

# RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERCALAR 2025



## Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Serviço de Auditoria Interna

## Índice

Siglas e Abreviaturas.....	3
1. Enquadramento.....	4
2. Metodologia .....	5
3. Avaliação Intercalar .....	5
3.1. Âmbito .....	5
3.2. Resultados da avaliação intercalar e ações recomendadas .....	6
4. Comunicação e Publicação .....	15

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos Riscos.....	6
Gráfico 2 – Distribuição dos Riscos Elevado e Máximo .....	7
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos Riscos Elevado e Máximo .....	8
Gráfico 4 – Análise da implementação das medidas.....	9
Gráfico 5 – Análise da implementação das medidas por área: direção, conflito de interesses e centro académico clínico.....	10
Gráfico 6 – Calendarização das Medidas Preventivas Parcialmente Implementadas ou Não Implementadas .....	11
Gráfico 7 – Relação entre Medidas Preventivas Implementadas e Medidas Corretivas Identificadas .....	12
Gráfico 8 – Medidas Corretivas Identificadas em Função da Implementação das Medidas Preventivas e das Datas de Execução.....	13

## Siglas e Abreviaturas

CAC – Centro Académico Clínico

DC - Direção de Compras

DCF - Direção de Conferência de Faturas

DEC - Direção de Experiência do Cliente

DGFC - Direção de Gestão de Faturação e Clientes

DGF - Direção de Gestão Financeira

DITIC - Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e Ciber-resiliência

DIP - Direção de Inovação e Projetos

DIE - Direção de Infraestruturas e Equipamentos

DL - Direção de Logística

DMC - Direção de Marketing e Comunicação

DOA - Direção de Operações e Ambiente

DSIAD - Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

PPR - Plano de Prevenção de Riscos de corrupção e infrações conexas

RGPC – Regime Geral da Prevenção da Corrupção

ULSSA – Unidade Local de Saúde de Santo António

## 1. Enquadramento

A ULS Santo António foi criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à reestruturação de algumas entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e à adoção do modelo de organização e funcionamento de unidades locais de saúde (ULS). De entre estas entidades, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. integrou os Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II — Gondomar e do Grande Porto V — Porto Ocidental, constituindo atualmente a Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E., desde 1 de janeiro de 2024.

A Unidade Local de Saúde Santo António (ULS Santo António), E.P.E., rege-se pelos seus estatutos, constantes do capítulo IV do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado pelo Decreto-lei nº 133/2013, de 3 de outubro, pela legislação e boas práticas associadas ao setor saúde, e ainda pelos regulamentos, procedimentos e demais normas e orientações internas.

Nos termos da alínea e) do nº2 do artigo 86º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS, em conjugação com a alínea a) do nº4 do artigo 6º do Regime geral da prevenção da corrupção estabelecido pelo Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro é apresentado ao Conselho de Administração o Relatório de avaliação intercalar de 2025.

O presente relatório, referente a outubro de 2025, incide sobre os riscos elevados ou máximos, identificados e graduados pelos respetivos responsáveis, e registados nas matrizes de risco que sustentam o Plano de Prevenção de Riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), aprovado em 14 de novembro de 2024 pelo Conselho de Administração.

Esta avaliação intercalar quantifica o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua implementação, em

conformidade com o n.º 4 do artigo 6.º do Regime Geral da Prevenção da Corrupção estabelecido pelo Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro.

## 2. Metodologia

A metodologia adotada segue as orientações do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e as respetivas recomendações sobre a prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, bem como as Global Internal Audit Standards do Institute of Internal Auditors (IIA), designadamente as Normas do Domínio II – Ética e Profissionalismo.

Estas metodologias asseguram a uniformidade do processo de identificação, avaliação e monitorização dos riscos, de acordo com as boas práticas nacionais e internacionais.

## 3. Avaliação Intercalar

### 3.1. Âmbito

A avaliação intercalar concentra-se nas situações graduadas com risco elevado ou máximo, e quantifica o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas definidas para a mitigação desses riscos, bem como a previsão da sua implementação, em conformidade com o nº4 do artigo 6º do Regime geral da prevenção da corrupção estabelecido pelo Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro.

A identificação e a graduação dos riscos são da responsabilidade dos administradores, diretores e gestores das diversas áreas, que através da matriz de risco reportam o nível de execução das medidas de mitigação, preventivas ou corretivas, com implementação prevista em 2025.

No âmbito desta avaliação foram analisadas 14 matrizes de risco. A matriz dedicada ao risco de conflito de interesses, transversal a toda a instituição, 12 matrizes das direções da área de recursos partilhados, incluindo: a Direção de Compras, a Direção de

Marketing e Comunicação, a Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão, a Direção de Operações e Ambiente, a Direção de Logística, a Direção de Inovação e Projetos, a Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e Ciber-resiliência, a Direção de Gestão Financeira, a Direção de Gestão de Faturação e Clientes, a Direção de Experiência do Cliente, a Direção de Conferência de Faturas e a Direção de Infraestruturas e Equipamentos e ainda o Centro Académico Clínico.

Este universo inclui todos os riscos com graduação de elevado e máximo.

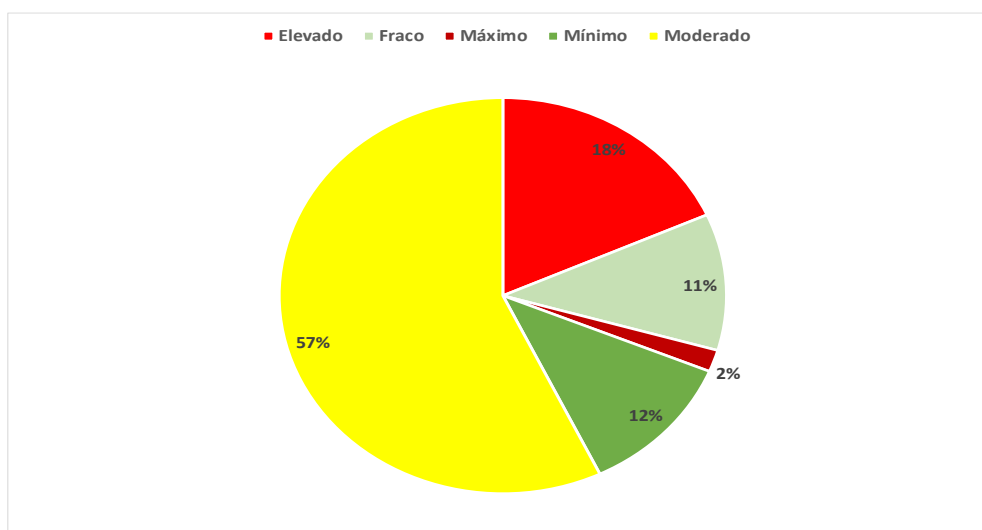
Os riscos de conflito de interesses identificados estão classificados com nível de risco elevado, considerando uma probabilidade de ocorrência média e um impacto elevado.

Esta avaliação decorre da natureza inerente ao risco de conflito de interesses, o qual, por se relacionar diretamente com a integridade e imparcialidade na tomada de decisões, pode comprometer de forma significativa a imagem, a reputação e a credibilidade da instituição, bem como afetar a eficácia e o desempenho da sua missão de serviço público.

### 3.2. Resultados da avaliação intercalar e ações recomendadas

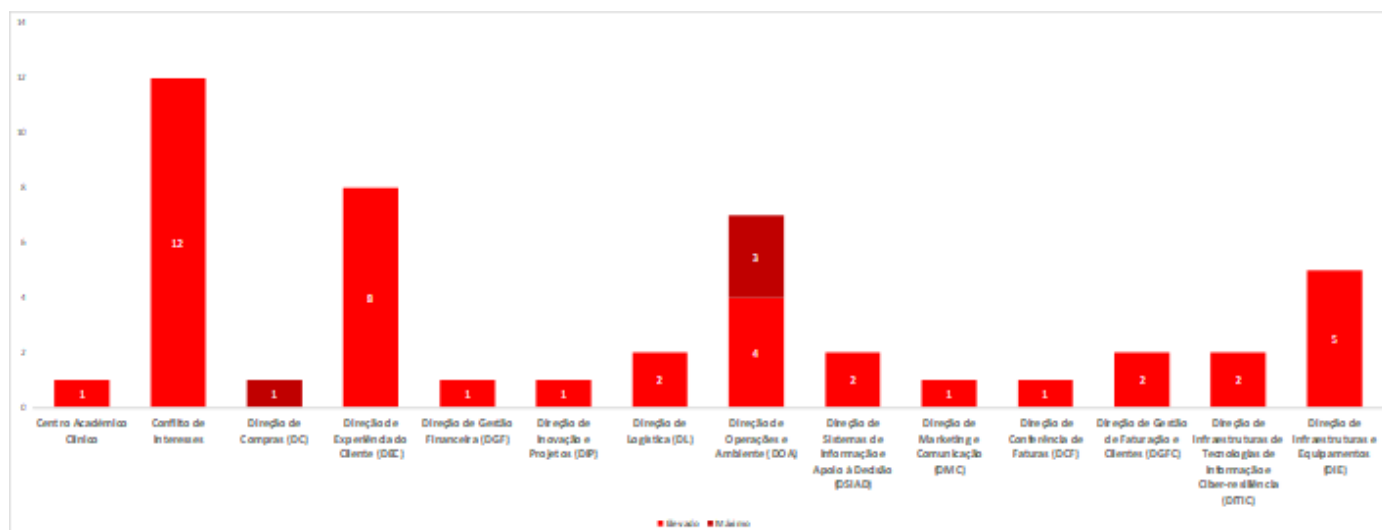
A análise da distribuição dos riscos identificados no PPR da ULSSA, mostra que 20% deles estão graduados como elevados ou máximos, como mostra o gráfico seguinte.

*Gráfico 1 – Distribuição dos Riscos*



Os riscos de grau elevado e máximo por Departamento/Direção/Serviço apresentam a seguinte distribuição:

Gráfico 2 – Distribuição dos Riscos Elevado e Máximo



As matrizes de Conflito de Interesses (12 riscos), Direção de Experiência do Cliente (8 riscos), Direção de Operações e Ambiente (7 riscos) e Direção de Infraestruturas e Equipamentos (5 riscos) são as que mais contribuem para o universo de riscos de grau elevado ou máximo.

Dos 46 riscos identificados como elevados ou máximos, quatro apresentam **gradação de máximo**: um na Direção de Compras e três na Direção de Operações e Ambiente, representando 9% do total destes riscos.

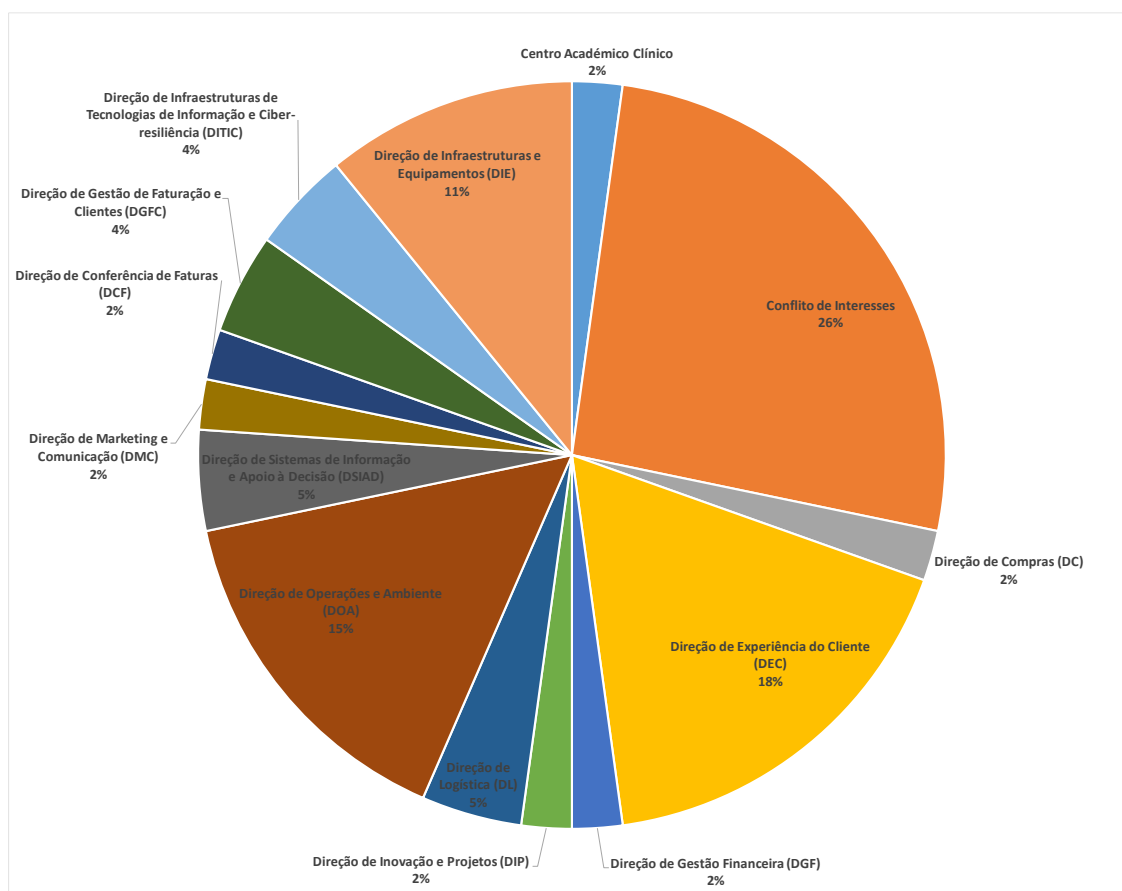
O risco máximo identificado na Direção de Compras é resultado do risco associado ao incumprimento da legislação aplicável à contratação pública, tendo em conta a complexidade e a constante atualização das normas aplicáveis. Esta classificação reflete uma avaliação prudente do risco, sustentada no entendimento de que, face à constante evolução do enquadramento legal, o risco de incumprimento mantém-se elevado, ainda que existam procedimentos e controlos internos implementados.

Na Direção de Operações e Ambiente, os três riscos classificados como máximos distribuem-se pelas seguintes atividades: Gestão de Contratos — desinfestação, Gestão

de Contratos — tratamento de roupa e Equipamentos depositados nas áreas comuns, tendo em conta a complexidade da gestão dos contratos e valores envolvidos.

Apresenta-se no gráfico seguinte, a **distribuição percentual dos riscos elevados e máximos** por Direção, Conflito de interesses e CAC.

*Gráfico 3 – Distribuição percentual dos Riscos Elevado e Máximo*



Os resultados da distribuição percentual dos riscos elevados e máximos mostram que as áreas de Operações e Ambiente, (com especial destaque para gestão de contratos de desinfestação, tratamento de roupa e gestão de equipamentos depositados nas áreas comuns); Experiência do Cliente; Infraestruturas e Equipamentos e Conflito de Interesses são as que mais contribuem com riscos elevados e máximos.

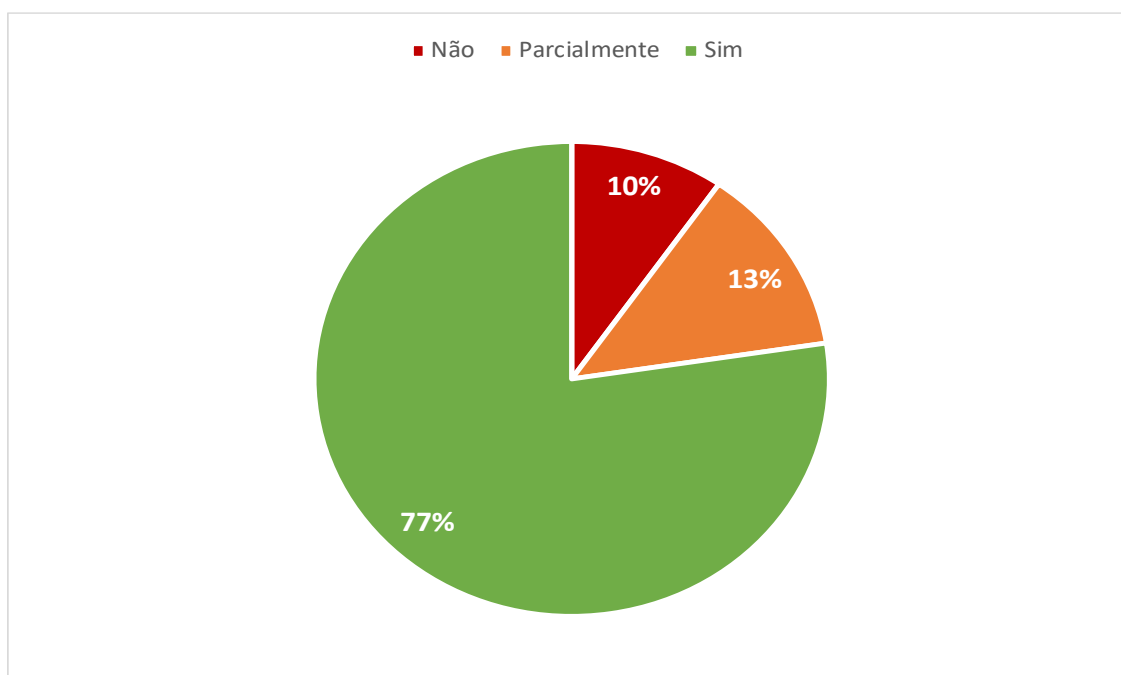
Estas Direções (DOA, DEC, DIE) deverão continuar a monitorizar as medidas de mitigação dos riscos elevados e máximos, designadamente através de:

- Reforço dos controlos internos: adotar procedimentos e controlos como a segregação de funções e a dupla validação em processos críticos.
- Monitorização contínua: estabelecer a monitorização contínua para identificar e corrigir erros, irregularidades ou infrações.
- Formação e sensibilização: promover formação aos colaboradores, designadamente sobre riscos de irregularidades, corrupção e infrações conexas.

No que concerne à implementação das medidas preventivas e corretivas, foram contabilizadas 147 medidas para mitigação dos 46 riscos classificados como elevados ou máximos.

A distribuição da implementação das medidas é a seguinte:

Gráfico 4 – Análise da implementação das medidas

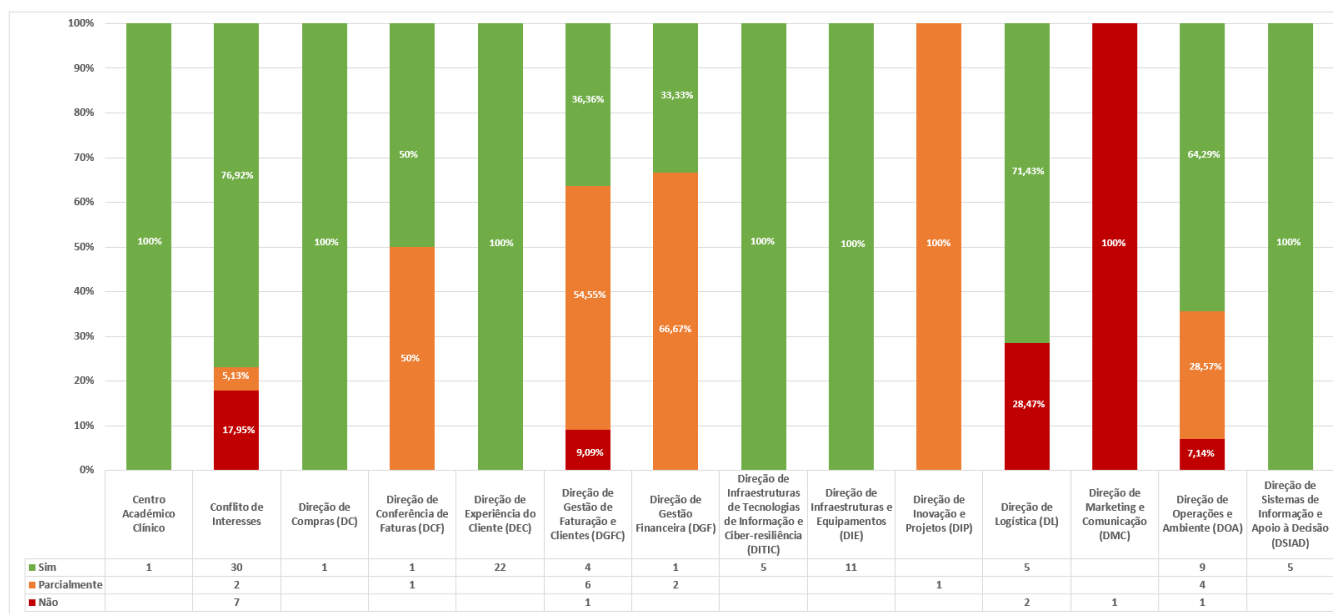


À data da presente avaliação, o grau de execução das medidas preventivas é de 77%. No entanto, há também a considerar o grau de execução das medidas preventivas que não estando totalmente implementadas, representam 13% das medidas totais.

As medidas não implementadas, à data, representam 10% do universo das medidas identificadas.

O grau de implementação das medidas por direção, conflito de interesses e CAC é apresentada no gráfico seguinte:

Gráfico 5 – Análise da implementação das medidas por área: direção, conflito de interesses e centro académico clínico.



A matriz transversal dos riscos de conflito de interesses apresenta o maior número de medidas implementadas (30), seguida da Direção de Experiência do Cliente (22) e da Direção de Infraestruturas e Equipamentos (11).

Durante o terceiro trimestre de 2025, destaca-se a implementação de sete medidas preventivas destinadas à mitigação de riscos da matriz de conflito de interesses, representando um progresso face ao período anterior. O quadro seguinte mostra as 7 medidas implementadas e o risco correspondente:

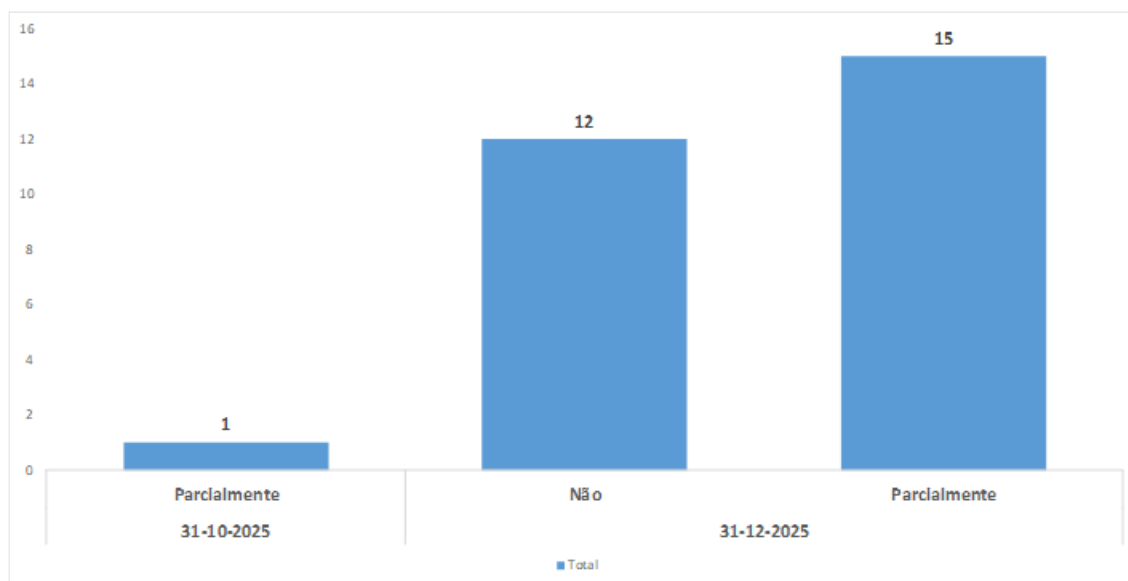
Riscos	Medidas implementadas durante o 3º Trimestre de 2025
Favorecimento de fornecedores ou prestadores de serviços com base em relações pessoais e	Comunicar todas as doações ao CA para avaliação e aprovação. Exigir a abstenção formal em caso de conflito de interesses ou incompatibilidades.
Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas. Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços. Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.
Renovação ou extensão de contratos sem análise, ou justificação.	Promoção atempada da consulta ao mercado. Avaliação crítica dos contratos quanto ao seu âmbito, pertinência e avaliação de fornecedor.

Todas as direções apresentam uma taxa de implementação superior a 50%, exceto a Direção de Gestão de Faturação e Clientes (36,36%) e Direção de Gestão Financeira (33,33%).

Por outro lado, a Direção de Experiência do Cliente, Direção de Infraestruturas e Equipamentos, Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e Ciber-resiliência, Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão, Centro Académico Clínico e Direção de Compras apresentam uma taxa de implementação de 100% das medidas preventivas.

A **implementação das medidas** preventivas parcialmente implementadas ou não implementadas, **está prevista até ao fim de 2025**, da seguinte forma:

*Gráfico 6 – Calendarização das Medidas Preventivas Parcialmente Implementadas ou Não Implementadas*



A concretização das medidas preventivas está prevista até 31/12/2025, com o seguinte detalhe:

- 15 medidas preventivas encontram-se parcialmente implementadas, com previsão de conclusão até 31 dezembro de 2025.
- 12 medidas preventivas deverão ser implementadas até 31 de dezembro.

- 1 medida preventiva está parcialmente implementada com prazo até 31 de outubro de 2025.

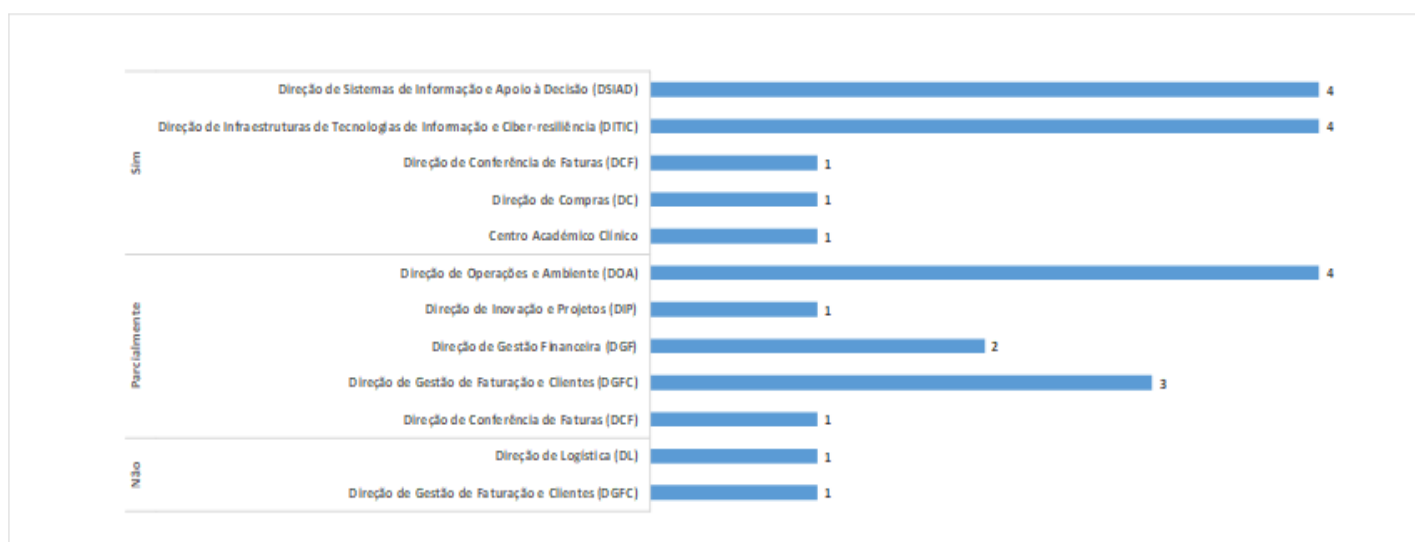
A implementação das medidas de mitigação de risco segue uma abordagem faseada e planeada, ajustada à realidade operacional e aos recursos da ULS Santo António.

A calendarização das ações é fundamental para assegurar o acompanhamento do progresso da implementação das medidas e reforçar a responsabilidade das direções envolvidas, contribuindo para uma gestão mais eficaz e estruturada dos riscos de corrupção e infrações conexas identificados no PPR.

As Direções deverão monitorizar regularmente o cumprimento dos prazos estabelecidos, de forma a assegurar a concretização das medidas preventivas.

De seguida, é apresentada a **relação entre as medidas preventivas** (implementadas, parcialmente implementadas ou não implementadas) e as **medidas corretivas por área**: conflito de interesses, direções e centro académico clínico.

*Gráfico 7 – Relação entre Medidas Preventivas Implementadas e Medidas Corretivas Identificadas*

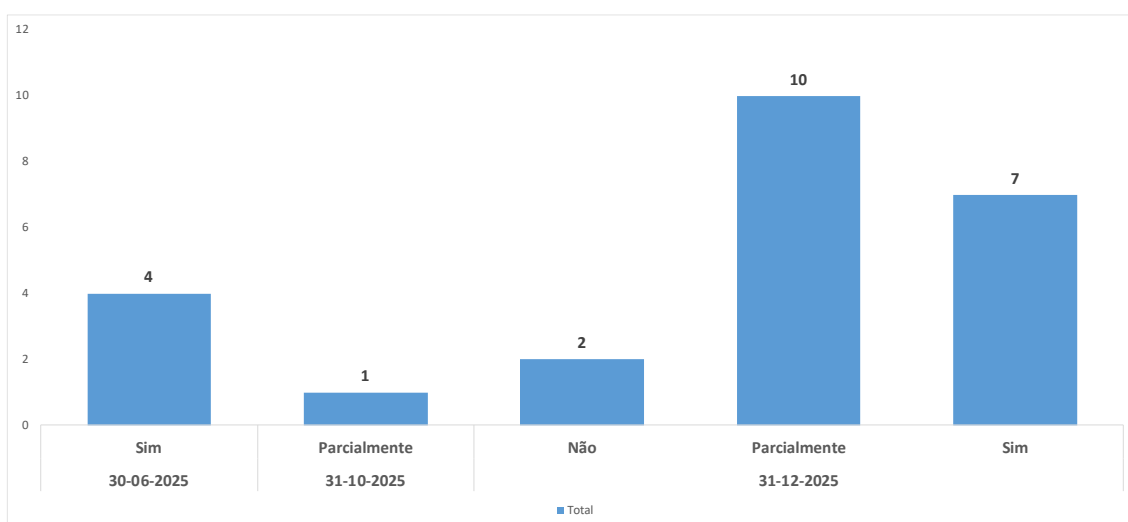


Na sequência das medidas preventivas, implementadas, parcialmente implementadas ou não implementadas, foram identificadas 24 medidas corretivas.

Estas medidas são o resultado da necessidade de reforçar ou completar 11 das medidas preventivas já implementadas, 11 parcialmente implementadas e 2 não implementadas, o que traduz o acompanhamento que tem vindo a ser feito pelos responsáveis e o compromisso da Instituição com a melhoria contínua das medidas de controlo interno das respetivas áreas.

A **implementação das medidas corretivas, está prevista até ao fim de 2025**, da seguinte forma:

*Gráfico 8 – Medidas Corretivas Identificadas em Função da Implementação das Medidas Preventivas e das Datas de Execução*



Até 30/06 quatro dessas medidas foram implementadas no âmbito da DITIC, contribuindo para o grau de implementação das medidas e mitigação dos riscos.

As datas indicadas no gráfico correspondem aos prazos previstos para a implementação das medidas corretivas.

Esta calendarização das ações é fundamental para assegurar o acompanhamento do progresso da execução das medidas corretivas e para reforçar a importância da monitorização contínua, garantindo que as ações necessárias são concretizadas dentro dos prazos estabelecidos.

Regista-se com apreço a participação dos responsáveis na disponibilidade da informação para a avaliação intercalar.

No entanto em vários casos, verificaram-se falhas no preenchimento da matriz de risco, nomeadamente quanto à avaliação da eficácia das medidas, na identificação das medidas corretivas, indicação de prazos de implementação, identificação do responsável e apresentação de evidências que sustentam a execução das medidas.

No seguimento da presente avaliação intercalar, as Direções deverão adotar as seguintes **ações recomendadas**:

1. **A implementação até 31/12/2025** das medidas preventivas corretivas.
2. **A monitorização contínua das matrizes de risco**, assegurando o acompanhamento regular da execução das medidas preventivas e corretivas.
3. **O rigor e preenchimento integral das matrizes de risco**, devendo as Direções e Serviços:
  - 3.1. Incluir informação sobre a implementação das medidas, indicando o estado de execução (implementada / parcialmente implementada / não implementada);
  - 3.2. Avaliar a eficácia das medidas (se implementadas) / Indicar as razões para a sua não implementação (quando não implementadas);
  - 3.3. Indicar as medidas corretivas a adotar (relativamente a riscos ocorridos e/ou a medidas não implementadas).
  - 3.4. Prazo de execução;

- 3.5. Responsável pela implementação;
- 3.6. Evidências que comprovem a execução ou o acompanhamento da ação.
4. A **monitorização regular do cumprimento dos prazos** para a concretização das medidas preventivas.
5. **Às Direções (DOA, DEC, DIE)** a continuidade da monitorização e implementação das medidas de mitigação dos riscos das suas áreas de atuação.

Estas recomendações visam a melhoria do processo de monitorização associado ao PPR e a responsabilização das Direções na gestão e mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas, imprimindo rigor, completude e fiabilidade da informação constante nas matrizes de risco, em conformidade com o princípio da melhoria contínua do sistema de controlo interno e da cultura de integridade da ULS Santo António.

## 4. Comunicação e Publicação

Nos termos do nº14 do artigo 86º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS, em conjugação com o nº7 do artigo 6º do anexo do Decreto-lei 109-E/2021 de 9 de dezembro, o presente relatório depois de aprovado é submetido pelo CA aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das **finanças** e da **saúde**, aos serviços de inspeção da respetiva área governativa (**IGAS** e **IGF**) e ao **MENAC** no prazo de **10 dias** contados desde a sua **elaboração**.

O presente **relatório de avaliação intercalar** de outubro (n.º 4 do artigo 6º do RGPC) é publicado na **intranet** e na página oficial na **internet**, no prazo de **10 dias** contados desde a sua elaboração, nos termos do n.º 6 do artigo 6º do RGPC.

Após a aprovação do relatório pelo conselho de administração, recomenda-se que o documento seja encaminhado às direções da área recursos partilhados e ao Centro Académico Clínico para conhecimento e implementação das ações recomendadas.

Porto, 30 de outubro de 2025

Sofia Pires - Auditora Interna