



INSTITUTO DE
ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2024

FICHA TÉCNICA

Título

Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2024

Editor

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Endereço

Rua das Pretas, n.º 1

9004-515, Funchal

Tel.: 291 212 300

Fax: 291 281 421

iasaude@iasaude.madeira.gov.pt

<https://iasaude.pt/>

Participação

Dirigentes e Técnicos Superiores das diferentes Direções do IASAÚDE, IP-RAM

Data de Edição

2025

Disponibilidade

Site do IASAÚDE, IP-RAM

Aprovado pelo Conselho Diretivo

Em reunião de Conselho Diretivo de 05/05/2025.

Devidamente assinado

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLAS	DESCRIÇÃO
ADSE	Instituto Público de Gestão Participada
BF	Beneficiário Final
BI	Beneficiário Inicial
CD	Conselho Diretivo
COSO	Committee of Sponsoring Organization
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
DAG	Departamento de Administração Geral
DARH	Direção de Administração e Recursos Humanos
DC	Direção de Contratualização
DGFC	Departamento de Gestão Financeira e Contratualização
DLR	Decreto Legislativo Regional
DSI	Direção de Sistemas de Informação
DSIC	Departamento de Sistemas de Informação e Comunicação
ENCC	Estratégia Nacional de Combate à Corrupção
GAJ	Gabinete de Assuntos Jurídicos
GC	Gravidade da Consequência
GR	Gradação do Risco
IASAÚDE, IP-RAM	Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM
JORAM	Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PO	Probabilidade de Ocorrência
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RGPC	Regime Geral de Prevenção e Corrupção
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM
SRS	Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
UE	União Europeia

ÍNDICE

I. Introdução.....	5
II. Caracterização da Entidade.....	6
III. Organização Interna	8
IV. Avaliação e Gestão de Risco	12
1. Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção	12
2. Metodologia adotada	14
3. Canal de Denúncias	17
V. Monitorização e atualização do Plano	18
VI. Matrizes de Risco e respetiva avaliação	20
1. Transversal ao IASAÚDE, IP-RAM	20
2. Direção de Administração e Recursos Humanos.....	30
3. Direção de Gestão Financeira.....	33
4. Direção de Contratualização	35
5. Direção de Sistemas de Informação	37
6. Gabinete dos Assuntos Jurídicos	41

I. Introdução

A Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, veio impulsionar a promoção da transparência e da integridade como valores comuns a prosseguir, visando o fortalecimento das instituições públicas e da confiança dos cidadãos.

É neste contexto que, mediante o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, é criado um mecanismo de prevenção da corrupção e da criminalidade conexas, denominado de Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), bem como estabelecido um regime de prevenção da corrupção, designado de Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC).

As entidades abrangidas passaram assim a estar vinculadas à implementação de um programa de cumprimento normativo que contempla, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), um código de conduta, um canal de denúncias, e um programa de formação.

No PPR do IASAÚDE, IP-RAM, aprovado em 27.01.2022, foram identificados um total de 83 riscos, distribuídos pelas diversas áreas, sendo 40 deles transversais a todos os dirigentes e os restantes distribuídos pelas diversas Unidades Orgânicas.

II. Caracterização da Entidade

O IASAÚDE, IP-RAM foi criado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 22/2008/M, de 23 de junho, alterado pelos Decretos Legislativos Regionais n.ºs 10/2011/M, de 27 de abril, 14/2012/M, de 9 de julho e 15/2020/M, de 16 de novembro.

O IASAÚDE, IP-RAM é um instituto público integrado na administração indireta da Região, dotado de autonomia administrativa e financeira, sob a tutela da Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil (SRS).

Desenvolve a sua atividade tendo por referência a sua Missão, Visão e Valores.

MISSÃO

O IASAÚDE, IP-RAM tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros, humanos, da formação profissional, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias de informação do Sistema Regional de Saúde e dos serviços da administração direta, no domínio da SRS.

VISÃO

O IASAÚDE, IP-RAM pretende dotar os serviços de uma capacidade de resposta de excelência que lhe permita assegurar uma gestão eficiente e integrada de recursos.

VALORES

Ética | Competência | Inovação | Eficiência | Transparência | Excelência de serviços | Cidadania

O IASAÚDE, IP-RAM prossegue as seguintes **atribuições**:

- Coadjuvar a SRS, na definição de políticas no domínio da contratação da prestação de cuidados de saúde no Sistema Regional de Saúde e a respetiva normalização, regulamentação, acompanhamento, auditoria e inspeção;
- Apoiar financeira e contratualmente a atividade da SRS na área da Saúde;
- Coordenar, monitorizar e controlar as atividades da SRS para a gestão dos recursos financeiros afetos ao Serviço Regional de Saúde, designadamente estudar e propor modelos de financiamento do Serviço Regional de Saúde, definir normas e orientações sobre modalidades para obtenção, distribuição e aplicação dos recursos financeiros, bem como de avaliação de custos e definições de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Regional de Saúde;
- Coordenar e acompanhar a gestão da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados em articulação com os demais organismos competentes;
- Elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento financeiro no Sistema Regional de Saúde;

- Apoiar as atividades da SRS, na definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente, adaptando normas e orientações relativas a profissões, exercício profissional, registo de profissionais, bases de dados de recursos humanos, bem como realizar estudos conducentes à caracterização dos recursos humanos, das profissões e exercícios profissionais no setor da saúde;
- Assegurar a prestação centralizada de atividades comuns nas áreas dos recursos humanos e financeiros para os serviços da SRS integrados na administração direta do estado, bem como coordenar a formação profissional intersectorial para os organismos da SRS;
- Coordenar o internato médico na Região, sem prejuízo das competências dos respetivos órgãos específicos, em articulação com as necessidades formativas do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM (SESARAM), nos termos da lei;
- Coadjuvar a SRS, na elaboração dos contratos-programa a celebrar com o SESARAM e proceder à transferência dos recursos financeiros para esta entidade pública empresarial, em conformidade com as dotações previstas no contrato-programa;
- Efetuar o controlo da gestão através da avaliação continuada dos indicadores de desempenho e da prática das instituições e serviços do Sistema de Saúde, bem como desenvolver e implementar modelos de gestão de risco económico-financeiro para o Sistema de Saúde;
- Coadjuvar a SRS na celebração, acompanhamento e revisão de acordos, protocolos e convenções com profissionais liberais e entidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos em articulação com o SESARAM e a respetiva capacidade instalada;
- Proceder à comparticipação aos utentes, dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde ao abrigo designadamente de acordos, protocolos ou convenções celebradas com entidades privadas de saúde, nos termos dos regulamentos em vigor;
- Orientar e informar sobre os procedimentos e inscrições respeitantes ao subsistema do Instituto Público de Gestão Participada (ADSE), no âmbito da administração regional autónoma da Madeira;
- Assegurar o regular funcionamento da junta médica da ADSE;
- Apoiar as atividades da SRS na gestão da rede de instalações e equipamentos tendentes à melhoria e desenvolvimento equilibrado dessa rede no território regional, bem como elaborar a carta regional de instalações e equipamentos;
- Apoiar a SRS na definição e normalização dos sistemas de informação e comunicação adaptados às necessidades do Sistema Regional de Saúde.

III. Organização Interna

A estrutura organizativa do IASAÚDE, IP-RAM, assenta nas disposições constantes na Portaria n.º 325/2021, de 17 de junho de 2021, que aprovou os estatutos do IASAÚDE, IP-RAM.

O IASAÚDE, IP-RAM é constituído pelos seguintes Órgãos:

- O **Conselho Diretivo**;
- O **Fiscal único**.

O **Conselho Diretivo (CD)** do IASAÚDE, IP-RAM, nomeado pelos Despachos Conjuntos Despacho Conjunto n.º 116/2024, publicado no JORAM II Série n.º 207, de 12 de novembro, e n.º 84/2024, publicado no JORAM II Série, n.º 154, de 26 de agosto, exerce o seu mandato por três anos, sendo composto por uma Presidente, um Vice-Presidente e dois Vogais:

Cargo	Titular	Nomeação	Mandato
Presidente	Rubina Nunes Silva e Freitas	Despacho Conjunto n.º 116/2024, de 12 de novembro	13-11-2024 12-11-2027
Vice-Presidente	Martinho de Gouveia Câmara	Despacho Conjunto n.º 116/2024, de 12 de novembro	13-11-2024 12-11-2027
Vogal	Rúben Gomes Nunes	Despacho Conjunto n.º 84/2024, de 26 de agosto	27-08-2024 26-08-2027
Vogal	João Paulo Vares Luís	Despacho Conjunto n.º 116/2024, de 12 de novembro	13-11-2024 12-11-2027

Compete ao CD, sem prejuízo de outras competências que lhe sejam conferidas por lei:

- Dirigir a atividade do IASAÚDE, IP-RAM e gerir os seus recursos humanos, materiais e financeiros, tendo em conta os instrumentos de gestão aprovados;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida, designadamente, responsabilizando os diferentes serviços pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos;
- Praticar os demais atos necessários à prossecução das atribuições e ao exercício das competências do IASAÚDE, IP-RAM;
- Emitir parecer sobre os orçamentos das instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, bem como dos demais serviços da administração direta no domínio da SRS.

O **Fiscal Único**, de acordo com o artigo 6.º, do DLR nº 15/2020/M, de 16 de novembro, “(...)é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e boa gestão financeira e patrimonial do instituto, sendo designado por despacho dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, nos termos da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual.”.

O Fiscal Único em funções, designado através do Despacho Conjunto das Secretarias Regionais das Finanças e de Saúde e Proteção Civil, n.º 53/2023, de 31 de maio, é a Sociedade de revisores oficiais de contas “Santos Vaz, Trigo de Moraes & Associados, SROC, LDA”, inscrita na Ordem de Revisores Oficiais de Contas, com o n.º 155 e ainda na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários com o número 20161465.

No âmbito das atividades desenvolvidas e das competências do IASAÚDE, IP-RAM, os seus recursos humanos assumem uma relevância particular, dada a necessidade de especialização e de diferenciação, em termos técnicos e de competências que devem possuir, tendo em vista a prossecução dos objetivos institucionais e o desenvolvimento das competências do próprio IASAÚDE, IP-RAM.

A organização interna do IASAÚDE, IP-RAM, em vigor em 2024, é estabelecida nos seus Estatutos, sendo constituída por três Departamentos, quatro Direções de Serviços e duas Chefias de Divisão, conforme organograma, que se apresenta de seguida, com a indicação dos dirigentes de cada uma das respetivas unidades (à data):

Organograma IASAÚDE IP-RAM



Departamentos / Unidades Orgânicas / Unidades Técnicas / Secções

O **Departamento de Administração Geral (DAG)** compreende:

- A Direção de Administração e Recursos Humanos:
 - A Unidade Técnica de Apoio à DARH;
 - A Unidade Técnica de Instalações e Equipamentos;
 - A Secção de Recursos Humanos;
 - A Secção de Expediente;
 - A Secção de Vencimentos;
 - A Secção de Formação Profissional;
 - A Secção de Divulgação e Documentação;
 - A Secção de Apoio ao Internato Médico;
 - A Secção de Apoio Operacional;
 - A Secção de Apoio às Juntas Médicas da ADSE;
- O Núcleo de Gestão de Projetos de Fundos Comunitários.

O **Departamento de Gestão Financeira e Contratualização (DGFC)** compreende:

- A Direção de Gestão Financeira (DGF):
 - A Unidade Técnica de Gestão Orçamental e Financeira
 - A Unidade Técnica de Controlo Interno
 - A Secção de Contabilidade Orçamental e Financeira
 - A Secção de Aprovisionamento e Stocks; e) A Secção de Tesouraria.
- A Direção de Contratualização (DC):
 - O Gabinete de Controlo e Conferência;
 - A Unidade Técnica de Apoio à Contratualização;
 - A Secção de Reembolsos.

O **Departamento de Sistemas de Informação e Comunicação (DSIC)** compreende:

- A Direção de Sistemas de Informação (DSI)
 - A Unidade de Infraestruturas e Redes
 - A Unidade de Engenharia de Software

- A Unidade de Apoio Informático
- A Unidade Técnica de Acompanhamento e Gestão de Projetos
- O Núcleo de Monitorização e Análise de dados;
- O Núcleo de Design, Comunicação e Marketing.

O **Gabinete de Assuntos Jurídicos (GAJ)**, funciona na dependência da Presidente do Conselho Diretivo.

Atualmente e após publicação da Portaria n.º 97/2025, de 30 de janeiro, que aprova os estatutos do IASAÚDE, IP-RAM, a estrutura orgânica sofreu alteração, que será refletiva no próximo Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

O IASAÚDE, IP-RAM no âmbito da sua missão atual e na prossecução dos seus objetivos, definiu como pilares estruturantes da sua atuação 6 objetivos estratégicos:

1. Contribuir para a universalidade e melhoria do acesso à população a Cuidados de Saúde, otimizando a articulação entre os instrumentos de financiamento e contratualização, assente na relação de complementaridade entre o setor público e privado;
2. Reforçar os mecanismos de monitorização e desempenho económico-financeiro alicerçados numa política de rigor, avaliação de resultados, qualidade e eficiência;
3. Prever e consolidar a gestão estratégica dos recursos humanos e financeiros necessários à prossecução dos objetivos dos serviços internos e de administração direta no domínio da SRS;
4. Implementar Sistemas de Informação facilitadores da gestão e do acesso aos cuidados de saúde, assentes em princípio de transparência, eficiência, equidade e responsabilidade social;
5. Promover a valorização e melhoria de competências dos profissionais afetos aos serviços da SRS;
6. Criar mecanismos de melhoria e simplificação de processos internos de planeamento e controlo, gestão, decisão e comunicação, num contexto de maior agilidade organizacional, inovação e modernização de serviços.

IV. Avaliação e Gestão de Risco

1. Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, a par do Código de Conduta Ética do IASAÚDE, IP-RAM, reflete a responsabilidade ética e social que os valores fundamentais do serviço público e os deveres profissionais acentuam e exige que sejam conhecidos por todos os membros da Instituição, de forma a garantir a homogeneidade na abordagem a realizar junto das várias Unidades Orgânicas, clarificando e tipificando os conceitos em causa, designadamente a noção de “Risco”, “Corrupção” e “Infrações Conexas”. Para esse efeito, foram considerados os seguintes conceitos:

- **Risco** – corresponde o facto, acontecimento, situação ou circunstância suscetível de gerar corrupção ou infração conexa e que pode ser graduado em função da probabilidade de ocorrência e gravidade da sua consequência.
- **Corrupção** – consiste no facto, acontecimento, situação ou circunstância que pressupõe uma relação de vantagem obtida pelo agente público e a realização de um ato que esteja abrangido pelas suas funções e pode ser classificada consoante se trate:
- **Infrações conexas** – consiste num comportamento igualmente prejudicial na relação entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas e que tem como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação do primeiro.

O IASAÚDE, IP-RAM está empenhado em estabelecer uma cultura de organização e de ética, intolerante com qualquer conduta corrupta dentro da instituição e em criar um sistema eficaz na identificação e reporte de tal atividade, comprometendo-se em assegurar que os seus dirigentes possuem conhecimento do modo como identificar os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção, e a implementação de controlos e procedimentos tendo em vista a prevenção, deteção, sancionamento e erradicação de comportamentos corruptos e afins, bem como, mitigar os riscos de gestão inerentes à sua atividade.

O IASAÚDE, IP-RAM tem consciência de que combater a corrupção exige mais do que a elaboração de um Plano. Exige, antes de mais, exemplos de conduta que inspirem, líderes cuja atuação seja um referencial e um fator de inspiração capaz de estimular igual comportamento nos seus colaboradores e, indiretamente, contribuir para o desenvolvimento da cultura organizacional da instituição.

De acordo com o *Committee of Sponsoring Organization (COSO)* no *Enterprise Risk Management Framework*, a gestão de risco “é um processo efetuado pela administração, gestão e outro pessoal desenhado para identificar eventos potenciais que possam afetar a entidade, e gerir o risco dentro da apetência de risco da entidade, para garantir uma segurança razoável na realização dos objetivos”.

As estratégias de prevenção de riscos de gestão requerem assim pensamento, esforço e sobretudo, compromisso de todos os dirigentes e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM, independentemente do respetivo grau, de modo consciente e constante, devendo:

- Adotar uma conduta incensurável e uma postura irrepreensível;

- Cumprir com todas as disposições legais e regulamentares, incluindo, as normas ou instruções que os próprios tenham formulado;
- Divulgar a Política de Prevenção da Corrupção e implementar o respetivo Plano.

Um sólido processo de gestão dos riscos de atividade, aplicado consistentemente em toda a organização, permite à Gestão identificar, avaliar e tratar os riscos que podem comprometer o cumprimento dos seus objetivos, mantendo os controlos adequados para assegurar a eficácia, a eficiência e a conformidade das operações e, simultaneamente, explorar as novas oportunidades que surjam.

Tratou-se de identificar em primeiro lugar as áreas de atuação particularmente vulneráveis à corrupção e, em segundo lugar, analisar os riscos que afetam a integridade institucional, por forma a aferir quais os atos potencialmente prováveis de serem considerados corruptos que poderiam ter sido cometidos, a fim de elaborar mapas de risco e identificar os aspetos aos quais deve ser dada atenção especial e as medidas corretivas a implementar.

Em relação às medidas e atividades de monitorização e controlo, uma vez identificados e avaliados os riscos, é necessário estabelecer e adotar as políticas, procedimentos e medidas adequadas para o tratamento e redução desses riscos.

Sendo certo que qualquer atividade de uma organização envolve risco, urge desencadear todo um conjunto de procedimentos de análise e gestão dos riscos, identificando os mais significativos.

2. Metodologia adotada

Na definição do risco, o presente Plano toma como referência o guião do Conselho de Prevenção e Corrupção (CPC) o qual estabelece que os riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco, em função do grau de probabilidade de ocorrência:

- Elevado;
- Moderado;
- Fraco.

Adicionalmente, o grau de risco é graduado em função de duas variáveis, a **probabilidade de ocorrência** das situações que comportam o risco e a **gravidade das consequências** das infrações que pode suscitar, estabelecendo-se as seguintes classificações:

A. Probabilidade de Ocorrência (PO)

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

B. Gravidade de Consequência (GC) – Impacto previsível:

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

1.1 Classificação do Risco

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas corretivas face a uma hierarquia de risco, procedeu-se à caracterização dos riscos identificados, classificando-os quanto à sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto no IASAÚDE, IP-RAM, obtendo-se a classificação global do risco, de acordo com uma avaliação abaixo:

Graduação do risco (GR)	Fraco (1)	Moderado (2)	Elevado (3)
Probabilidade de ocorrência (PO)	<p>Possibilidade de ocorrência baixa, mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar.</p> <p>Só ocorre em circunstâncias excecionais.</p>	<p>Possibilidade de ocorrência moderada, mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais.</p> <p>Trata-se de um risco ocasional.</p>	<p>Possibilidade de ocorrência elevada e escassez de hipóteses de obviar o evento, mesmo com decisões e ações adicionais.</p> <p>Trata-se de um risco constante e frequente da organização.</p>
Gravidade da consequência (GC) (Impacto previsível)	<p>Grau de gravidade das consequências reflete-se apenas no funcionamento da organização, sem consequências ao nível do sistema de controlo interno.</p> <p>Não tem potencial para provocar prejuízos financeiros do Estado.</p>	<p>Pontuais prejuízos financeiros para o Estado e perturbação do regular funcionamento da organização, com perda de gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e custos.</p>	<p>Prejuízos financeiros para o Estado, violação elevada das normas éticas de conduta, dos princípios e deveres gerais da prossecução do interesse público, da transparência e do rigor, e prejuízo na imagem e reputação da integridade institucional, bem como na eficiência, eficácia e qualidade do desempenho.</p>

1.2 Graduação do Risco

De acordo com o grau de probabilidade de ocorrência e de gravidade das consequências, obtém-se a seguinte matriz de risco, bem como a sua graduação numa escala de 1 a 3.

		Graduação do Risco (GR)		
		(GC) \ (PO)	Fraco (1)	Moderado (2)
Probabilidade de Ocorrência (PO)	Fraco (1)	Baixo	Baixo	Médio
	Moderado (2)	Baixo	Médio	Alto
	Elevado (3)	Médio	Alto	Alto

Avaliação do risco = Probabilidade de ocorrência x Gravidade da consequência

Existe, ainda, um percurso a percorrer e as medidas preventivas para a mitigação dos riscos conhecidos e / ou adicionais a implementar, que visam:

- **Evitar o risco**, eliminar a sua causa ou descontinuar as atividades que geram risco, admissível para riscos altos;
- **Prevenir o risco**, minimizar a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo, possível para todos os riscos;
- **Aceitar o risco e seus efeitos**, nenhuma ação é adotada, sendo apenas admissível para níveis de riscos baixo;
- **Transferir o risco**, reduzindo a probabilidade de ocorrência ou impacto previsto, transferindo ou partilhando parte do risco com terceiros;

Concluído o processo de análise e apuramento das medidas definidas, com a designação de um responsável pela implementação das medidas, procedendo-se ao preenchimento das matrizes de riscos constantes no capítulo final do Plano intitulado “Matrizes de Riscos – Medidas Preventivas e de Controlo” com informação estatística do n.º de atividades, funções e Processos identificados, do n.º de riscos identificados e sua graduação de acordo com a escala acima apresentada e das n.º de Medidas identificadas, para mais fácil compreensão deste Plano

3. Canal de Denúncias

A Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, estabeleceu o regime geral de proteção de denunciadores de infrações, transpondo a Diretiva (UE) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União Europeia, com entrada em vigor em 18 de junho de 2022

Dando assim cumprimento ao definido no Regime Geral de Proteção de Denunciadores de Infrações, aprovado pela Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, bem como no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, foram criados os canais de denúncia internos, na forma escrita ou verbal, de acordo com o artigo 10.º da Lei 93/2021, de 20 de dezembro.

Foi ainda disponibilizado um outro meio de denuncia, através de um link que direciona para o canal de denúncias do Governo Regional da Madeira.

Canais de denúncia interna disponibilizados pelo IASAÚDE, IP-RAM

As denúncias podem ser feitas **por escrito**, podendo, para o efeito, tais denúncias ser apresentadas por correio, através de uma caixa de reclamações física, ou através de uma plataforma *online*, ou **verbalmente**, através de uma linha telefónica e/ou de outro sistema de mensagens. A denúncia poderá ser feita presencialmente, a pedido do denunciante, através de reuniões presenciais a realizar num prazo razoável.

- **Denúncia escrita**

Através de uma das seguintes formas:

- Online, através do canal: <https://canaldenuncias.madeira.gov.pt/>, disponível para todo o Governo Regional;
- Em papel, endereçada à Exma. Sra. Presidente do Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM;
- Por correio, para o endereço: Rua das Pretas, n.º 1 - 9004-515 Funchal;

- **Denúncia verbal**

- Por telefone - T. +351 291 212 300;
- Em reunião presencial a pedido do denunciante ao Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM.

No ano de 2024, o IASAÚDE, IP-RAM, não foram rececionadas ou reencaminhadas para o IASAÚDE, IP-RAM, quaisquer denúncias.

V. Monitorização e atualização do Plano

Para que o Plano cumpra a sua função é necessário o seu acompanhamento dinâmico, com uma supervisão constante das atividades desenvolvidas no IASAÚDE, IP-RAM.

Os dirigentes das várias Unidades Orgânicas desempenham um papel fundamental na prevenção e na deteção de situações potenciadoras de corrupção e ou infrações conexas, cabendo-lhes supervisionar ativamente os seus colaboradores, potenciando assim uma cultura de transparência administrativa, de compromisso e de responsabilização de todos, a qual contribuirá para credibilizar a reputação do IASAÚDE, IP-RAM, para com outras entidades e para com os cidadãos, em particular.

Uma gestão de riscos eficaz necessita de uma estrutura de comunicação e revisão que assegure que os riscos são identificados e avaliados de forma eficaz e que os controlos e respostas adequados são implementados. São vários os fatores que levam a que uma atividade tenha um maior ou um menor risco. No entanto, os mais importantes são inegavelmente:

- A **competência da gestão**, uma vez que uma menor competência da atividade gestionária envolve, necessariamente, um maior risco;
- A **idoneidade dos gestores e decisores**, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso, que levará a um menor risco;
- A **formação adequada** ao desempenho de funções de todos os colaboradores e ao nível da integridade pública, corrupção e infrações conexas.

A monitorização do Plano faz parte integrante do processo de gestão de riscos do IASAÚDE, IP-RAM, devendo ser realizada uma apreciação anual global, focada na identificação de deficiência e resolução das questões encontradas, através da emissão de recomendações, com vista à correção e prevenção da ocorrência de infrações.

Desta forma, deverá ser elaborado anualmente um relatório de execução que apresente um balanço das medidas adotadas, uma descrição dos riscos eliminados ou cujo impacto tinha sido reduzido, e daqueles que se mantêm, e a ainda a identificação de riscos detetados ao longo do ano e que não foram mencionados neste Plano.

Monitorização da execução do PPR 2024								
N.º de riscos potenciais identificados		Transversais	DARH	DGF	DC	DSI	GJ	Total
		40	15	6	6	8	8	83
Nível de risco	Elevado	0	0	0	0	0	0	0
	Médio	0	2	0	0	0	0	2
	Baixo	40	13	6	6	8	8	81
N.º de medidas preventivas definidas		60	17	9	7	16	8	117
Grau de execução	Adotada	47	16	7	6	11	7	94
	Em curso	11	0	2	0	5	1	19
	Não implementada	2	1	0	1	0	0	4

Verifica-se, do computo total das medidas preventivas definidas, que 80% destas foram adotadas (94 medidas), bem como 16% (19 medidas) estão em curso, havendo 3% (4 medidas) que não foram ainda implementadas.

Relativamente às medidas transversais a toda a organização (94), encontram-se adotadas 47 medidas (78%) e 11 medidas estão em fase de implementação ou em curso (19%). Encontram-se por implementar apenas 2 medidas (3%).

No que se refere aos riscos específicos inerentes à atividade de cada uma das Direções, das medidas identificadas, 47 já se encontram adotadas (82%), 8 medidas estão em curso (14%) e há, ainda, a registar 2 medidas por implementar (4%).

Nos quadros seguintes, apresentam-se detalhadamente todos os riscos e a execução das respetivas medidas elencadas no PPR de 2024.

Da sua análise, é possível concluir que, quer relativamente aos riscos transversais, quer aos inerentes a cada direção, o IASAÚDE, IP-RAM conseguiu, assegurar uma adequada execução do PPR e adotar grande parte das medidas previstas para os riscos identificados.

O primeiro quadro apresenta a execução das medidas de prevenção/mitigação relativamente aos riscos que são considerados transversais a toda a organização. De seguida é apresentada a execução das medidas específicas no sentido de mitigar riscos inerentes às atividades da competência do Conselho de Administração e de cada Direção.

VI. Matrizes de Risco e respetiva avaliação

1. Transversal ao IASAÚDE, IP-RAM

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados	17
N.º de Riscos identificados	40
N.º de Medidas identificadas	60

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Delegação de Competências	Abuso de autoridade delegada	1	1	Baixo	Publicação no JORAM das delegações e subdelegações de competências.	Sim		
	Exercício indevido de autoridade delegada	1	2	Baixo	Disponibilização na internet das delegações e subdelegações de competências.	Sim		
					Criar um repositório de registo informático contendo todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas.	Sim	Verificação semestral da regularidade da atividade delegada e subdelegada, através de levantamento de ações nesse âmbito.	
Acumulação de funções	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	1	2	Baixo	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos no artigo 20º da Lei Geral do trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.	Sim	Controlo e verificação anuais dos pedidos de autorização de acumulação de funções.	
	Exercício de atividades não autorizadas	1	2	Baixo				

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
público-privadas	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	2	1	Baixo	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções privadas.	Sim	Elaboração de Comunicação de Serviço dando conta da necessidade de instruírem os pedidos de acumulação.	
	Não declaração de conflitos de interesse	2	1	Baixo	Obrigatoriedade das acumulações já autorizadas para o exercício de funções serem confirmadas no início de cada ano.	Sim	Controlo e verificação anuais dos pedidos de autorização de acumulação de funções.	
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho favorecendo ou prejudicando colaborador	2	1	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada.	Sim	Elaboração de lista com avaliadores e avaliados.	
				Baixo	Avaliação clara e transparente.	Sim	Elaboração e publicação na página institucional do IASAÚDE, IP-RAM de um relatório de aplicação do SIADAP, enviado à SRF.	
		1	1	Baixo	Canal de denúncias.	Sim	Disponível na página eletrónica do IASAÚDE, IP-RAM o link que direciona para o site do Governo Regional	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	2	1	Baixo	Intervenção no processo de avaliação no âmbito do SIADAP do conselho coordenador da avaliação, comissões paritárias e do CD.	Sim		
	Tomada de medidas lesivas contra os colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	1	2	Baixo	Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança.	Sim	Plano de formação da SRS	
	Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de colaborador	1	2	Baixo	Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e colaboradores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir.	Sim	Canal de denúncia	
					Criar um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna.	Sim	Disponível na página eletrónica do IASAÚDE, IP-RAM o link que direciona para o site do Governo Regional	
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoa (s) ou processos	2	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.	Sim		
					Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.	Sim		
	Favorecimento de um fornecedor, no qual o dirigente, chefia ou colaborador,	1	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.	Sim		

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
	seu familiar ou amigo tenha algum interesse execução do contrato				Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.	Sim		
	Favorecimento de um particular, no qual o dirigente, chefia ou colaborador, ou seu familiar ou amigo tenha algum interesse particular na tramitação do processo ou na tomada da decisão	1	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.	Sim		
					Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.	Sim		
	Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato	1	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.	Sim		
Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.					Sim			
Ofertas	Influência junto do dirigente, chefia ou do colaborador para concederem um tratamento de favor ou ignorarem as disposições regulamentares	2	1	Baixo	Existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou outros colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas.	Sim	Canal de denúncia	
	Perceção da opinião pública de que os dirigentes, chefias e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM, estão abertos à influência ou que a eficácia e eficiência no tratamento de processos está dependente de ofertas ou privilégios	1	2	Baixo	Proibição dos dirigentes, chefias e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM, pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios, excepcionando a aceitação de ofertas ou hospitalidade de reduzido valor, conforme estabelecido no Código de Conduta do IASAÚDE, IP-RAM.	Sim	Código de Ética e de Conduta do IASAÚDE, IP-RAM	
					Rotatividade do Pessoal nos Júris de procedimentos de Recursos Humanos e de Contratação Pública.	Sim		

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBabilidade	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
	Suspeita de decisões, tomadas de forma imparcial, terem sido influenciadas pelo recebimento de presentes ou privilégios	1	1	Baixo	Divulgar ao público a política do IASAÚDE, IP-RAM, no que concerne ao recebimento de presentes.	Sim	Código de Ética e de Conduta do IASAÚDE, IP-RAM	
Dever de sigilo	Divulgação, fruto de relações interpessoais privilegiadas, de informações a ex-colaborador	1	2	Baixo	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM ao dever legal de sigilo.	Sim		
	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	1	2	Baixo	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação.	Sim		
	Divulgação a terceiros dos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa	1	2	Baixo	Sancionamento e mandato superior da informação a divulgar.	Sim		
Favorecimento	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	1	1	Baixo	Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.	Sim		
Informação e tramitação administrativa dos processos	Incumprimento de Prazos	1	1	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos, com recurso ao Sistema de Gestão Documental utilizado no IASAÚDE, IP-RAM – iDoK.	Sim		
	Inexistência de informação e/ou resposta às questões entradas no IASAÚDE, IP-RAM	1	1	Baixo	Estabelecimento de mecanismos de monitorização das questões em aberto, com recurso ao Sistema de Gestão Documental utilizado no IASAÚDE, IP-RAM – iDoK.	Sim		

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Criação de manuais de procedimento Planeamento	Risco de deficiências no controlo das diferentes fases do processo de planeamento: Incumprimento de prazos por parte dos Dirigentes, falta de informação relevante, falta de monitorização e avaliação dos resultados alcançados.	2	1	Baixo	Cumprimento dos procedimentos previstos na legislação aplicável.	Sim	Sensibilização dos dirigentes/colaboradores para a importância do cumprimento dos prazos	
					Criação de manuais de procedimento.	Em curso	Já se encontram elaborados alguns manuais de procedimento, relacionamento e boas práticas, em alguns sectores do IASAÚDE, IP-RAM.	Concluir a criação nas áreas em falta.
					Instrução e definição de prazos para cumprimento obrigatório para todas às áreas	Sim	Envio de emails/comunicação/iDok a comunicar o termo de prazos.	
					Realização de reuniões periódicas de Dirigentes.	Sim	São agendadas periodicamente.	
	Risco de não articulação e / ou deficiente articulação entre os diferentes departamentos e Unidades	1	1	Baixo	Realização de reuniões periódicas de dirigentes e entre os serviços para acompanhamento das atividades internas	Sim		
					Criação de manuais de procedimento.	Em curso	Já se encontram elaborados alguns manuais de procedimento, relacionamento e boas práticas, em alguns sectores do IASAÚDE, IP-RAM.	Concluir a criação nas áreas em falta.
Risco de priorização insuficiente de objetivos "core".	1	2	Baixo	Monitorização intercalar dos Instrumentos de Gestão (Plano de Atividades, QUAR, Plano Estratégico).	Em curso	A escassez de recursos humanos condiciona	Contratação/mobilidade de mais recursos humanos.	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Guarda e conservação de documentos	Risco de extravio dos documentos e / ou inutilização indevida, por ação humana ou causa naturais	1	2	Baixo	Implementar as ações previstas no Manual de procedimentos de Arquivo.	Em curso		Elaborar o manual com o contributo de todas as áreas.
	Quebra de confidencialidade de documentos "reservados"	1	2	Baixo	Utilização do Cofre existente para guarda deste tipo de documentos.	Não	Arquivo com acesso limitado e restrito	
					Registo de acessos.	Sim	Atribuição de registo "confidencial" iDok.	
Supervisão da Equipa dedicada ao PRR no que respeita às competências delegadas	Falta de imparcialidade e conflito de interesses	1	2	Baixo	Subscrição da declaração de inexistência de incompatibilidades e conflitos de interesse por parte todos os membros do IASAÚDE, IP-RAM com competências no âmbito do PRR.	Sim	Todos os intervenientes nas diversas fases dos processos relacionados com o PRR subscreveram a declaração de inexistência de conflitos de interesse.	
	Deteção tardia de irregularidades	1	2	Baixo	Criação de SI com o registo de técnicos intervenientes em todas as etapas, com tarefas adjudicadas, permissões e histórico de utilização.	Sim		
Supervisão da Equipa dedicada ao PRR no que respeita às competências delegadas	Abuso de autoridade delegada	1	2	Baixo	Adoção do Código de Conduta e Ética do IASAÚDE, IP-RAM.	Sim	Aplicação do Código de Ética e Conduta do IASAÚDE, nomeadamente no que respeita às medidas específicas PRR.	
Informação ao BF das suas	Falta de Comunicação dos direitos e obrigações do BF	1	2	Baixo	Criação e Disponibilização de informação na área apropriada do IASAÚDE, IP-RAM.	Sim	Os direitos e obrigações dos executores constam dos respetivos avisos e	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
obrigações e responsabilidades							contratos, estando os mesmos disponíveis nos SI da EMRP.	
					Realização de reuniões regulares entre o IASAÚDE, IP-RAM e o BF ou executor final.	Não	A outorga dos contratos foi ocorrendo durante o ano de 2024. A ser implementada na fase de execução dos projetos.	
					Comunicação ao BF de todos os atos que lhe digam respeito, durante a vida útil do projeto.	Sim	Comunicações efetuadas via SIGA BF e correio eletrónico.	
					Divulgação do termo de Aceitação/Contrato de Financiamento entre o IASAÚDE, IP-RAM e o BF ou executor final.	Sim	As adjudicações são publicadas em JORAM. Os Contratos de Financiamento são disponibilizados na plataforma SIGA-BF	
	Verificações no local incompletas ou desadequadas	1	2	Baixo	Registo e inserção no sistema de informação de todo o processo.	Em curso	Medida a implementar mediante a constituição de Comissões de Avaliação Técnica.	
				Realização periódica de ações de supervisão e de reperformance das verificações efetuadas pela Equipa do IASAÚDE, IP-RAM.	Em curso	Medida a implementar mediante a constituição de Comissões de Avaliação Técnica.		

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Criação de um sistema eficaz de registo e conservação de dados e documentos a um nível adequado de gestão	Falta de documentos necessários para assegurar uma pista de auditoria adequada em conformidade com os requisitos do artigo 132.º do Regulamento (UE, EURATOM) 2018/1046, de 18 de julho	1	2	Baixo	Decorre do Termo de Aceitação/Contrato de Financiamento, a obrigação dos Beneficiários conservarem os documentos relativos à realização da operação.	Parcialmente	A verificação/controlo do cumprimento da obrigação será integralmente cumprida com a constituição de Comissões de Avaliação Técnica.	Criação de dossiês internos dos documentos relativos a todas as operações
Controlo interno e avaliação de risco de fraude	Possibilidade de não deteção de casos de suspeitas de fraude e falta de mecanismos de prevenção de riscos	1	2	Baixo	Definição contratual de obrigações específicas para o IASAÚDE, IP-RAM, enquanto BF.	Sim	As obrigações específicas do IASAÚDE, IP-RAM encontram-se definidas nos contratos de financiamento.	
	Má avaliação de risco por falta de informação dos colaboradores	1	2	Baixo	Realização anual de uma avaliação de risco de fraude e adoção de medidas corretivas do risco.	Em curso		
					Disponibilização de formação adequada aos colaboradores afetos ao PRR sobre Prevenção de Fraude e avaliação de riscos.	Sim	Os trabalhadores afetos ao PRR dispõem de formação ao nível da prevenção de fraude e avaliação de riscos.	
					Plano de Prevenção de Riscos de Gestão adotado pelo IASAÚDE, IP-RAM e o Código de Conduta disponibilizado a todos os colaboradores.	Sim	Disponibilização na página institucional da internet do IASAÚDE, IP-RAM.	
Disponibilização de	Reporte e/ou análise deficiente ou de má qualidade	1	1	Baixo	Utilização de ferramentas de Business Intelligence no SI a desenvolver para análise e sistematização da informação	Em curso		

TRANSVERSAL AO IASAÚDE, IP-RAM					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
informação de qualidade aos órgãos de governação de forma regular					Disponibilização de um "Ponto de Situação" semanal com todos os desenvolvimentos no âmbito do PRR.	Em curso		Disponibilização de "Ponto de Situação" mensal.
					Criação do NPRR para centralização, tratamento e reporte da informação.	Em curso		
Avaliação de candidaturas	Não cumprimento dos prazos legais	1	2	Baixo	Cumprimento dos procedimentos previstos, bem como da legislação e regulamentos aplicáveis.	Sim	Os prazos são definidos nos Avisos são cumpridos pelas Comissões de Apreciação.	
	Conflitos de interesse dos colaboradores com responsabilidade pela análise de candidaturas	1	1	Baixo	Subscrição da declaração de inexistência de incompatibilidades e conflitos de interesse por parte todos os membros do IASAÚDE, IP-RAM com competências no âmbito do PRR.	Sim	Subscrição por parte de todos os elementos das Comissões de Apreciação.	

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

2. Direção de Administração e Recursos Humanos

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados 4

N.º de Riscos identificados 15

N.º de Medidas identificadas 17

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Praticar todos os atos preparatórios relativos ao recrutamento e seleção de pessoal	Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação	1	2	Baixo	Definição objetiva dos critérios de avaliação, de modo a simplificar a fundamentação das decisões de contratação e aprovação prévia dos mesmos.	Sim	Definição de critérios ata 1 e publicação no site	
	Favorecimento por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais)	1	2	Baixo	Publicitação dos critérios de seleção de candidatos previamente ao lançamento dos procedimentos concursais.	Sim		
					Rotatividade dos elementos que compõem os júris de concurso, de forma a assegurar que as decisões ou as propostas de decisão não fiquem concentradas nos mesmos trabalhadores e dirigentes.	Sim		
					Obrigatoriedade dos membros do júri de declararem impedimento ou escusa, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, através do preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses.	Sim		
Gestão de Recursos Humanos	Assiduidade	1	2	Baixo	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	Sim		

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS						RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Gestão de Recursos Humanos	Processamento de vencimentos sem aderência à assiduidade dos colaboradores e/ ou ao seu índice remuneratório	1	3	Médio	Conferência da informação retirada das aplicações de processamento de vencimentos, registos de assiduidade e cadastro do pessoal, conforme previsto no Manual de Gestão de Recursos Humanos.	Sim		
	Utilização excessiva do recurso a trabalho extraordinário	1	2	Baixo	Recurso a trabalho extraordinário de forma esporádica e devidamente justificado, planeamento das tarefas e dos recursos humanos disponíveis, previamente autorizado.	Sim	Devidamente autorizado e em casos excecionais	
	Processamento de outros abonos ao pessoal (Ex: ajudas de custo, horas extraordinárias) sem correspondência com efetivas prestações de trabalho pelo pessoal	1	3	Médio	Conferência dos processamentos de salários com os respetivos documentos de suporte dos abonos ou horas extra, conforme normas previstas no Manual de Gestão de Recursos Humanos.	Sim	Colaboração da Direção Regional de Informática	
	Favorecimento e abuso de poder	1	2	Baixo	Subscrição por todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções de declaração atualizada em que se assume de forma inequívoca que as funções acumuladas não entram em conflito com a imparcialidade necessária ao exercício das funções públicas.	Sim	Existência de modelo próprio	
Planeamento da formação ao pessoal (levantamento das necessidades de formação)	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores	2	1	Baixo	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna).	Não	Não houve recurso a formadores internos	
	Desadequação do programa de formação em relação às necessidades formativas adequadas ao exercício de funções	2	1	Baixo	Envolvimento de todas as unidades no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, conforme previsto no Plano anual de formação.	Sim	Contributo das unidades solicitado por mail.	

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS						RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
	Favorecimento na contratação de serviços de formação	1	2	Baixo	Abertura de procedimento concursal, com convite a várias entidades.	Sim		
Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços	Incorreções na avaliação inicial da necessidade de aquisição	1	2	Baixo	Elaboração obrigatória de informação que expressa a necessidade da aquisição, tal como previsto no Manual de Aquisições do IASAÚDE, IP-RAM, onde se menciona: a necessidade da contratação; se visa o reforço ou nova(s) exigência(s); se demonstra que o as quantidades propostas e/ou o objeto do contrato são os mais adequados às necessidades e não existem do IASAÚDE, IP-RAM soluções alternativas.	Sim	Elaboração de proposta interna ou envio de email contendo a necessidade e o responsável.	
	Averiguação insuficiente de soluções internas como alternativa à contratação	1	1	Baixo		Sim		
	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos	1	2	Baixo	Verificação exhaustiva das cláusulas do contrato que devem coincidir com as cláusulas do caderno de encargos e os ajustamentos resultantes da proposta do adjudicatário.	Sim	Verificação do superior hierárquico e do gabinete dos assuntos jurídicos	
	Favorecimento de candidatos e abuso de poder (especificações/cadernos de encargos pouco específicos e incompletos; incumprimento das regras contratuais; avaliação das propostas com critérios subjetivos)	1	2	Baixo	Obrigatoriedade dos membros do júri de declararem impedimento ou escusa, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, através do preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses.	Sim		
	Inexistência ou deficiente aplicação de penalizações por incumprimento parcial ou total de contratos verificado pelo departamento requisitante		1	2	Baixo	Inclusão no caderno de encargos de cláusulas sobre penalizações por incumprimento e aplicação das mesmas.	Sim	
Reporte da situação de incumprimento pelo gestor de contrato e aplicação das cláusulas.						Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

3. Direção de Gestão Financeira

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados 2

N.º de Riscos identificados 6

N.º de Medidas identificadas 9

DIREÇÃO DE GESTÃO FINANCEIRA					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Procedimentos de cobrança de receitas e pagamentos de despesas	Pagamentos e recebimentos diferentes dos montantes a pagamento/recebimento (Clientes e Fornecedores do IASAÚDE, IP-RAM)	1	2	Baixo	Reconciliação de contas correntes de Fornecedores com extratos emitidos pelas entidades.	Parcialmente	Em 2024, foi implementado um novo sistema informático que tem originado alguns constrangimentos e dificuldades.	Reconciliação feita manualmente.
					Proceder à reconciliação de contas de Clientes periodicamente, por profissional não afeto a esta tarefa.	Parcialmente	Em 2024, foi implementado um novo sistema informático que tem originado alguns constrangimentos e dificuldades.	Reconciliação feita manualmente.
	Cobranças não depositadas	1	2	Baixo	Proceder ao depósito diário dos valores cobrados, rodando o colaborador afeto a esta tarefa.	Sim		
					Privilegiar os recebimentos por transferência bancária, reduzindo o meio de pagamento via cheque e/ou dinheiro.	Sim		
Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens e serviços foram	1	2	Baixo	Envio dos documentos financeiros para pagamento só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/serviços foram	Sim	Todos os documentos financeiros são sujeitos a validação pela área		

DIREÇÃO DE GESTÃO FINANCEIRA						RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
	efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.				efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.		competente e/ou gestor do contrato.	
Prestação e execução das ordens de transferência	Desvio de fundos, podendo assumir duas formas:	1	2	Baixo	Utilização de palavras-passe pessoais e intransmissíveis para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking.	Sim		
					Segregação de funções, entre quem processa e quem autoriza.	Sim		
	a) o NIB não corresponder à instituição correta	1	2	Baixo	Conferência por profissionais diferentes que procedem aos registos de transferências / pagamentos.	Sim		
	b) Transferência / pagamento de valor diferente do autorizado	1	2	Baixo	Reconciliações bancárias mensais efetuadas por profissional diferente do quem realizou os registos contabilísticos e de tesouraria.	Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

4. Direção de Contratualização

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados	3
N.º de Riscos identificados	6
N.º de Medidas identificadas	7

DIREÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO					RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Acompanhamento da execução dos Acordos de Faturação, Convenções, Reembolsos e Programas de Saúde	Gestão/monitorização irregular da atividade interna	1	2	Baixo	Assegurar o sistema de reporte mensal da atividade interna e validação dos dados comunicados.	Sim		
	Falhas na obtenção de dados nas plataformas de informação.	1	2	Baixo	Apresentação de propostas com vista a ultrapassar os constrangimentos existentes nas plataformas de informação.	Sim		
	Dupla comparticipação aos beneficiários do SRS- Madeira em áreas transversais entre acordos de faturação e reembolsos	1	2	Baixo	Definição de amostra trimestral com a identificação das áreas transversais à secção de reembolsos e GCC, com maior representatividade na despesa.	Sim		
Acompanhamento, monitorização e avaliação dos Acordos de prestação de cuidados de saúde celebrados com o setor privado e social	Reporte inadequado / ausência de reporte da atividade interna.	1	2	Baixo	Garantir o reporte mensal da atividade em sede do Gabinete de Controlo e Conferência.	Sim		
	Erro humano na conferência de MCDT e outros cuidados de saúde.	1	2	Baixo	Elaboração conjunta entre a DC e o GCC de proposta legislativa do regime jurídico com vista à desmaterialização dos MCDTs e outros cuidados de saúde.	Não		Implementação de aplicação informática
					Segregação de funções entre as diferentes áreas.	Sim		

DIREÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO						RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Acompanhar o ciclo informativo aos prestadores e aos utentes	Prestação de orientações inadequadas e/ou incorretas aos prestadores e /ou utentes	1	2	Baixo	Implementação de vários níveis de validação de informação.	Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

5. Direção de Sistemas de Informação

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados	7
N.º de Riscos identificados	8
N.º de Medidas identificadas	16

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO					RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Cibersegurança	Intrusão ou ataque informático	1	2	Baixo	Ações de sensibilização e ações de formação aos utilizadores internos.	Sim	Foram realizadas ações de formação aos trabalhadores	
	Perda, modificação ou adulteração de informação por intrusão nos sistemas de informação	1	2	Baixo	Política de acessos e operações em ambiente de produção restrita.	Em curso	Finalização até ao final de 2025.	
					Realização de auditorias de verificação de vulnerabilidade dos sistemas, em termos de segurança de informação.	Sim		
					Atribuição de computadores fornecidos pelo IASAÚDE, IP-RAM, para todos os colaboradores internos.	Sim		
Política de Recursos Humanos, com entrada e saída de colaboradores.	Sim	Todos os colaboradores no início ou término das suas funções é comunicado						

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
							via e-mail para atribuir ou remover os perfis de acesso.	
					Definição de procedimento de acesso a posto de trabalho por via de “autenticação forte”.	Sim		
Condições do Data Center	Alteração das condições ambientais do Data Center	1	2	Baixo	Política de acesso a sala dos sistemas de informação e instalação de controladores eletrónicos.	Sim		
					Medidas de controlo e salvaguarda de tratamento de ar e energia.	Sim		
Gestão do parque informático	Desadequada gestão do parque informático e software, quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização	1	1	Baixo	Inventariação anual do parque informático.	Sim	Está criada uma lista de ativos e respetivas localizações em constante atualização.	Elaborar um documento de receção dos referidos materiais consumíveis /

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
					Registo de todo o material consumível que é disponibilizado aos colaboradores (portáteis, ratos, pens, etc.) devendo haver articulação com a DARH, para que quando a saída de um colaborador do Instituto, seja devolvido todo o material que lhe foi atribuído.	Sim	Ver item anterior,	equipamentos. Elaborar uma lista de referência entre a localização, colaboradores, modelos dos referidos computadores
Sistemas de informação desenvolvidos pelo IASAÚDE, IP-RAM	Indisponibilidade dos sistemas	1	2	Baixo	Desenvolvimento de Planos de Contingência para cada um dos sistemas desenvolvidos pelo IASAÚDE, IP-RAM (ex. Kit Bebê, + Visão, sistema de Agendamento dos Reembolsos, PIM, entre outros).	Em curso	Faz parte do plano de Backup e continuidade de negócio	Elaborar o plano de contingência para os sistemas de informação
Suporte Técnico	Tratamento preferencial no suporte interno e externo (colaboradores, utentes, profissionais de saúde, etc.)	1	1	Baixo	Monitorização dos tempos de resposta dos pedidos que dão entrada no suporte técnico do IASAÚDE, IP-RAM.	Em curso		Analisar soluções existentes no mercado capazes de monitorizar o suporte técnico
					Adoção de um sistema de gestão e monitorização de tickets interno e dos clientes	Em curso		
					Procedimento e mecanismos de gestão de reclamações.	Em curso		

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Política de Backups	Perda de informação e registos por avaria irre recuperável dos computadores e/ou das aplicações	1	2	Baixo	Definição de implementação de política de backups e de inventariação de ativos críticos.	Sim	Existe uma política de backup's em todo os sistemas	
Acesso aos sistemas de informação	Falhas no registo e controlo e perfis e respetivos acessos informáticos a dados	1	2	Baixo	Alteração das passwords de acesso aos sistemas informáticos de forma regular e periódica.	Sim	Alteração da política na alteração da palavra-passe complexa de 6 em 6 meses	

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

6. Gabinete dos Assuntos Jurídicos

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados	3
N.º de Riscos identificados	8
N.º de Medidas identificadas	8

GABINETE DOS ASSUNTOS JURÍDICOS						RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
Assegurar representação nos processos de contencioso	Risco de incumprimento de prazos	1	2	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos.	Sim		
	Risco de incumprimento da tramitação processual	1	2	Baixo	Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GAJ através de envio de toda a documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.	Sim		
	Risco de não comparência	1	2	Baixo	Garantir a atempada informação aos visados.	Sim		
Emitir pareceres jurídicos e elaborar projetos de diplomas legais	Risco de parcialidade/favorecimento	1	2	Baixo	Controlo e monitorização dos pareceres e informações.	Sim		
	Falta de informação fidedigna	1	2	Baixo	Acesso a informação científica atualizada.	Em curso		
Assegurar a informação e o apoio necessários à preparação e acompanhamento dos processos,	Risco de incumprimento de prazos	1	2	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos.	Sim		
	Risco de incumprimento da tramitação processual	1	2	Baixo	Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJU através de envio de toda a documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.	Sim		

GABINETE DOS ASSUNTOS JURÍDICOS						RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS			
designadamente judiciais e administrativos	Risco de não comparência	1	2	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos.	Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco



INSTITUTO DE
ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM
Morada: Rua das Pretas, n.º 1, 9000-049 Funchal
Tel.: +351 291 212 300
Fax: +351 219 212 302
Email: iasaude@iasaude.gov.pt