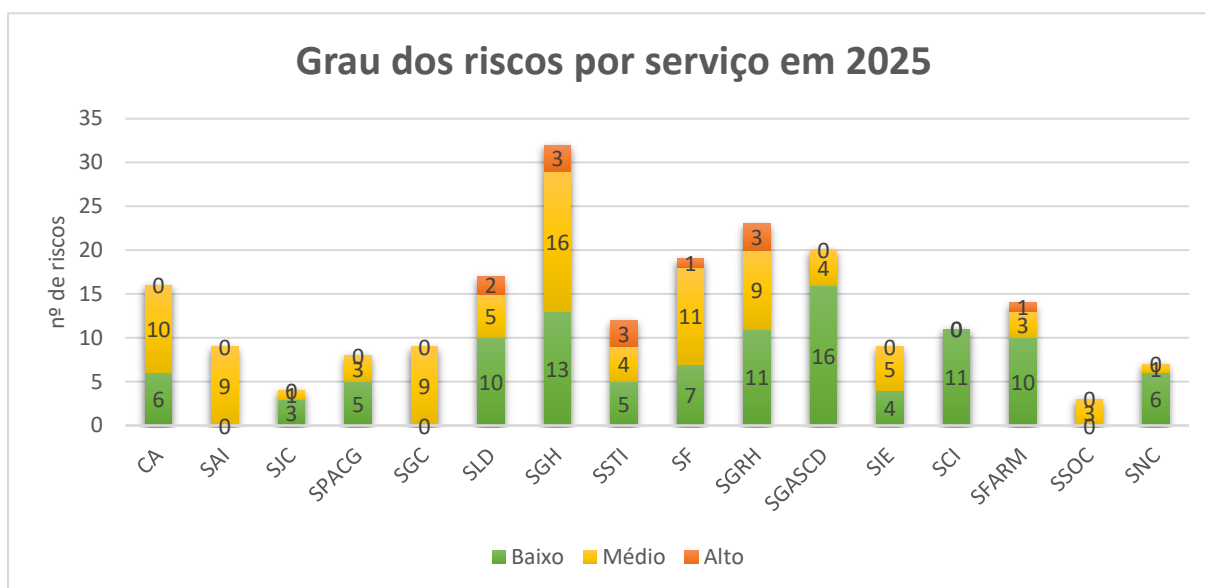
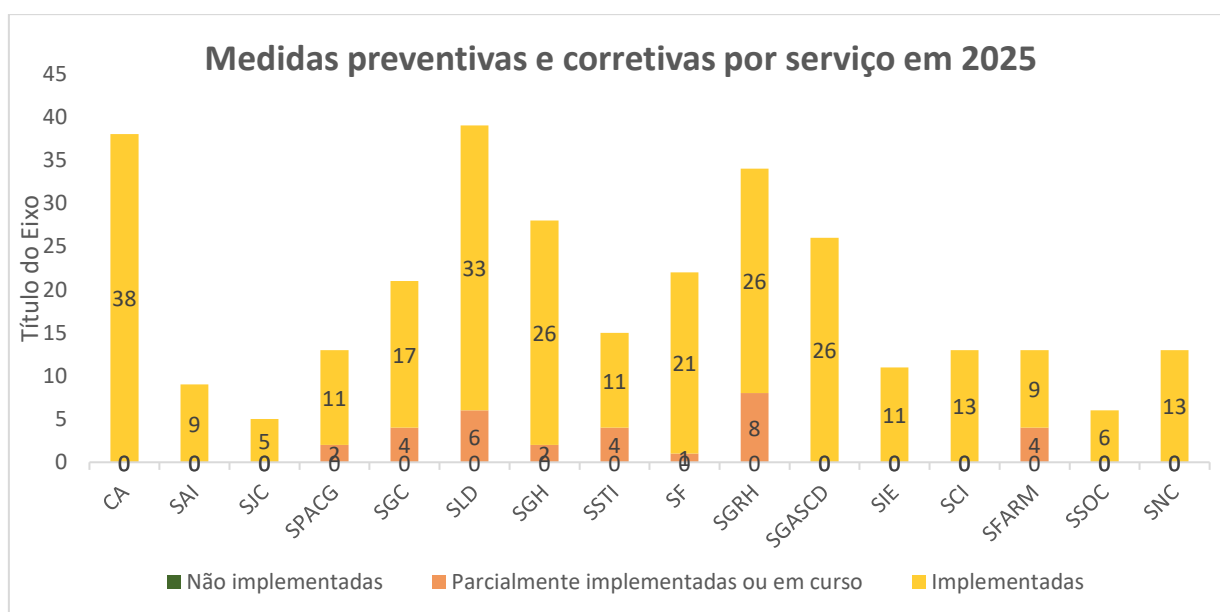


Gráfico 4 – Medidas preventivas e corretivas por serviço em 2025



### Conselho de Administração

Foram identificados 16 eventos de risco (10 de grau médio e 6 de grau baixo) associados a 38 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

### Serviço de Auditoria Interna

Foram identificados 9 eventos de risco de grau médio, associados a 9 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Serviço Jurídico e Contencioso

Foram identificados 4 eventos de risco (1 de grau médio e 3 de grau baixo), associados a 5 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

Foram identificados 8 eventos de risco (3 de grau médio e 5 de grau baixo), associados a 13 medidas preventivas e corretivas. Destas, 11 (85%) estão implementadas e 2 (15%) parcialmente implementadas.

## Serviço de Gestão de Compras

Foram identificados 9 eventos de risco de grau médio, associados a 21 medidas preventivas e corretivas. Destas, 17 (81%) estão implementadas e 4 (19%) parcialmente implementadas.

## Serviço de Logística e Distribuição

Foram identificados 17 eventos de risco (2 de grau alto, 5 de grau médio e 10 de grau baixo), associados a 39 medidas preventivas e corretivas. Destas, 33 (85%) estão implementadas e 6 (15%) parcialmente implementadas ou em curso.

## Serviço de Gestão Hoteleira

Foram identificados 32 eventos de risco (3 de grau alto, 16 de grau médio e 13 de grau baixo), associados a 28 medidas preventivas e corretivas. Destas, 26 (93%) estão implementadas e 2 (7%) parcialmente implementadas ou em curso.

## Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Foram identificados 12 eventos de risco (3 de grau alto, 4 de grau médio e 5 de grau baixo), associados a 15 medidas preventivas e corretivas. Destas, 11 (73%) estão implementadas e 4 (27%) implementadas parcialmente.

## Serviço Financeiro

Foram identificados 19 eventos de risco (1 de grau alto, 11 de grau médio e 7 de grau baixo), associados a 22 medidas preventivas e corretivas. Destas, 21 (95%) estão implementadas e 1 (5%) em curso.

## Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Foram identificados 23 eventos de risco (3 de grau alto, 9 de grau médio e 11 de grau baixo), associados a 34 medidas preventivas e corretivas. Destas, 26 (76%) estão implementadas e 8 (24%) implementadas parcialmente ou em curso.

## Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente

Foram identificados 20 eventos de risco (4 de grau médio e 16 de grau baixo), associados a 26 (100%) (medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Serviço de Instalações e Equipamentos

Foram identificados 9 eventos de risco (5 de grau médio e 4 de grau baixo), associados a 11 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Serviço de Comunicação e Imagem

Foram identificados 11 eventos de risco de grau baixo, associadas a 13 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Serviços Farmacêuticos

Foram identificados 14 eventos de risco (1 de grau alto, 3 de grau médio e 10 de grau baixo), associados 13 medidas preventivas e corretivas. Destas, 9 (69%) estão implementadas e 4 (31%) implementadas parcialmente ou em curso.

## Serviço Social

Foram identificados 3 eventos de risco de grau médio, associados a 6 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Serviço de Nutrição Clínica

Foram identificados 7 eventos de risco (1 de grau alto e 6 de grau baixo), associados a 13 (100%) medidas preventivas e corretivas implementadas na sua totalidade.

## Medidas Parcialmente Implementadas ou em Curso

No ano de 2025, foram identificadas em 8 serviços, 31 (10,1%) medidas parcialmente implementadas ou em curso. Na tabela 1 são apresentadas as evidências /fundamentos da implementação parcial ou em curso das mesmas.

Tabela 1 - Medidas Parcialmente Implementadas ou em Curso em 2025

Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Medidas Preventivas	Estado das medidas	Justificação das medidas não executadas, parcialmente executadas ou em curso	Responsável (eis) pela execução das medidas	Prazos e recursos necessários para implementação das medidas
<b>SPACG</b>								
<b>Responsabilidade Profissional</b>								
Desarticulação com os Serviços no processo de Contratualização Interna.	Baixa	Baixo	Baixo	1 - Utilização das aplicações informáticas no processo de Contratualização Interna, bem como na sua monitorização. 2 - Homogeneização dos outputs das diversas fontes de informação.	Parcialmente implementadas	Desenvolvimento da ferramenta informática	Diretor de Serviço SPACG	dez/26
<b>SGC</b>								
<b>Aquisições</b>								
Repartição intencional do valor global do processo de compra	Baixa	Alto	Médio	1 - Mecanismo de controlo para evitar a repartição do valor global do processo de compra, com base no valor histórico.	Parcialmente implementada	Aprovação do Plano Anual de Compras. A implementação desta medida não depende apenas do SGC mas também dos serviços requisitantes, que devem efetuar os pedidos de aquisições com base em planeamento prévio devidamente consolidado e aprovado pelo CA, só dessa forma é possível evitar a repartição da despesa.	SGC, CA e serviços requisitantes	Necessidade de implementação de mecanismos de controlo e planeamento adequados
<b>Gestão de contratos</b>								
Avaliação de fornecedores	Baixa	Alto	Médio	1 - Base de dados de fornecedores inclui pelo menos 3 fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo; 2- Atualização regular dos dados mestres dos fornecedores; 3- Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores.	Parcialmente implementadas	Não é feito um controlo diário das NE por satisfazer, mas esta verificação é feita com regularidade. Os dados dos fornecedores estão por norma atualizados, na aplicação em uso no SGC. A avaliação de fornecedores precisa de ser melhorada, nomeadamente com mecanismos de controlo dos indicadores de desempenho dos fornecedores, mas todos os CE têm cláusulas de penalidades com o intuito que esse acompanhamento seja feito, e têm um gestor de contrato nomeado para efetuar o acompanhamento da execução do contrato. Evidência: Cláusulas do CE da aplicação de penalidades/incumprimento, e funções do gestor do contrato.	SGC, SLD, CA	Necessidade de implementação de mecanismos de controlo de desempenho de fornecedores e de plataforma para a gestão de execução de contratos, formação de gestores de contrato

Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Medidas Preventivas	Estado das medidas	Justificação das medidas não executadas, parcialmente executadas ou em curso	Responsável (eis) pela execução das medidas	Prazos e recursos necessários para implementação das medidas
<b>SLD</b>								
<b>Armazéns</b>								
Instalações inadequadas para o acondicionamento de bens e produtos	Média	Médio	Médio	1 - Dotar as instalações físicas de condições adequadas, de modo a proporcionar o acondicionamento com qualidade dos produtos/bens, bem como, condições de higiene e limpeza.	Parcialmente implementada	Em 2022 foi realizado o levantamento para a requalificação das instalações dos 3 armazéns centrais e submetido ao CA para aprovação através do plano de atividades 2022-2023 O CA aprovou o início do estudo de viabilidade de requalificação ou criação de armazém central para as três Unidades Plano de atividades SLD 2022-2023 Plano de atividades SLD 2023-2024 Está em curso a tramitação para as requalificações dos armazéns	Hernani Duarte; SIE; SGC	Tramitação de contratos públicos
Roubo ou usurpação do bem público (material em stock) por parte dos colaboradores internos	Média	Alto	Alto	1 - As instalações dos armazéns devem estar sob vigilância, nomeadamente todas as entradas e saídas; 2 - Existência de auditorias aleatórias aos carros de saída para a distribuição; 3 - Inventários imediatos quando a Gestão de stocks identifica erros; 4 - Caracterização de produtos apetecíveis.	Em curso	Pontos 1 e 4 (medidas preventivas) em curso Ponto 1 (informação SLD 24/2022) Pontos 2 e 3 implementados Ponto 1 será implementado com a requalificação das instalações Ponto 4 está em curso	Hernani Duarte; SIE; SGC	Tramitação de contratos públicos
Apropriação indevida de existências por terceiros nos armazéns	Baixa	Médio	Baixo	1 - Implementação de controlo de acesso aos armazéns; 2 - Implementação de videovigilância; 3 - Definição dos espaços autorizados para pessoas externas ao Serviço.	Parcialmente implementadas	A Videovigilância foi implementada no SLD do HSFx. O SLD solicitou a implementação de forma transversal para as 3 Unidades, estando em curso a preparação dos Hospitais HEM e HSC para se proceder à instalação. A preparação das Unidades está a cargo de outros Serviços do CHLO (SIE e SGH). No entanto, tendo em conta algumas alterações físicas das instalações, foi reforçado o pedido em 2022, devidamente atualizado. Informação SLD 24/2022. Foram tomadas medidas para que ninguém entre nos armazéns sem ser		

Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Medidas Preventivas	Estado das medidas	Justificação das medidas não executadas, parcialmente executadas ou em curso	Responsável (eis) pela execução das medidas	Prazos e recursos necessários para implementação das medidas
						acompanhados por profissionais do Serviço.		
<b>SGH</b>								
<b>Rouparia e Lavandaria</b>								
Furtos/desaparecimento de roupa	Alta	Alto	Alto	1 - Implementação de um sistema de rastreio de roupa hospitalar	Parcialmente implementada	Projeto de rastreabilidade têxtil totalmente implementado no HSC (Roupa Geral e Fardamento); implementado no que diz respeito ao fardamento no HSFx e HEM; em fase de implementação no que diz respeito à roupa geral no HSFx e HEM Aguarda-se entrega da totalidade da roupa encomendada e reposição dos recursos humanos das Rouparias (aposentações e rescisões imprevistas)	Direção de Serviço	1º semestre 2026
<b>Circuito de Gestão - UGT</b>								
Atraso significativo nos transportes	Media	Alto	Alto	1 - Implementação de Plataforma de controlo de gestão dos pedidos	Em curso	Aplicação informática em teste (em ambiente de qualidade). A alteração do fornecedor da geolocalização das viaturas (de Cartrak para WaveMaps) atrasou o processo.	Direção de Serviço	1º semestre 2026
<b>SSTI</b>								
<b>Acessos</b>								
Permitir acesso a consulta e manipulação de dados	Média	Médio	Médio	1 - Implementar auditoria internas trimestrais, para analisar as permissão de dados informáticos 2 - Divisão de tarefas internas no SSTI, de maneira a haver mais de um elemento a intervir no processo de dar permissões aos dados informáticos	Parcialmente implementadas	Os pedidos são enviados via ticket, triados por um elemento e enviados para a equipa respetiva. Temos dificuldade, dada a falta de recursos, de implementar uma maior divisão das tarefas.	Unidade de Redes e Tecnologia	1º trimestre de 2026
Integração deficitária de dados entre aplicações	Alta	Alto	Alto	1 - Adoção de interfaces de integração standarizados pela SPMS, como seja a Light usando HL7	Parcialmente implementada	A SPMS que gere a Light não tem evoluído com estas integrações. A ULSLO não é autónoma para evoluir com integrações deste nível com os seus sistemas centrais(SONHO e Sclinico).	Unidade de Sistemas de Informação	1º trimestre de 2026
<b>Equipamentos</b>								

Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Medidas Preventivas	Estado das medidas	Justificação das medidas não executadas, parcialmente executadas ou em curso	Responsável (eis) pela execução das medidas	Prazos e recursos necessários para implementação das medidas
Falhas no controlo de ativos	Baixa	Baixo	Baixo	1 - Verificar se existe inventário que identifique de forma clara e completa todos os ativos, localizações, licenças e quais os seus 'proprietários' e se existem regras de utilização da informação e dos ativos	Parcialmente implementada	Necessidade de reforçar o controlo do armazém de material. A entrada de um coordenador para a área em março de 2023 mitigou a situação. Foi dado acesso à Área do Património para a consulta dos nossos registos.	Direção de Serviço	
<b>SF</b>								
<b>Organização e Sistemas de Informação</b>								
Ausência de integração de dados entre aplicações	Baixa	Baixo	Baixo	1 - Procedimentos instituídos de análise de relatórios de erros de interfaces entre aplicações e se é feito o cruzamento de duas fontes de informação distintas.	Em curso	A interface encontra-se ativa. Está em funcionamento a reconciliação entre CPC/SICC e Sonho/SICC. Ainda existem diversas integrações de informação realizadas por ficheiros.	Direção de Serviço - Dr. Sérgio Vicente	Em curso
<b>SGRH</b>								
<b>Recrutamento</b>								
Seleção com falhas e/ou irregulares	Baixa	Médio	Médio	1 - Existência de Manual de Recrutamento 2 - Existência de função de controlo de recrutamento instituída	Em curso	A 1ª medida encontra-se em curso; 2ª encontra-se implementada	Direção e Coordenação do Serviço	
<b>Mobilidade e Cadastro</b>								
Alteração irregular de contratos de trabalho a termo incerto por falta de sistema de alerta, provocando a passagem automática a sem termo.	Baixa	Médio	Médio	1 - Verificação mensal das situações contratuais em questão 2 - Bloqueio de acesso ao SISQUAL do trabalhador ausente	Em curso	A 1ª medida encontra-se em curso; 2ª encontra-se implementada	Direção e Coordenação do Serviço	
Incumprimento dos prazos que se referem a licenças sem vencimento	Baixa	Médio	Médio	1 - Verificação caso a caso dos respetivos prazos de duração	Parcialmente implementada	Encontra-se implementada a formação contínua dos trabalhadores, no entanto a desmaterialização dos processos e o manual de procedimentos encontram-se em curso.	Direção e Coordenação do Serviço	
Contratos Irregulares, com erros ou lacunas	Baixa	Médio	Médio	1 - Apoio Jurídico na elaboração de contratos; 2 - Revisão do contrato por pessoa diferente da pessoa que o elaborou.	Parcialmente implementada	Uniformização dos contratos por categoria profissional - implementada; segregação de funções - em curso	Direção e Coordenação do Serviço	

Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Medidas Preventivas	Estado das medidas	Justificação das medidas não executadas, parcialmente executadas ou em curso	Responsável (eis) pela execução das medidas	Prazos e recursos necessários para implementação das medidas
Cadastro de Pessoal desatualizado e/ou incompleto	Média	Médio	Médio	1 - Inclusão nos processos individuais de ficha de cadastro devidamente preenchida	Em curso	Já está a ser feita a desmaterialização do serviço	Direção e Coordenação do Serviço	
<b>Vencimentos</b>								
Processamento indevido de abonos e descontos	Baixa	Alto	Médio	1 - Análise mensal da razoabilidade dos abonos processados	Parcialmente implementada	Realizada a interoperabilidade entre SISQUAL e RHV; contudo encontra-se em curso a exigência de documentação comprobatória e aprovação do superior hierárquico.	Direção e Coordenação do Serviço	
Ajudas de custo ou despesas de transporte irregulares ou de valor errado	Baixa	Médio	Médio	1 - Ajudas de custo e despesas de transporte devidamente autorizadas a montante do preventivo processamento	Parcialmente implementada	A ser realizada o envio da circular informativa com requisitos e procedimentos legais.	Direção e Coordenação do Serviço	
<b>Formação</b>								
Processo de Gestão da Formação	Média	Médio	Médio	1 - Promoção de atividades de formação, no âmbito das necessidades identificadas, que reduzam possíveis assimetrias.	Parcialmente implementada	Levantamento a ser feito por necessidades identificadas	Direção e Coordenação do Serviço	
<b>SFARM</b>								
<b>Circuito do Medicamento</b>								
Inexistência de controlo adequado desde a receção até ao consumo dos medicamentos	Alta	Baixo	Médio	1 - Monitorização integral do circuito do medicamento. Implementação de um sistema de controlo por Código de barras, QR Code, ou outro. - atribuição inequívoca ao doente.	Em curso	Implementação a iniciar no HSC	CA/SSTI/SF	Sem indicação do prazo de execução
Ultrapassagem de prazos de validade	Médio	Baixo	Baixo	1 - Implementação de sistemas de alerta de prazos de validade	Em curso	Encontra-se em curso a atualização do sistema informático existente e aquisição de ferramentas que permitam criar alertas.		Solicitada reunião com o Diretor do Serviço de Informática para avaliação de soluções pendentes. Novo prazo proposto junho 2026.
<b>Armazenamento</b>								

Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Medidas Preventivas	Estado das medidas	Justificação das medidas não executadas, parcialmente executadas ou em curso	Responsável (eis) pela execução das medidas	Prazos e recursos necessários para implementação das medidas
Deterioração das existências dos bens/produtos em armazéns	Média	Alto	Alto	1 - Dotar as instalações físicas de condições adequadas para o acondicionamento de bens e produtos. 2 - Garantir condições de higiene e limpeza.	Parcialmente implementadas	Reiterou-se a necessidade de adequação das instalações: . Serviços Farmacêuticos do HSFX: Área da produção de medicamentos; armazenamento. . Serviços Farmacêuticos do HSFX: área da oncologia (Em execução); . Serviços Farmacêuticos do HEM: requalificação e alargamento das instalações; . Serviços Farmacêuticos do HSC: inflamáveis (Executado).	CA/SIE	As intervenções ainda por executar, já foram solicitadas pelos Serviços Farmacêuticos, não sendo conhecido o prazo previsível para a sua realização.

## 6. CONCLUSÕES

O PGRIC apresenta-se como uma ferramenta de gestão que auxilia os diversos intervenientes na identificação e monitorização dos riscos associados à atividade permanente da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. (ULSLO).

Nos 16 serviços em análise foram identificados 213 riscos. Destes, 13 (6,1%) de grau alto, 93 (43,7%) de grau médio e 107 (50,2%) de grau baixo.

Da análise efetuada, conclui-se que das 306 medidas preventivas e corretivas previstas, 275 (89,9%) encontram-se implementadas e 31 (10,1%) parcialmente implementadas ou em curso, demonstrando um significativo nível de desempenho e de controlo das atividades associadas.

## 7. RECOMENDAÇÕES

No seguimento da análise sobre a execução/implementação das medidas preventivas e corretivas do PGRIC recomenda-se:

- A conclusão da implementação das medidas preventivas e corretivas não implementadas e parcialmente implementadas ou em curso;
- Relativamente às medidas preventivas e corretivas não executadas, analisar as dificuldades na sua implementação e encetar esforços no sentido de colmatar as mesmas, no menor espaço de tempo possível;

- Que sejam definidos pelos serviços, os responsáveis e os prazos previstos/possíveis para a aplicação das medidas preventivas e corretivas não implementadas;
- Que a monitorização dos riscos que apresentam um grau alto seja feita de forma particular e incisiva;
- O desenvolvimento e aplicação dos procedimentos necessários ao cumprimento da execução das respetivas medidas preventivas e corretivas de acordo com o estipulado no PGRIC de modo a evitar eventuais situações desfavoráveis que delas possam surgir;
- Assegurar a permanente monitorização dos processos de gestão de risco e redefinição das medidas preventivas e corretivas a implementar;
- Nas áreas mais técnicas e operacionais, que se efetuem ações de controlo periódicas pelos serviços de modo a garantir a efetividade das medidas implementadas e consequentemente mitigação de riscos;
- Que as auditorias internas previstas no PGRIC propostas pelos serviços sejam realizadas dentro dos prazos estabelecidos;
- A atualização dos manuais de procedimentos dos serviços envolvidos, visto ser um dos instrumentos de trabalho com as linhas orientadoras necessárias para a prevenção da ocorrência de riscos;
- Que o PGRIC seja considerado um instrumento fundamental para a gestão e entendido como dinâmico, sujeito a uma atualização e aperfeiçoamento contínuo, através da experiência que vai sendo adquirida e tendo em consideração o contexto atual e as novas situações que vão surgindo no seio da organização (alterações orgânicas, vulnerabilidades internas e ameaças externas);
- A realização de ações de formação pela ULSLO ou outras entidades a todos os colaboradores com o objetivo de sensibilização para a importância do PGRIC/PRR como instrumento fundamental no sistema de controlo interno.

## 8. DIVULGAÇÃO DO RELATÓRIO

Nos termos do n.º 14, do Artigo 86 do Capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, e do n.º 7, do artigo 6.º do capítulo III do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, o presente relatório deve ser enviado para as entidades de superintendência, tutela e controlo

abaixo indicadas, e publicitado para conhecimento dos colaboradores na intranet e internet através da página oficial da ULSLO no prazo de 10 dias contados desde a sua elaboração.

Entidades:

- Ministério da Saúde;
- Ministério das Finanças;
- Administração Central dos Sistemas de Saúde;
- Inspeção Geral das Atividades em Saúde;
- Entidade do Tesouro e Finanças;
- Inspeção Geral de Finanças;
- Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) – Inserir na respetiva plataforma.