

Norma de Procedimento

PLANO DE PREVENÇÃO E GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS (PPGRCIC)



DETALHES DO DOCUMENTO

Macroprocesso:	Gestão Estratégica	Processo:	Gestão Financeira
Classificação:	GES.FIN.001.NP.03		
Conteúdo:			
1.	ENQUADRAMENTO		2
2.	BREVE CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA USIT		2
3.	PRINCÍPIOS		3
4.	ÂMBITO E APLICAÇÃO		4
5.	ESTRUTURA DE GOVERNAÇÃO E RESPONSABILIDADES		4
5.1.	Direção		4
5.2.	Coordenação do PPGRCIC		5
5.3.	Operacionalização		5
5.4.	Articulação Interna		5
6.	DEFINIÇÃO DE CONCEITOS		6
7.	METODOLOGIA DE GESTÃO DO RISCO		7
7.1.	Identificação dos Riscos		7
7.2.	Análise dos Riscos		8
7.3.	Plano de Ação		8
7.4.	Reavaliação dos Riscos		9
7.5.	Registos		9
8.	MAPEAMENTO DOS RISCOS		10
9.	PLANEAMENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO		11
10.	MONITORIZAÇÃO DO PPGRCIC		12
11.	FORMAÇÃO		12
11.1.	Formação no Acolhimento		13
11.2.	Formação Anual Obrigatória		13
11.3.	Formação Específica para Áreas Críticas		13
12.	COMUNICAÇÃO DO PPGRCIC		14
12.1.	Divulgação Interna		14
12.2.	Divulgação Externa		14
13.	CICLO DE VIGÊNCIA		15
13.1.	Revisão Trienal		15
13.2.	Relatórios Intercalar, Anual e Final		15
13.3.	Entrada em Vigor		15
14.	DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA		16
15.	ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS		17
Anexo 1. MAPA DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS DA USIT			
Autor(es) edição n.º 1:	Pedro Costa Sandra Costa David Salgado	Data de aprovação:	16/01/2020
Autor(es) edição n.º 2:	Rita Olaio de Andrade	Data de aprovação:	07/06/2023
Autor(es) edição n.º 3:	Rita Olaio de Andrade Fátima Costa Cláudia Pacheco	Data de aprovação:	26/03/2026

Principais alterações:

- Procede à reestruturação global do PPGRCIC, em conformidade com o modelo adotado no âmbito da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, harmonizando-o com o PE, PA, QUAR e RA.
- Altera coordenação do PPGRCIC.
- Alinha a metodologia de elaboração e comunicação do PPGRCIC com o RGPC.
- Clarifica as responsabilidades pela elaboração e acompanhamento do PPGRCIC.
- Define categorias de risco.
- Adota a matriz de avaliação do risco definida no Sistema de Gestão de Riscos e Incidentes de Segurança (CLI.GRS.001.NP.03).
- Organiza as medidas a implementar por eixos transversais.
- Atualiza os canais e entidades para divulgação externa.

1. ENQUADRAMENTO

A Unidade de Saúde da Ilha Terceira (**USIT**), enquanto entidade pública integrante do Serviço Regional de Saúde (**SRS**) da Região Autónoma dos Açores (**RAA**), elabora o presente Plano de Prevenção e Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (**PPGRCIC**) em conformidade com o Regime Geral da Prevenção da Corrupção (**RGPC**), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e com as orientações emitidas pelo Mecanismo Nacional Anticorrupção (**MENAC**) e pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (**CPC**).

O PPGRCIC estabelece o quadro institucional para a identificação, avaliação, mitigação e monitorização dos riscos que possam afetar a integridade, a transparência, a legalidade e a confiança pública na atuação da USIT. A sua aplicação abrange todas as áreas assistenciais, administrativas, técnicas e logísticas, integrando-se nos mecanismos de governação clínica e administrativa da organização.

O ciclo anterior (2023–2025) foi coordenado pelo Gabinete Técnico (**GT**). A partir do ciclo 2026–2028, a responsabilidade pela coordenação, monitorização, revisão e reporte do PPGRCIC passa para o Gabinete de Qualidade e Segurança do Utente (**GQSU**), assegurando a integração do plano nos processos de melhoria contínua, auditoria interna, gestão do risco e funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade (**SGQ**).

Esta versão do PPGRCIC adota uma abordagem metodológica consolidada, em alinhamento com o quadro normativo vigente e com as melhores práticas nacionais e internacionais, clarificando responsabilidades, reforçando mecanismos de controlo interno e estabelecendo medidas preventivas proporcionais ao grau de exposição identificado. O plano articula-se com os documentos estruturantes da instituição — nomeadamente o Plano Estratégico (**PE**), o Plano de Atividades (**PA**), o Quadro de Avaliação e Responsabilização (**QUAR**) e o Relatório de Atividades (**RA**) — garantindo coerência entre a gestão do risco, o planeamento institucional e os processos de supervisão organizacional.

Com a implementação deste PPGRCIC, a USIT reafirma o compromisso com a ética, a transparência, a legalidade e a prestação de contas, promovendo uma cultura organizacional assente na integridade e na responsabilidade pública. O plano assume-se, assim, como um instrumento essencial de governação preventiva, destinado a proteger o interesse público, fortalecer a confiança da comunidade e assegurar a conformidade com as obrigações previstas no RGPC.

A elaboração desta versão do PPGRCIC incorpora igualmente os resultados consolidados do ciclo 2023–2025, sintetizados no Relatório Trienal de 2025. Estes documentos evidenciam níveis de execução superiores a 60% das medidas preventivas previstas, bem como a existência de ações de execução contínua, nomeadamente, nas áreas de formação, proteção de dados, gestão documental, inventário patrimonial e segurança da informação, cujos resultados se projetam no presente ciclo. O relatório identifica ainda constrangimentos relacionados com limitações de recursos humanos, dependência de decisões externas, atualização de sistemas de informação e necessidade de uniformização de procedimentos, aspetos que foram considerados na definição da metodologia, das prioridades e das medidas preventivas agora propostas para 2026–2028. Neste sentido, o novo PPGRCIC assume continuidade com o ciclo anterior, integrando as lições aprendidas e reforçando a maturidade do SGQ no âmbito da prevenção dos riscos de corrupção e infrações conexas.

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA USIT

A USIT é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira, integrada no SRS da RAA, conforme previsto no Decreto Regulamentar Regional n.º 27/2011/A, constituindo-se como a entidade responsável pela prestação de cuidados de saúde à população residente na ilha Terceira, ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção. A sua atividade abrange a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação, os cuidados continuados e o acompanhamento clínico.

A USIT integra:

- O Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (**CSAH**), a funcionar nos dias úteis entre as 08:00 e as 20:00 horas e, aos fins de semana e feriados, entre as 08:00 e as 15:00 horas na componente de tratamentos;
- O Centro de Saúde da Praia da Vitória (**CSPV**), com carteira de serviços semelhante, dispondo adicionalmente de uma Unidade Básica de Urgência (**UBU**) a funcionar todos os dias, das 08:00 às 23:45 horas;
- Núcleos de Saúde Familiar (**NSF**) e Extensões de Saúde distribuídos pelas freguesias, garantindo proximidade assistencial, com funcionamento em dias úteis e horários diferenciados.

A governação da organização é assegurada por um Conselho de Administração (**CA**), responsável pela gestão global e pela articulação com a tutela existindo, em cada CS, Direção Clínica (**DC**); Direção de Enfermagem (**DE**) e coordenadores técnicos (**CT**).

3. PRINCÍPIOS

A prevenção da corrupção e de infrações conexas na USIT assenta numa cultura institucional de integridade, transparência e responsabilidade pública. Estes princípios orientam a atuação de todos os profissionais e suportam a coerência entre as decisões tomadas, os procedimentos adotados e os resultados obtidos, promovendo a confiança dos utentes, parceiros e comunidade.

A atuação da USIT rege-se pelos seguintes princípios fundamentais:

- **Integridade**, refletida na tomada de decisões baseadas na ética, na responsabilidade individual e na rejeição de qualquer comportamento que possa comprometer a confiança institucional.
- **Transparência**, assegurada através da clareza dos processos, da rastreabilidade da informação, da publicitação adequada das decisões e da comunicação rigorosa com os utentes e entidades externas.
- **Legalidade e imparcialidade**, garantindo que todos os procedimentos cumprem rigorosamente as normas legais e regulamentares, evitando favorecimentos, discricionariedade ou tratamentos desiguais.
- **Responsabilidade e prestação de contas**, promovendo a clarificação de funções, a segregação adequada de tarefas e a adoção de mecanismos que permitam verificar, justificar e monitorizar as decisões e os atos praticados.
- **Confidencialidade e proteção da informação**, assegurando o cumprimento das normas de privacidade, proteção de dados pessoais e segurança dos sistemas de informação.
- **Qualidade e melhoria contínua**, integrando a prevenção da corrupção nas práticas de auditoria, avaliação de risco, controlo interno e revisão sistemática dos processos.
- **Equidade e serviço público**, garantindo que o exercício das funções públicas se orienta pelo interesse coletivo, pela acessibilidade aos cuidados, pela justiça procedimental e pelo respeito pela dignidade dos utentes e profissionais.

Estes princípios estruturam a atuação da USIT no âmbito da prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, garantindo que o PPGRIC 2026–2028 constitui um instrumento coerente com os valores do serviço público, com o enquadramento legal e com as melhores práticas de governação ética.

4. ÂMBITO E APLICAÇÃO

O PPGRIC aplica-se a toda a USIT, abrangendo os seus serviços, equipas e estruturas funcionais, independentemente da sua natureza assistencial, administrativa, técnica ou logística. O plano tem carácter transversal e vinculativo, constituindo um instrumento obrigatório de governação institucional e de suporte às práticas de integridade pública.

O PPGRIC abrange um conjunto alargado de processos e atividades suscetíveis de exposição a riscos de corrupção ou infrações conexas, incluindo:

- Processos assistenciais e clínicos;
- Procedimentos administrativos e financeiros;
- Atividades de contratação pública, aprovisionamento e gestão patrimonial;
- Gestão de recursos humanos, formação e avaliação de desempenho;
- Sistemas e fluxos de informação, proteção de dados e segurança informática;
- Processos organizacionais de planeamento, auditoria, controlo e reporte;
- Interações institucionais com utentes, fornecedores, entidades reguladoras e demais parceiros externos.

O PPGRIC 2026–2028 tem aplicação contínua durante o período de vigência do ciclo e constitui referência obrigatória para a identificação, avaliação, mitigação e monitorização dos riscos, bem como para a definição e execução das medidas preventivas e de controlo. A sua aplicação exige o envolvimento ativo das chefias, a participação de todas as equipas e o cumprimento rigoroso das orientações e responsabilidades definidas neste documento.

5. ESTRUTURA DE GOVERNAÇÃO E RESPONSABILIDADES

A governação do PPGRIC assenta num modelo claro, proporcional e orientado pelas exigências do RGPC, assegurando a separação entre decisão estratégica, coordenação técnica e execução operacional. A estrutura de governação integra os órgãos de direção e os serviços operacionais, envolvendo todas as áreas de gestão da USIT e garantindo a sua participação na identificação, mitigação e monitorização dos riscos.

5.1. Direção

O **Conselho de Administração (CA)** é o órgão máximo de direção e decisão da USIT, assumindo responsabilidade última pela integridade institucional e pela implementação do PPGRIC. Compete-lhe:

- Aprovar o PPGRIC, bem como as suas revisões trienais ou extraordinárias;
- Assegurar os recursos humanos, técnicos e financeiros necessários à execução do plano;
- Apreciar e deliberar sobre o Relatório Intercalar, o Relatório Anual e o Relatório Final;
- Supervisionar os riscos classificados como elevados ou muito elevados, determinando medidas corretivas adicionais quando necessário;
- Garantir a publicitação e o reporte externo obrigatório do plano e dos respetivos relatórios, nomeadamente ao MENAC, à Inspeção Administrativa Regional da Transparência e Combate à Corrupção (**IARTCC**) e à Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social (**SRSSS**).

Às **Direções Clínicas (DC)**, **Direções de Enfermagem (DE)** e **Coordenações Técnicas (CT)** compete:

- Assegurar que os processos assistenciais integram normas éticas, técnico-científicas e de segurança do doente;
- Gerir os profissionais e equipas a seu cargo, de acordo com a sua categoria profissional, formação, experiência e perfil de competências;

- Identificar os riscos associados à respetiva área de intervenção e assegurar a implementação de medidas que conduzam ao seu controlo e/ou eliminação, ou mitigação das suas consequências;
- Participar na reavaliação anual dos riscos e fornecer evidências para os relatórios.

5.2. Coordenação do PPGRIC

O Gabinete de Qualidade e Segurança do Utente (**QGSU**) é a estrutura responsável pela coordenação técnica do PPGRIC, assegurando a articulação com todas as áreas da USIT. Compete-lhe:

- Coordenar a elaboração, monitorização e revisão do plano;
- Integrar o PPGRIC no SGQ e promover a sua articulação com auditorias, indicadores e processos de melhoria contínua;
- Atualizar o mapa de riscos de corrupção e infrações conexas;
- Consolidar evidências, monitorizar medidas preventivas e elaborar os relatórios intercalares, anuais e final;
- Garantir o alinhamento do PPGRIC com o PE e o PA;
- Apoiar o CA na comunicação interna e externa dos resultados do plano;
- Apoiar o Núcleo de Organização e Formação Profissional (**NOFP**) na realização de ações de formação e sensibilização sobre ética, integridade e gestão do risco.

5.3. Operacionalização

São identificadas as seguintes áreas técnicas-chave para a operacionalização das medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas:

- Formação profissional contínua (NOFP);
- Gabinete do utente (GU);
- Área de informática (GI);
- Área de recursos humanos (RH);
- Apoio jurídico (GJ);
- Área financeira (GF);
- Área patrimonial;
- Instalações e equipamentos (MIE);
- Aprovisionamento/armazém;
- Serviços farmacêuticos.

As áreas técnicas acima identificadas têm como deveres gerais:

- Identificar os riscos de corrupção e infrações conexas inerentes à sua área de atuação e propor ações preventivas;
- Implementar e acompanhar a execução das medidas aprovadas, na sua área de atuação;
- Apoiar a reavaliação anual dos riscos;
- Recolher e fornecer as evidências de suporte à elaboração dos relatórios intercalares e anuais.

5.4. Articulação Interna

A articulação interna visa assegurar a circulação eficaz de informação e o alinhamento entre os intervenientes, através de:

- Reporte regular das direções e serviços ao QGSU sobre a execução das medidas;
- Comunicação tempestiva de riscos emergentes e incidentes relevantes;
- Supervisão periódica das chefias;
- Integração do acompanhamento do PPGRIC nas reuniões de direção/clínica, enfermagem e operacionais;
- Integração em reuniões do CA sempre que haja riscos elevados.

6. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

As definições que se apresentam a seguir constituem o enquadramento conceptual que orienta a identificação, avaliação e mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas na USIT. Estes conceitos estão alinhados com o RGPC, o Código Penal, a Lei n.º 93/2021, as recomendações do CPC e as orientações do MENAC.

Auditoria interna: atividade independente e objetiva de verificação e avaliação dos sistemas de controlo interno, gestão do risco e conformidade legal, com vista ao reforço da eficácia, eficiência e ética organizacional.

Canal interno de denúncias: meio institucional previsto no RGPC e na legislação aplicável, que permite a comunicação confidencial e protegida de irregularidades, infrações ou situações de risco por parte de trabalhadores ou terceiros.

Conflito de interesses: situação em que o interesse particular de um trabalhador ou dirigente pode influenciar ou aparentar influenciar o exercício imparcial e objetivo das suas funções públicas. Abrange situações reais, potenciais ou aparentes, e deve ser comunicado e registado nos termos definidos pelo PPGRCIC.

Corrupção: ato ou omissão que, direta ou indiretamente, visa obter vantagens indevidas ou causar prejuízo ao interesse público, envolvendo abuso de funções, favorecimento, fraude, manipulação de procedimentos, ocultação de informação ou outras práticas contrárias à lei e à ética pública.

Controlo interno: conjunto de atividades, procedimentos e mecanismos institucionais que asseguram a legalidade, conformidade, rastreabilidade, segregação de funções e adequada prevenção de irregularidades nos processos da USIT.

Cultura de integridade: conjunto de valores, comportamentos e práticas institucionais que promovem o cumprimento ético e responsável das funções públicas, estimulando a prevenção ativa e a intolerância a condutas ilícitas ou contrárias aos princípios do serviço público.

Denúncia: comunicação de factos, indícios ou suspeitas de práticas irregulares, ilícitas ou contrárias às normas internas, apresentada através do canal interno ou externo, podendo ser anónima nos termos legais.

Denunciante: pessoa singular que comunica ou divulga, de boa-fé e com fundamento sério, informação sobre infrações no âmbito da sua relação profissional com a USIT, beneficiando de proteção contra qualquer forma de retaliação.

Fraude: ato intencional destinado a enganar ou ludibriar com vista à obtenção de vantagem ilícita, incluindo manipulação de documentos, registos ou processos.

Gestão do risco: processo sistemático de identificação, análise, avaliação, priorização, prevenção, mitigação e monitorização dos riscos de corrupção que podem comprometer a integridade, a transparência e a legalidade da atuação da USIT.

Grau de risco: resultado da combinação entre probabilidade e gravidade, determinado através da matriz de classificação utilizada no PPGRCIC e operacionalizada no anexo 1.

Gravidade: consequência potencial da concretização de um risco, medido em função dos danos institucionais causados, consequências jurídicas, prejuízos financeiros, afetação de direitos ou compromissos éticos.

Infrações conexas: conjunto de condutas ilícitas associadas ou facilitadoras da corrupção, incluindo abuso de poder, peculato, participação económica em negócio, tráfico de influência, recebimento indevido de vantagem, violação de regras de contratação pública, falsificação de documentos, entre outras previstas na lei penal e administrativa.

Integridade pública: princípio que impõe aos trabalhadores e dirigentes o dever de atuar com honestidade, imparcialidade e transparência, colocando o interesse público acima de quaisquer interesses pessoais, económicos ou políticos.

Medidas corretivas: ações que visam eliminar a causa de uma não conformidade, irregularidade ou falha detetada, prevenindo a sua repetição e restaurando a conformidade legal, processual ou ética do processo. No âmbito do PPGRIC, inclui intervenções destinadas a corrigir situações em que um risco de corrupção ou infração conexa já se materializou ou foi identificado como iminente assegurando resposta rápida, controlo de danos, correções operacionais e reporte às entidades competentes.

Medidas de controlo: ações destinadas a assegurar que o processo funciona dentro dos parâmetros definidos ou a minimizar o impacto de um risco após a sua materialização.

Medidas preventivas: ações destinadas a reduzir a probabilidade de concretização de um risco ou a proteger o processo de potenciais irregularidades.

Mitigação do risco: processo de implementação de medidas preventivas ou de controlo para reduzir a probabilidade e/ou impacto de um risco.

Probabilidade: estimativa da possibilidade de um risco ocorrer, considerando a experiência prévia, historial de incidentes, controlos existentes e condições operacionais.

Risco: probabilidade de ocorrência de um evento ou conduta suscetível de comprometer o interesse público, causando impacto negativo na legalidade, eficiência, transparência ou confiança institucional.

Riscos emergentes: riscos identificados após a aprovação do PPGRIC, resultantes de alterações legais, tecnológicas, organizacionais, funcionais ou externas, que exigem reavaliação dos riscos e das medidas preventivas.

Segregação de funções: distribuição de tarefas e responsabilidades de modo a impedir que uma mesma pessoa detenha controlo integral sobre todas as fases de um processo, reduzindo o risco de erro, manipulação ou fraude.

Transparência: disponibilização de informação relevante, de forma acessível, clara e tempestiva, permitindo o controlo público da atividade administrativa e o reforço da confiança dos cidadãos. Concretiza-se através da publicitação do PPGRIC, dos relatórios de execução e de outros instrumentos de prestação de contas.

7. METODOLOGIA DE GESTÃO DO RISCO

A gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas na USIT adota uma abordagem sistémica, preventiva e baseada na evidência, integrando-se nos processos de planeamento, contratualização e qualidade institucional. A metodologia segue as orientações do MENAC, as Recomendações n.º 1/2009 e 4/2019 do CPC, e os referenciais ISO 31000:2018 (Gestão do Risco) e ISO 37001:2016 (Sistemas de Gestão Anticorrupção).

O processo visa assegurar uma identificação sistemática, avaliação objetiva e mitigação proporcional dos riscos, reforçando os princípios de legalidade, integridade, transparência e responsabilização pública. A metodologia compreende cinco etapas principais: identificação, análise, avaliação, definição de medidas e monitorização.

7.1. Identificação dos Riscos

A identificação dos riscos consiste na deteção de situações, processos ou áreas suscetíveis de exposição a práticas de corrupção ou infrações conexas. A identificação baseia-se em:

- Análise dos processos institucionais;
- Contributos das chefias e responsáveis setoriais;
- Auditorias internas e externas;
- Histórico de incidentes ou não conformidades;
- Vulnerabilidades estruturais, tecnológicas ou organizacionais;
- Análise dos relatórios finais e intercalares do ciclo anterior (2023–2025).

Cada risco identificado é descrito de forma objetiva, associando-o ao processo onde ocorre e ao potencial impacto institucional.

7.2. Análise dos Riscos

A avaliação dos riscos consiste na determinação do seu grau de relevância para a USIT, obtido através da combinação entre a Probabilidade (**P**) e a **Gravidade (G)**. O **Grau de Risco (GR)** é calculado segundo a fórmula **P x G** e classificado de acordo com a matriz adotada.¹

A análise de cada risco considera:

- A frequência ou probabilidade de ocorrência, com base no histórico interno, auditorias, incidentes registados, fragilidades identificadas e fatores de exposição;
- O impacto potencial sobre a legalidade, integridade, segurança da informação, continuidade assistencial, reputação institucional ou cumprimento dos deveres de serviço público;
- A eficácia e suficiência dos controlos existentes;
- A dependência de sistemas externos, decisões de tutela ou recursos críticos;
- A sensibilidade da informação ou dos processos envolvidos.

7.3. Plano de Ação

O planeamento de medidas preventivas, corretivas e de mitigação decorre diretamente da classificação atribuída ao risco e visa garantir que a probabilidade e a gravidade são reduzidas de forma proporcional e eficaz. Para cada risco identificado, são estabelecidas medidas específicas, atribuídas a responsáveis setoriais, assegurando rastreabilidade e responsabilização.

As medidas preventivas são orientadas para a redução da **probabilidade** de ocorrência do risco e incluem, entre outros:

- Criação, revisão ou divulgação de normas e procedimentos internos;
- Melhoria da segregação de funções e dos mecanismos de validação;
- Controlo rigoroso de acessos físicos e digitais;
- Reforço da segurança da informação;
- Uniformização de circuitos e práticas assistenciais ou administrativas;
- Implementação de ferramentas de registo, rastreabilidade e monitorização;
- Ações de formação técnica, ética ou procedimental.

As medidas corretivas e de mitigação têm como objetivo reduzir o **impacto**, caso o risco se concretize, podendo incluir:

- Mecanismos rápidos de deteção e resposta;
- Correções imediatas dos processos;
- Reporte às chefias e ao GQSU;
- Ativação de protocolos de contingência;

¹ É adotada a matriz de avaliação do risco aprovada no Sistema de Gestão de Riscos e Incidentes de Segurança (CLI.GRS.001.NP.03).

- Análise retrospectiva do incidente para prevenir recorrências.

Todas as medidas devem ser registadas no **Mapa de Riscos (anexo 1)**, com indicação do responsável, evidências necessárias, prazo aplicável e estado de execução, assegurando transparência, rastreabilidade e cumprimento do RGPC.

7.4. Reavaliação dos Riscos

A monitorização dos riscos e das respetivas medidas preventivas é um processo contínuo, assegurado pelas chefias, responsáveis setoriais e pelo GQSU, garantindo a eficácia contínua do plano e o seu alinhamento com a evolução organizacional, tecnológica e legal da USIT. A reavaliação dos riscos engloba:

- Verificação periódica do estado de execução das medidas planeadas;
- Recolha de evidências documentais que comprovem a implementação das ações;
- Avaliação da eficácia dos controlos existentes e identificação de fragilidades;
- Atualização da informação referente ao grau de risco, sempre que se verifiquem alterações relevantes na probabilidade, impacto ou contexto;
- Identificação de riscos emergentes ou decorrentes de mudanças nos processos, sistemas, legislação ou recursos.

A periodicidade da monitorização é definida em função do grau de cada risco:

- **Muito Elevado:** monitorização trimestral;
- **Elevado:** monitorização semestral;
- **Moderado:** monitorização anual;
- **Baixo:** monitorização anual;
- **Muito Baixo:** monitorização anual ou bianual.

O mapa de riscos é revisto anualmente, integrando a informação recolhida ao longo do ciclo e os resultados do Relatório Anual. Sempre que se verifiquem alterações significativas como, por exemplo, incidentes, auditorias, nova legislação, alterações tecnológicas ou reorganização interna, a atualização extraordinária deve ser realizada no prazo máximo de 30 dias após a identificação da necessidade.

Os resultados do processo de monitorização alimentam a elaboração do Relatório Anual e do Relatório Final, bem como a definição de medidas corretivas e de melhoria contínua, garantindo a conformidade com o RGPC e a evolução sustentada do modelo de prevenção da USIT.

7.5. Registos

O registo e a documentação das atividades de gestão do risco constituem elementos essenciais para garantir transparência, rastreabilidade e conformidade com o RGPC. Todos os riscos identificados, respetivas classificações e medidas preventivas ou de mitigação devem ser formalmente documentados e mantidos em suporte adequado.

O registo inclui:

- A descrição do risco e a sua classificação segundo a matriz adotada;
- As medidas preventivas e de mitigação definidas, com prazo e responsável setorial;
- O estado de execução das medidas, atualizado de forma periódica;
- As evidências documentais que comprovem a implementação das ações;
- As revisões ou alterações efetuadas ao longo do ciclo, com respetiva justificação;
- Os resultados das atividades de monitorização e as recomendações de melhoria.

A documentação deve ser mantida de forma organizada e acessível, permitindo:

- A verificação pela tutela, entidades reguladoras e auditorias internas ou externas;
- A elaboração dos relatórios intercalar, anual e final;
- A atualização anual do mapa dos riscos de corrupção;
- A integração do PPGRIC nos processos do SGQ.

8. MAPEAMENTO DOS RISCOS

A identificação e o mapeamento dos riscos decorrem da aplicação da metodologia descrita no Capítulo 8, permitindo consolidar os riscos apurados nas diferentes áreas funcionais da USIT e organizar a sua distribuição por categorias. Os riscos são agrupados segundo as sete categorias estruturais definidas no PPGRIC, representativas das principais áreas de exposição institucional.

Quadro 1. Categorias estruturais e riscos associados.

Categoria	Riscos
Ética, Integridade e Conflito de Interesses	Abrange situações relacionadas com conflitos de interesses, acumulação indevida de funções, aceitação de ofertas ou vantagens, favorecimentos e incumprimento do Código de Conduta Ética, com impacto direto na imparcialidade, na legalidade das decisões e na credibilidade da USIT
Financeira e Contratação Pública	Integra riscos associados à instrução deficiente de processos de despesa, fragmentação de aquisições, pagamentos indevidos, gestão de fundos e irregularidades nos procedimentos de contratação pública, com impacto potencial na sustentabilidade financeira, na conformidade legal e na transparência da gestão.
Recursos Humanos e Organização Interna	Contempla riscos como nepotismo, enviesamentos na avaliação de desempenho, falhas na gestão de assiduidade e absentismo, insuficiência de formação em ética e integridade, situações de violência, assédio ou retaliação e fragilidades na comunicação interna, com repercussões na coesão organizacional e na qualidade do serviço prestado.
Tecnológica e Proteção de Dados	Agrupa riscos relacionados com o acesso indevido a informação sensível, ciberataques, falhas na interoperabilidade dos sistemas e na gestão de perfis aplicativos, uso inadequado de plataformas digitais e desconhecimento das normas de proteção de dados, com impacto na segurança da informação, no cumprimento do RGPD e na continuidade dos serviços.
Patrimonial, Infraestrutural e Logística	Incide sobre riscos associados ao inventário e à manutenção de bens, utilização indevida de viaturas e consumíveis, extravio de património, contratação irregular de serviços externos e desadequação dos espaços físicos, podendo comprometer a segurança de utentes e profissionais e a boa gestão dos recursos públicos.
Clínico e Assistencial	Incorpora riscos ligados à inobservância de normas clínicas, prescrição indevida, manipulação ou omissão de registos clínicos, gestão inadequada de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes e utilização indevida de informação clínica, com impacto direto na segurança do doente, na qualidade assistencial e na responsabilidade profissional.
Comunicação, Imagem e Relacionamento Institucional	Abrange riscos associados à comunicação pública indevida, falta de transparência na divulgação de resultados, conflitos com parceiros externos, tratamento inadequado de denúncias e divulgação indevida de dados sensíveis, com impacto na confiança pública, na reputação e na estabilidade das relações institucionais.

Esta categorização facilita a sistematização dos riscos, de acordo com os domínios relevantes da atividade institucional, incluindo tanto os processos administrativos e logísticos como os processos assistenciais, clínicos e de governação.

Cada risco é registado no mapa de riscos institucional (anexo 1) com os seguintes elementos:

- Código identificativo;
- Fundamentação;

- Causas prováveis;
- Impacto potencial;
- Probabilidade **(P)** e gravidade **(G)**;
- Grau do risco **(GR = P x G)**;
- Classificação (muito baixo, baixo, moderado, elevado, muito elevado);
- Medidas executadas e em curso;
- Medidas a implementar;
- Serviço responsável;
- Prazo de implementação.

9. PLANEAMENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO

As medidas preventivas e de controlo constituem a resposta organizada da USIT aos riscos identificados, permitindo reduzir a probabilidade da sua ocorrência ou mitigar o impacto de eventuais irregularidades. Estas medidas são definidas com base na avaliação realizada e integram procedimentos, ajustamentos organizacionais, mecanismos de controlo interno, reforço documental, melhoria dos sistemas de informação e formação dos profissionais.

O quadro seguinte sintetiza as medidas preventivas e de controlo planeadas no processo de identificação de riscos de corrupção e infrações conexas.

Quadro 2. Resumo das medidas em curso e a implementar, por área e com exemplos.

Área	Exemplos
Promoção da Integridade e dos Padrões Éticos	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação permanente do Código de Conduta Ética; • Reforço da supervisão ética pelas chefias; • Prevenção ativa de conflitos de interesses, com recolha e análise anual de declarações; • Sensibilização dos profissionais para comportamentos de risco; • Promoção de práticas que valorizem a imparcialidade, a objetividade e a equidade.
Melhoria dos Procedimentos Administrativos e Assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão periódica das normas internas das áreas administrativa, financeira, logística e assistencial; • Harmonização dos circuitos de documentação e validação; • Sistematização dos requisitos de instrução processual (checklists, modelos de decisão, validações obrigatórias); • Integração de critérios objetivos e mensuráveis nos processos críticos.
Segregação de Funções	<ul style="list-style-type: none"> • Definição clara de perfis e responsabilidades; • Validações sequenciais entre diferentes intervenientes; • Mecanismos de revisão por pares; • Mecanismos de validação cruzada; • Supervisão formal das chefias; • Controlo interno regular em processos de contratação, despesa, RH, património e registos.
Proteção da Informação e Segurança dos Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de cibersegurança e de gestão de acessos; • Controlo, monitorização e revisão periódica dos perfis atribuídos nos sistemas; • Mecanismos de prevenção de intrusões, phishing e malware; • Cumprimento rigoroso do RGPD e das normas internas de confidencialidade; • Implementação de procedimentos seguros para uso de redes sociais e plataformas digitais.
Controlo Financeiro, Contratual e Patrimonial	<ul style="list-style-type: none"> • Segregação obrigatória de funções na instrução, autorização e execução da despesa; • Validação jurídica dos procedimentos de contratação pública; • Reconciliação financeira e controlo documental rigoroso; • Rastreabilidade das operações orçamentais e patrimoniais; • Verificação periódica dos contratos de serviços externos; • Manutenção e atualização do inventário patrimonial; • Cumprimento do Plano de Manutenção de Instalações e Equipamentos (PMIE).

Fortalecimento da Cultura de Reporte, Transparência e Responsabilização	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação ativa e acessível do Canal Interno de Denúncias; • Garantia de confidencialidade e proteção do denunciante; • Criação de espaços de comunicação transparente entre chefias e equipas; • Publicitação regular dos instrumentos de governação e desempenho.
Formação, Capacitação e Sensibilização	<ul style="list-style-type: none"> • Formação anual obrigatória para todos os trabalhadores, nas áreas da Ética, RGPC, RGPD e cibersegurança; • Formação específica para áreas críticas, ajustada à natureza dos riscos e funções; • Integração dos conteúdos do PPGRIC no acolhimento institucional; • Articulação com o NOFP para planeamento, execução e registo das ações formativas; • Campanhas de sensibilização e comunicação interna.
Integração das Medidas no Modelo de Melhoria Contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias internas e externas; • Análise de indicadores de desempenho e de conformidade; • Revisões de direção e processos do SGQ; • Relatórios de atividades; • Articulação com o planeamento estratégico e operacional.

10. MONITORIZAÇÃO DO PPGRIC

O controlo institucional do PPGRIC é assegurado através de mecanismos formais de acompanhamento, supervisão e validação que integram a governação da USIT, nomeadamente:

- Acompanhamento regular da execução do plano por parte das chefias/responsáveis;
- Consolidação e análise da informação pelo GQSU;
- Validação institucional dos resultados pelo CA;
- Integração dos resultados nos processos de planeamento e melhoria contínua.

Este controlo decorre de forma articulada com o SGQ, assegurando alinhamento entre o PPGRIC, auditorias internas e externas, ações corretivas e instrumentos de planeamento.

O fluxo de reporte e validação do PPGRIC segue os circuitos formais definidos pela USIT, garantindo clareza, rastreabilidade e responsabilização, englobando as seguintes etapas:

- Envio de informação ao GQSU sobre o estado de execução das medidas pelos responsáveis;
- Análise dos dados e evidências pelo GQSU;
- Comunicação ao CA de situações relevantes, incluindo atrasos, riscos emergentes ou necessidade de medidas adicionais;
- Deliberação do CA sobre ações corretivas, ajustamentos e orientações institucionais.

A avaliação institucional do ciclo consiste na apreciação global dos resultados alcançados e orienta a revisão do PPGRIC. Esta avaliação inclui:

- Apreciação do grau de execução das medidas preventivas;
- Análise da evolução dos riscos e identificação de áreas críticas;
- Validação pela gestão de topo dos resultados e recomendações;
- Integração das conclusões nos instrumentos de planeamento subsequente.

Os resultados são refletidos nos relatórios produzidos ao longo do ciclo e contribuem para o reforço da integridade, da transparência e da eficácia dos controlos institucionais.

11. FORMAÇÃO

A formação assume um papel determinante na prevenção de riscos, permitindo que os profissionais desenvolvam competências que lhes permitam reconhecer situações suscetíveis de comprometer a imparcialidade, a transparência ou a conformidade legal.

O NOFP articula-se com o GQSU e com os responsáveis das áreas técnicas-chave para a operacionalização das medidas planeadas, no sentido de integrar, nos planos formativos, conteúdos relacionados com ética, integridade, proteção de dados, segurança da informação, instrução de processos administrativos, contratação pública, gestão documental e procedimentos de reporte de irregularidades.

11.1. Formação no Acolhimento

Todos os novos trabalhadores devem, no **prazo máximo de 90 dias** após o início de funções, concluir formação introdutória nos seguintes módulos:

- Ética e integridade;
- Medidas previstas e responsabilidades no âmbito do PPGRIC;
- Proteção de dados e segurança da informação;
- Comunicação institucional e reporte;
- Normas internas aplicáveis à área funcional.

Esta formação integra o processo de acolhimento institucional e é obrigatoriamente registada.

11.2. Formação Anual Obrigatória

Em conformidade com orientações do MENAC, estabelece-se a realização de **formação obrigatória**, com a **duração mínima de 4 horas**, dirigida a **todos os trabalhadores e colaboradores** (internos, estagiários, prestadores e colaboradores externos com acesso a dados ou processos institucionais), em regime presencial, e-learning ou misto. A formação anual obrigatória deve incluir os temas seguintes:

- Ética, integridade e conflitos de interesses;
- Obrigações, medidas, responsabilidades e sistemas de controlo no âmbito do PPGRIC;
- Proteção de Dados e Confidencialidade
- Segurança da informação e cibersegurança: prevenção de intrusão, phishing, acessos indevidos e uso abusivo de sistemas.

11.3. Formação Específica para Áreas Críticas

Os **superiores hierárquicos**, elementos do **GQSU** e os profissionais das **áreas técnicas-chave** identificadas no capítulo 5.3. têm o dever de participar em formação que os capacite para a operacionalização das medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas. É recomendada uma **carga horária anual mínima de 4 horas**, sobre as seguintes temáticas, de acordo com a respetiva área de intervenção:

- Conflitos de Interesses e Ética Pública;
- Contratação Pública: Riscos, Decisão e Supervisão;
- SIADAPRA;
- Contratação Pública, Despesa, Controlo interno, Segregação de Funções;
- Gestão de Denúncias de Corrupção e Infrações Conexas;
- Processos de Recrutamento na Administração Pública;
- Cibersegurança Avançada;
- Gestão de Incidentes;
- Gestão de Património e Inventário;
- Gestão do PMIE.

12. COMUNICAÇÃO DO PPGRIC

A transparência na gestão pública e a adequada publicitação dos instrumentos de governação constituem princípios essenciais para assegurar a confiança dos utentes, da comunidade e das entidades reguladoras na atuação da USIT. Neste contexto, o PPGRIC e os respetivos relatórios são objeto de divulgação interna e externa, em conformidade com o RGPC e as orientações do MENAC.

A publicitação e o reporte externo garantem que a implementação do plano é verificável, rastreável e sujeita ao necessário escrutínio público, reforçando a responsabilização institucional e a integridade dos processos organizacionais.

12.1. Divulgação Interna

A comunicação do PPGRIC é operacionalizada através de formação, reuniões com chefias, informações de serviço, e-mails institucionais e publicação na pasta partilhada da USIT para:

- Divulgar as responsabilidades dos profissionais no âmbito do PPGRIC;
- Comunicar das medidas preventivas e recomendações decorrentes das avaliações realizadas;
- Partilhar orientações, normas e circulares relevantes;
- Informar sobre o canal interno de denúncias;
- Sensibilizar para boas práticas de integridade e conduta.

12.2. Divulgação Externa

Após aprovação pelo CA, o **PPGRIC** e os respetivos **relatórios** (anuais, intercalares e final) são remetidos, no prazo máximo de **10 dias úteis**, às seguintes entidades:

- **MENAC**: Mecanismo Nacional Anticorrupção, entidade responsável pela supervisão da implementação do RGPC e pela receção dos planos e relatórios;
- **SRSSS**: Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, entidade setorial da tutela, para efeitos de acompanhamento institucional;
- **DRS**: Direção Regional da Saúde, no âmbito das suas competências de supervisão técnica e articulação com o SRS;
- **IARTCC**: Inspeção Administrativa Regional da Transparência e Combate à Corrupção, sempre que solicitado no âmbito das suas competências inspetivas, de auditoria ou fiscalização.

Nos termos da Recomendação n.º 7/2024 do MENAC, encontra-se prevista a comunicação mensal a esta entidade sobre o estado de cumprimento do RGPC. Contudo, a sua aplicação imediata depende da definição, pela tutela e pelas entidades de coordenação regional, dos procedimentos operacionais, canais formais e modelo padronizado de reporte aplicáveis ao SRS. Até à disponibilização destas orientações, a USIT assegura o cumprimento integral das obrigações legalmente exigíveis, designadamente o envio do PPGRIC e dos relatórios intercalar, anual e final, mantendo-se preparada para integrar a comunicação mensal logo que existam instruções formais regionais ou nacionais que operacionalizem esta obrigação.

Adicionalmente, o PPGRIC e os seus relatórios são publicados no **sítio eletrónico institucional da USIT**, em área dedicada à transparência e integridade, garantindo o acesso público à informação prevista no RGPC.

Os envios e a publicitação são da responsabilidade do CA, em articulação com o GQSU.

O canal interno de denúncias da USIT é gerido pelo GJ, de acordo com a norma de procedimento Denúncia de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (GES.FIN.003.NP.01). As denúncias podem ser entregues presencialmente ao GJ ou submetidas para o endereço institucional

usiterceira.denuncias@azores.gov.pt, podendo ser anónimas. É assegurada independência, imparcialidade e confidencialidade no seu tratamento.

13. CICLO DE VIGÊNCIA

O presente PPGRIC tem **vigência trienal (2026–2028)**, sem prejuízo de revisões intercalares sempre que se verifiquem alterações relevantes no enquadramento legal, organizacional ou estratégico da USIT.

A revisão do plano é da responsabilidade do GGSU, que assegura a coordenação técnica do processo e a integração dos contributos das direções, coordenações e gabinetes de apoio técnico.

13.1. Revisão Trienal

A revisão global do PPGRIC ocorre no final de cada ciclo trienal (**até 30 de abril de 2029**) ou sempre que se verifiquem alterações relevantes no contexto legislativo, organizacional ou nos processos internos da USIT. A revisão inclui:

- Atualização do mapa de riscos de corrupção;
- Redefinição das medidas a implementar, distinguindo-as das medidas já implementadas ou em processo de implementação;
- Integração das recomendações dos relatórios intercalares e anual;
- Incorporação de alterações legais e orientações do MENAC e CPC;
- Ajustamento das responsabilidades institucionais, quando necessário.

13.2. Relatórios Intercalar, Anual e Final

A monitorização do PPGRIC é assegurada através da elaboração de relatórios formais, nomeadamente, o Relatório Intercalar, o Relatório Anual de Execução e o Relatório Final. A periodicidade da sua elaboração está definida no RGPC e depende da classificação dos riscos:

Relatório Intercalar. Elaborado até 31 de outubro de cada ano, sempre que existam riscos classificados como elevados ou muito elevados. Reavalia a classificação dos riscos, o nível de execução das medidas e a eficácia dos controlos implementados.

Relatório Anual de Execução. Elaborado até 30 de abril do ano seguinte, apresenta o balanço anual da execução das medidas, integra a reavaliação dos riscos, a avaliação da eficácia dos controlos implementados e propostas de melhoria para o ano seguinte.

Relatório Final (2026–2028). Elaborado até 30 de abril de 2029, consolida os resultados dos três anos, a evolução das classificações dos riscos, os impactos institucionais identificados e apresenta recomendações para o ciclo 2029–2031.

13.3. Entrada em Vigor

O PPGRIC entra em vigor em **1 de maio de 2026**, após aprovação pelo CA, marcando o início do ciclo anual de execução, monitorização e reporte.

14. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO CPC

- Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro — Aprova o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC) e cria o MENAC. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/109-e-2021-175659840>.
- Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro — Regime de proteção de denunciadores e transposição da Diretiva (UE) 2019/1937. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/93-2021-176147929>.
- Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro — Código dos Contratos Públicos (CCP), na redação atual. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2008-248178>.
- Lei n.º 35/2014, de 20 de junho — Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2014-25676932>.
- Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto — Regime de acesso a documentos administrativos e informação pública. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2016-106603618>.
- Regulamento (UE) 2016/679 – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis.
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto — Execução do RGPD em Portugal. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>.
- Lei n.º 2/2020, de 31 de março — Medidas de reforço da transparência e integridade no exercício de funções públicas. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2020-130893466>.
- Decreto-Lei n.º 166/98, de 25 de junho — Regime das auditorias internas na Administração Pública. Disponível em https://www.eo.gov.pt/legislacao/Documents/DL_166-98_25jun.pdf.
- Código Penal. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>.
- Código do Procedimento Administrativo. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2015-105602322>.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO CPC

- Recomendação n.º 1/2009 — Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/recomendacao/1-2009-2542762>.
- Recomendação n.º 3/2015 — Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/recomendacao/3-2015-69773181>.
- Recomendação n.º 4/2019 — Transparência e prevenção de riscos nos procedimentos de contratação pública. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/recomendacao/4-2019-126772861>.
- Recomendação n.º 3/2020 — Prevenção de conflitos de interesses na Administração Pública. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/recomendacao/3-2020-138217297>.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO MENAC

- Guia de Boas Práticas para a Elaboração de PPGC. Disponível em <https://mec-anticorruptcao.pt/guias/>.
- Recomendação MENAC n.º 7/2024, de 28 de maio — Cumprimento normativo, reporte e governação. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/recomendacao/7-2024-867249401>.
- Relatórios anuais de acompanhamento da implementação do RGPC. Disponível em <https://mec-anticorruptcao.pt/relatorios-do-menac/>.

NORMAS INTERNACIONAIS (ISO)

- ISO 31000:2018 — Gestão do Risco.
- ISO 37001:2016 — Sistemas de Gestão Anticorrupção.

ENQUADRAMENTO REGIONAL E SETORIAL

- Decreto Regulamentar Regional n.º 27/2011/A, de 11 de novembro — Estrutura e funcionamento da USIT. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar-regional/27-2011-145593>.
- Plano Regional de Saúde 2030. Disponível em <https://portal.azores.gov.pt/web/drs/plano-regional-de-sa%C3%BAde-2030>.
- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção da Secretaria Regional da Saúde e Desporto (última versão disponível). Disponível em <https://portal.azores.gov.pt/documents/37017/1638530/PPR+DRD.pdf/b5170283-36ee-85f1-39b4-26398a805880?t=1684765998875>.
- Orientações e documentos da Inspeção Administrativa Regional da Transparência e Combate à Corrupção (IARTCC).
- Deliberações e orientações da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social sobre transparência, ética pública e prevenção da corrupção.

DOCUMENTOS INTERNOS DA USIT

Atas e deliberações do CA.
Código de Princípios Éticos da USIT (GES.ETI.001.RI.03).
Comissão de Ética da USIT (CLI.COM.002.RI.02).
Denúncia de Riscos de Corrupção (GES.FIN.003.NP.01).
Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade (GES.QUA.003.NP.01).
Mapa de Riscos Organizacionais (anexo 1 do Plano Estratégico 2025-2027).
Modelo de Governança Clínica USIT (GES.GOV.001.NP.04).
Norma de Controlo Interno (GES.FIN.002.RG.02).
Planos e Relatórios de Atividades anuais.
Plano Estratégico da USIT (2025–2027).
Política da Qualidade (GES.QUA.001.PL.02) e Manual da Qualidade (GES.QUA.004.PL.01)
Programas de Auditoria Interna bienais e Relatórios das Auditorias.
Registos de reuniões.
Regulamento Interno USIT (GES.REG.001.RI.01).
Relatórios intercalares, anuais e finais do PPGRCIC.
Sistema de Gestão de Riscos e Incidentes de Segurança do Utente (CLI.GRS.001.NP.03) e Mapa de Riscos Clínicos.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

Direção-Geral da Saúde (DGS). Normas e orientações de qualidade e segurança aplicáveis às unidades de saúde certificadas pelo modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).
Tribunal de Contas. Relatórios e recomendações sobre transparência e integridade na administração pública.

15. ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía</i>
CA	Conselho de Administração
CCP	Código dos Contratos Públicos
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CSAH	Centro de Saúde de Angra do Heroísmo
CSPV	Centro de Saúde da Praia da Vitória
DC	Direções Clínicas
DE	Direções de Enfermagem
GJ	Gabinete Jurídico
GF	Gabinete Financeiro
GI	Gabinete de Informática
QGSU	Gabinete de Qualidade e Segurança do Utente
GR	Grau de Risco
GT	Gabinete Técnico
IARTCC	Inspeção Administrativa Regional da Transparência e Combate à Corrupção
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
NOFP	Núcleo de Organização e Formação Profissional
PA	Plano de Atividades
PE	Plano Estratégico
PPGRCIC	Plano de Prevenção e Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
RA	Relatório de Atividades
RGPC	Regime Geral de Prevenção da Corrupção
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RH	Recursos Humanos
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SRS	Serviço Regional de Saúde
SRSSS	Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social
USIT	Unidade de Saúde da Ilha Terceira

Anexo 1. MAPA DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS DA USIT

Ver documento arquivado separadamente.

Anexo 5. MATRIZ DE RISCO¹

Quadro 1. Classificação da PROBABILIDADE (P) de Ocorrência					
	1	2	3	4	5
	RARO/POSSIBILIDADE REMOTA	IMPROVÁVEL	POSSÍVEL	PROVÁVEL	QUASE CERTO
Probabilidade genérica	Poderá nunca ocorrer	Não se espera, mas poderá ocorrer	Poderá ocorrer ocasionalmente	Provavelmente ocorrerá, mas não de forma sistemática	Ocorrerá frequentemente, com certeza
Probabilidade temporal	Espera-se que não ocorra durante anos	Poderá ocorrer 1 x ano ou menos	Poderá ocorrer várias vezes por ano ou mensalmente	Poderá ocorrer várias vezes por mês ou semanalmente	Poderá ocorrer várias vezes por semana ou diariamente
Com base no histórico	<0,1%	0,1-0,9%	1-10%	11-50%	>50%

¹ A presente matriz de avaliação do risco foi baseada na Norma ISO 31000:2018 (Risk Management – Guidelines), na Norma n.º 015/2013 da DGS, sobre o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, e na matriz de risco adotada no NHS (2008), com as adaptações introduzidas pelo documento institucional INF.CHMA.005, v.2, do Centro Hospitalar do Médio Ave, que alterou as escalas para incluir valores de 1 a 5, em vez de 1 a 4. Esta alteração permite uma maior granulação na priorização dos riscos, ao introduzir a classificação de “Muito elevado” entre “Elevado” e “Extremo”. Para a sua aplicação contextualizada na USIT, enquanto unidade de CSP, procedeu-se a ligeiras alterações de terminologia. Sendo que a classificação do nível de risco resulta do produto GxP (Gravidade x Probabilidade), com ambas as escalas variando entre 1 e 5, optou-se por descrever conjuntos de produtos efetivamente possíveis na matriz (5x5), em vez de intervalos numéricos contínuos, garantindo a cobertura de todas as 25 células, sem lacunas, e evitando-se valores inexistentes. Assim, os riscos são agrupados em cinco níveis: **Baixo** {1,2,3}, **Moderado** {4,5}, **Elevado** {6,8,9}, **Muito elevado** {10,12,15} e **Extremo** {16,20,25}.

Quadro 2. Classificação da GRAVIDADE (G) das Consequências

	1	2	3	4	5
	NENHUM DANO OU DANO NEGLIGENCIÁVEL	DANO LIGEIRO	DANO MODERADO	DANO SEVERO/ GRAVE	DANOS CATASTRÓFICOS E/OU MORTE
Utente	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão menor • Sem necessidade de tratamento adicional • Sem internamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão ou doença menor que requer intervenção mínima, em ambulatório • Sem necessidade de atendimento em SU 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão moderada que requer intervenção médica • Incidente com obrigação legal de notificação • Evento que afeta um pequeno n.º de pessoas • Internamento de 4 a 15 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão major que origina incapacidade ou limitação de longo prazo • Evento que afeta um n.º considerável de pessoas • Internamento >15 dias • Deficit no tratamento do doente com efeitos a longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Morte • Lesões múltiplas e permanentes ou efeitos irreversíveis na saúde • Evento que afeta um grande n.º de pessoas
Acompanhantes ou público	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão menor • Sem necessidade de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão ou doença menor que requer intervenção mínima • Sem necessidade de atendimento em SU 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão moderada que requer intervenção médica • Incidente com obrigação legal de notificação • Evento que afeta um pequeno n.º de pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão major que origina incapacidade ou limitação de longo prazo • Evento que afeta um n.º considerável de pessoas • Internamento 	
Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão menor • Sem necessidade de tratamento • Não requer falta ao trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão ou doença menor que requer intervenção mínima • Falta ao trabalho de 1 a 3 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão moderada que requer intervenção médica • Incidente com obrigação legal de notificação • Evento que afeta um pequeno n.º de pessoas • Falta ao trabalho de 4 a 15 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão major que origina incapacidade ou limitação de longo prazo • Evento que afeta um n.º considerável de pessoas • Falta ao trabalho ≥15 dias 	
Material, equipamento e instalações	<ul style="list-style-type: none"> • Sem impacto significativo no serviço (interrupção ≤15 min.) • Não afeta o material ou equipamento • Sem impacto no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Com impacto mínimo no serviço (interrupção >15 min. e ≤3 horas) • Material ou equipamento substituíveis no imediato • Impacto mínimo no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Com impacto moderado no serviço (interrupção >3 horas e ≤1 dia) • Material ou equipamento substituíveis a curto prazo • Impacto moderado no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Com impacto grave no serviço (interrupção >1 dia horas e ≤1 semana) • Material ou equipamento substituíveis a longo prazo • Impacto grave no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupção >1 semana • Material ou equipamento não substituíveis • Impacto catastrófico no ambiente • Causa dano crítico nos utentes e/ou profissionais

	1	2	3	4	5
	NENHUM DANO OU DANO NEGLIGENCIÁVEL	DANO LIGEIRO	DANO MODERADO	DANO SEVERO/ GRAVE	DANOS CATASTRÓFICOS E/OU MORTE
	<ul style="list-style-type: none"> • Sem impacto nas pessoas • Dano sem impacto na funcionalidade do equipamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Não afeta a segurança de utentes e/ou profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca em risco a segurança de utentes e/ou profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Causa dano nos utentes e/ou profissionais 	
Recursos humanos, organização e competências	<ul style="list-style-type: none"> • Escassez pontual (<1 dia) de recursos humanos, afetando a qualidade do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Escassez de recursos humanos, afetando a qualidade do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso na prestação de serviço crítico devido a falta de pessoal • Dotação insegura de recursos humanos ou de competências (>1 dia) • Desmotivação do pessoal • Baixa adesão do pessoal à formação obrigatória 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição quanto à data de retoma da prestação de serviço crítico devido a falta de pessoal • Dotação insegura de recursos humanos ou de competências (>5 dia) • Grande desmotivação do pessoal • Não adesão do pessoal à formação obrigatória 	<ul style="list-style-type: none"> • Não prestação de serviço crítico devido a falta de pessoal • Dotação insegura de recursos humanos ou de competências (>5 dias) • Desmotivação do pessoal • Não frequência de formação obrigatória
Qualidade, auditorias e reclamações	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da qualidade de uma parte não essencial do tratamento ou serviço • Reclamação ou investigação informal 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da qualidade do tratamento ou serviço • Reclamação formal • Resolução local • Falha pontual no cumprimento de normas internas • Implicações minor na segurança do doente, se não forem tomadas medidas • Diminuição do nível de desempenho, se não forem tomadas medidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição significativa da efetividade do tratamento ou serviço • Reclamação formal • Resolução local, com possibilidade de ser submetida a investigação independente • Incumprimento sistemático de normas internas • Implicações major na segurança do doente, se não forem tomadas medidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Não conformidade com normativos nacionais, implicando risco significativo para os utentes e/ou profissionais, se não for resolvida • Reclamação formal, com revisão independente • Resolução local, com possibilidade de ser submetida a investigação independente • Baixo nível de desempenho • Processo de averiguações 	<ul style="list-style-type: none"> • Falha grave no cumprimento de normativos nacionais • Nível de qualidade do tratamento ou serviço completamente inaceitável • Falha grave para a segurança do utente, se não forem tomadas medidas corretivas • Investigação pela Inspeção Regional da Saúde

	1	2	3	4	5
	NENHUM DANO OU DANO NEGLIGENCIÁVEL	DANO LIGEIRO	DANO MODERADO	DANO SEVERO/ GRAVE	DANOS CATASTRÓFICOS E/OU MORTE
Litígio e risco financeiro	<ul style="list-style-type: none"> Pequena perda, risco remoto de indemnização 	<ul style="list-style-type: none"> Impacto financeiro <10 000€ Notificação ou advertência por entidade reguladora/ inspetiva 	<ul style="list-style-type: none"> Impacto financeiro entre 10 000€ e 25 000€ Investigação criminal Multa 	<ul style="list-style-type: none"> Impacto financeiro entre 25 000€ e 50 000€ Incumprimento parcial dos objetivos contratualizados Acusação criminal Suspensão temporária de funções 	<ul style="list-style-type: none"> Impacto financeiro ≥50 000€ Incumprimento dos objetivos contratualizados, afetando o financiamento Processo criminal Exoneração de cargo público/ inibição de exercício profissional
Objetivos e projetos	<ul style="list-style-type: none"> Sem aumento dos custos Atraso em relação ao prazo estabelecido, mas dentro das margens de tolerância 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos custos <5% acima do orçamentado Atraso <5% em relação ao prazo estabelecido 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos custos 5-10% acima do orçamentado Atraso de 5-10% em relação ao prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos custos 10-25% acima do orçamentado Atraso de 10-20% em relação ao prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos custos >25% acima do orçamentado Atraso >20% em relação ao prazo
Publicidade negativa e reputação	<ul style="list-style-type: none"> Rumores Potencial para constituir motivo de preocupação pública 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos meios de comunicação locais Redução da confiança do público, de curto prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos meios de comunicação locais Notícia isolada nos média nacionais Redução da confiança do público, de médio prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos média nacionais Prestação de serviços abaixo das expetativas legítimas do público ≤3 dias Redução da confiança do público, de curto prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos média nacionais Prestação de serviços abaixo das expetativas legítimas do público > 3 dias Intervenção de órgão do Governo Regional Perda completa da confiança do público

Quadro 3. Síntese das Escalas de Probabilidade (P) e Gravidade (G)

P		G	
5	QUASE CERTO	5	DANOS CATASTRÓFICOS/MORTE
4	PROVÁVEL	4	DANO SEVERO/GRAVE
3	POSSÍVEL	3	DANO MODERADO
2	IMPROVÁVEL	2	DANO LIGEIRO
1	RARO/POSSIBILIDADE REMOTA	1	NENHUM DANO OU DANO NEGLIGENCIÁVEL

Quadro 4. Classificação do Risco (PXG)

	G1	G2	G3	G4	G5
P1	1 BAIXO	2 BAIXO	3 BAIXO	4 MODERADO	5 MODERADO
P2	2 BAIXO	4 MODERADO	6 ELEVADO	8 ELEVADO	10 MUITO ELEVADO
P3	3 BAIXO	6 ELEVADO	9 ELEVADO	12 MUITO ELEVADO	15 MUITO ELEVADO
P4	4 MODERADO	8 ELEVADO	12 MUITO ELEVADO	16 EXTREMO	20 EXTREMO
P5	5 MODERADO	10 MUITO ELEVADO	15 MUITO ELEVADO	20 EXTREMO	25 EXTREMO

Quadro 5. Descrição e Priorização das Ações em função do Nível de Risco

Nível do risco	Classificação do risco	Descrição das Ações	Prazo		
			Planeamento	Execução	Avaliação
{1, 2, 3}	BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> • Não é necessário reforçar a ação preventiva além do cumprimento dos requisitos e boas práticas instituídas. • Considerar melhorias simples/custo-efetivas. • Manter monitorização periódica para garantir a eficácia. 	NA	NA	1 ano
{4, 5}	MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> • Devem ser feitos esforços razoáveis para reduzir o risco. • Complementar as boas práticas ações de verificação e controlo. • Se envolver processos críticos, priorizar no plano de melhoria. • Envolver a gestão local (coordenação do serviço/equipa). 	3 meses	6 meses	1 ano
{6, 8, 9}	ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> • Necessário plano de ação formal com responsáveis, prazos e métricas. • Alocar recursos e implementar ações de mitigação antes ou durante a execução. • Envolver a gestão intermédia. 	1 mês	3 meses	6 meses
{10, 12, 15}	MUITO ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar ações de mitigação imediatas e barreiras adicionais (ex.: dupla verificação, “lockout”, aplicação de lista de verificação obrigatória). • Não iniciar nova atividade sem reduzir o nível de risco. • Avaliar suspensão da atividade em curso até mitigação. • Comunicar à gestão de topo. 	Imediato	1 mês	3 meses
{16, 20, 25}	EXTREMO	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender (ou não iniciar) o trabalho até reduzir o risco para um nível aceitável. • Executar, imediatamente, as medidas corretivas/ de contingência. • Se não for possível reduzir o nível de risco, suspender a atividade. • A gestão de topo deve assumir o comando da situação. 	Imediato	1 semana	1 mês

