

Análise de Riscos - SEI

Processo nº 23534.024005/2025-61

MATRIZ DE RISCO ESTRATÉGICOS

Guia de Práticas de Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade - ANEXO X

1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: Hospital Universitário Professor Edgard Santos
- Responsável técnico pela Matriz: Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade
- Versão: 01 - Julho/2026

2. DESCRIÇÃO

Esta matriz consolida os riscos estratégicos que podem comprometer os objetivos institucionais definidos no Plano Diretor Estratégico (PDE). Cada risco está vinculado a um objetivo estratégico e classificado com base em sua probabilidade e impacto, conforme parâmetros definidos pela ACCIGR/PRES e diretrizes da ISO 31000:2018.

3. MATRIZ

Código do Risco	Descrição do Risco	Categoria	Probabilidade (1-5)	Impacto (1-5)	Nível de Risco (PxI)	Objetivos Estratégicos Ameaçados	Ação de tratamento Preventiva ou Mitigadora	Área Responsável	Prazo de Execução	Status da Ação
R01	Redução do orçamento disponibilizado ao HUPES pelo HU Brasil, comprometendo a execução dos projetos, investimentos e	Financeiro / Estratégico	3	5	15 (Crítico)	OE01 - Ampliar e qualificar a participação dos hospitais na rede de atenção à saúde do SUS OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar OE03 - Ampliar e qualificar a participação na rede nacional de cuidados oncológicos OE04 - Participar da implantação da Política Nacional de Atenção Especializada e do esforço de redução de filas OE05 - Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática OE07 - Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores OE08 - Qualificar o dimensionamento e a oferta de vagas de residência OE09 - Criar um ambiente	• Monitorar periodicamente a execução orçamentária dos projetos estratégicos. • Priorizar investimentos e projetos de maior impacto institucional. • Revisar anualmente o portfólio de projetos do PDE conforme disponibilidade financeira.	Superintendência / GAD / UGERC	Monitoramento anual	Em andamento

	ações estratégicas do PDE 2024-2028.				favorável ao desenvolvimento em rede da pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde OE10 - Contribuir com a estratégia de saúde digital para o SUS OE14 - Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa OE16 - Fortalecer o reconhecimento da imagem pública do HU Brasil OE18 - Promover inovação e transformação digital na Rede HU Brasil OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores	- Fortalecer mecanismos de eficiência do gasto público e racionalização de recursos. - Identificar oportunidades de captação de recursos e parcerias institucionais.		
					OE01 - Ampliar e qualificar a participação dos hospitais na rede de atenção à saúde do SUS. OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar. OE03 - Ampliar e qualificar a participação na rede nacional de cuidados oncológicos. OE04 - Participar da implantação da Política Nacional de Atenção Especializada e do esforço de redução de filas. OE05 - Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática. OE06 - Consolidar o Exame Nacional de Residência (Enare) como forma prioritária de ingresso nos programas de residência do país. OE07 - Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores. OE08 - Qualificar o dimensionamento e a oferta de			

RE03	Eventual desalinhamento da governança do HUPES com as diretrizes da Rede HU Brasil ou dificuldade de interação com as necessidades do SUS local, comprometendo a execução da estratégia institucional.	Assistencial / Governança / Estratégico	4	4	16 (Crítico) vagas de residência. OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede da pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde. OE10 - Contribuir com a estratégia de saúde digital para o SUS. OE11 - Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede. OE12 - Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede. OE13 - Prevenir e enfrentar o assédio e a discriminação. OE14 - Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa. OE15 - Promover atuação integrada dos hospitais em Rede. OE16 - Fortalecer o reconhecimento da imagem pública do HU Brasil. OE17 - Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar. OE18 - Promover inovação e transformação digital na Rede HU Brasil. OE19 - Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho. OE20 - Ampliar e diversificar as fontes de financiamento. OE21 - Aprimorar os processos de compras e contratações. OE22 - Promover escuta e diálogo permanentes com trabalhadores, em seus diferentes	- Realizar monitoramento sistemático do PDE. - Fortalecer a governança estratégica e a atuação dos colegiados. - Promover reuniões periódicas de alinhamento com a Administração Central da Ebserh. - Fortalecer a articulação com SESAB, SMS e demais atores da rede SUS. - Avaliar periodicamente a aderência dos projetos estratégicos às diretrizes institucionais e às necessidades do território.	Superintendência / GAS / SEGOV/ UGERC	Monitoramento contínuo	Em andamento
------	--	---	---	---	--	---	---------------------------------------	------------------------	--------------

						vínculos. OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores. OE24 - Desenvolver estratégias de educação permanente e continuada.				
RE14	Perda de profissionais estratégicos e especializados, especialmente em áreas críticas, comprometendo a continuidade dos projetos, processos e objetivos estratégicos do hospital.	Pessoas / Estratégico	4	4	16 (Crítico)	OE01 - Ampliar e qualificar a participação dos hospitais na rede de atenção à saúde do SUS OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar OE03 - Ampliar e qualificar a participação na rede nacional de cuidados oncológicos OE05 - Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática OE07 - Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede da pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde OE10 - Contribuir com a estratégia de saúde digital para o SUS OE11 - Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede OE12 - Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede OE14 - Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa OE15 - Promover atuação integrada dos hospitais em Rede OE16 - Fortalecer o reconhecimento da imagem pública do HU Brasil	• Mapear funções críticas relacionadas aos projetos estratégicos. • Implantar mecanismos de gestão do conhecimento. • Elaborar plano de sucessão para funções estratégicas. • Fortalecer programas de capacitação e desenvolvimento. • Monitorar indicadores de vacância, rotatividade e afastamentos. • Desenvolver ações de valorização, reconhecimento e retenção de talentos.	DivGP / GAD / UGERC	Monitoramento semestral	Em andamento

SEI 63124871

SEI 23534 024005/2025-61 / pg. 4

						OE18 - Promover inovação e transformação digital na Rede HU Brasil			
						OE19 - Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho			
						OE20 - Ampliar e diversificar as fontes de financiamento			
						OE21 - Aprimorar os processos de compras e contratações			

Legenda de Criticidade: Alta: Vermelho | Média: Amarelo | Baixa: Verde

Assinam abaixo, os membros da Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)

(assinado eletronicamente)
ALEXANDRE JESUS DE SOUZA
Representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

(assinado eletronicamente)
CLEIDSON MENDES NASCIMENTO
Representante do Setor de Contratualização e Regulação

(assinado eletronicamente)
GABRIEL SCHNITMAN
Representante da Gerência Ensino e Pesquisa

(assinado eletronicamente)
IGOR SAMPAIO DOS ANJOS
Representante da Gerência Administrativa

(assinado eletronicamente)
NATÁLIA ROSAS BATISTA
Representante do Setor de Governança e Estratégia

(assinado eletronicamente)
RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA GRANCHEUX
Representante do Setor de Gestão da Qualidade

(assinado eletronicamente)
ROMILSON ALMEIDA DOS SANTOS
Representante da Superintendência

(assinado eletronicamente)
SILVIA LÚCIA EVANGELISTA DE BRITO
Representante da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos

(assinado eletronicamente)
SIMONE MARIA GARCIA CARDOSO
Representante da Gerência Atenção à Saúde

(assinado eletronicamente)
TIAGO GOMES VIANA
Representante da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos

(assinado eletronicamente)
TALITA RODRIGUES VIANA ALBAN
Representante da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos
Coordenadora da Comissão

 Documento assinado eletronicamente por **Tiago Gomes Viana, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 10:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Schnitman, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Talita Rodrigues Viana Alban, Coordenador(a)**, em 22/07/2026, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Silvia Lucia Evangelista de Brito, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Igor Sampaio dos Anjos, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Rita de Cassia Oliveira Grancheux, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Jesus de Souza, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Natalia Rosas Batista, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 13:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Cleudson Mendes Nascimento, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 14:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 Documento assinado eletronicamente por **Romilson Almeida dos Santos, Membro da Comissão**, em 22/07/2026, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **63124871** e o código CRC **817BF6D8**.

Referência: Processo nº 23534.024005/2025-61 SEI nº 63124871



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Rua Doutor Augusto Viana, s/nº - Bairro Canela
Salvador-BA, CEP 40110-060
- <https://hupes-ufba.hubrasil.gov.br>

Ata - SEI nº 37/2026/COLEX/HUPES-UFBA-HU BRASIL

Salvador, data da assinatura eletrônica.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
NIRE 29901182052 CNPJ 15.126.437/0001-43
Hospital Universitário Professor Edgard Santos

ATA DA 37ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HUPES-UFBA-HU BRASIL

I. DATA, HORÁRIO E LOCAL

Aos trinta dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e seis, às 10h48m, na sala de reuniões da Superintendência do HUPES/UFBA/HU Brasil.

II. CONVOCAÇÃO E QUÓRUM DE INSTALAÇÃO

A reunião foi convocada por meio de correio eletrônico em **29 de julho de 2026**, tendo sido verificada a existência de quórum mínimo para sua instalação.

III. REGISTRO DE PRESENÇAS

Prof. Dr. José Valber Lima Meneses - Superintendente do Hospital Universitário Professor Edgard Santos; **Dr. Rodrigo Machado Santos** - Gerente Administrativo - GAD; **Sra. Carolina Calixto De Souza Fontes** - Gerente de Atenção à Saúde - GAS; **Prof. Carlos Frederico Lopes Benevides** - Gerente de Ensino e Pesquisa - GEP; **Sra. Natalia Rosas Batista** - Chefe do Setor de Governança e Estratégia - SEGOV; **Sra. Talita Rodrigues Viana Alban** - Chefe da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos - UGERC; e o **Sr. Darci Silva de Souza**, Analista Administrativo da Superintendência.

IV. PAUTA

- Submissão da Matriz de Riscos Estratégicos (23534.024005/2025-61);
- Submissão dos Riscos Operacionais Prioritários, exercício 2026 (23534.012790/2026-91).

V. REGISTRO DE DELIBERAÇÕES E MANIFESTAÇÕES

A Sra. Talita Alban iniciou a apresentação informando que a pauta da reunião contemplava a submissão da Matriz de Riscos Estratégicos do HUPES e da relação dos Riscos Operacionais Prioritários para o ciclo de gestão de riscos de 2026, ressaltando que ambos os instrumentos representam etapas fundamentais para a consolidação da Gestão de Riscos no âmbito institucional.

Inicialmente, apresentou o processo de construção da Matriz de Riscos Estratégicos, demonstrando que sua elaboração teve como ponto de partida os objetivos estratégicos definidos no Plano Diretor Estratégico (PDE) 2024-2028. Esclareceu que, a partir dos riscos estratégicos encaminhados pela Sede da HU Brasil, a Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade (CGRCI) realizou análise considerando a realidade institucional do HUPES, selecionando aqueles com maior potencial de impacto sobre o alcance dos objetivos estratégicos da instituição e consolidando a Matriz de Riscos Estratégicos.

Na sequência, apresentou a metodologia adotada para definição dos Riscos Operacionais Prioritários, esclarecendo que foram considerados os processos institucionais com mapeamento concluído nas Fases 3 e 4 da Gestão por Processos. Informou que a priorização observou critérios relacionados à segurança do paciente, continuidade dos serviços assistenciais, impacto financeiro, conformidade regulatória, dependência tecnológica, potencial de geração de efeitos em cascata na cadeia de valor e relevância para o alcance dos objetivos institucionais, culminando na seleção dos dez processos considerados de maior criticidade operacional para o ciclo de gestão de riscos de 2026.

Destacou, ainda, que a aprovação desses instrumentos não representa o encerramento do processo de gestão de riscos, mas o início de um ciclo contínuo de governança, no qual a CGRCI, com apoio técnico da UGERC/SEGOV, coordenará o acompanhamento institucional, enquanto os gestores responsáveis pelos processos e os gerentes dos projetos estratégicos conduzirão a elaboração e a implementação dos respectivos Planos de Tratamento dos Riscos.

Após os esclarecimentos e discussões, o Colegiado Executivo deliberou pela aprovação da Matriz de Riscos Estratégicos do HUPES e da relação dos Riscos Operacionais Prioritários para o ciclo de gestão de riscos de 2026, determinando à

Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade (CGRCI), com apoio técnico da UGERC/SEGOV, a coordenação do ciclo de gestão de riscos, compreendendo a articulação com os gestores responsáveis, bem como com os gerentes de projetos do Plano Diretor Estratégico (PDE), o acompanhamento da elaboração e da implementação dos Planos de Tratamento dos Riscos, o monitoramento da evolução dos riscos e o reporte periódico dos resultados ao Colegiado Executivo.

Por fim, o Colegiado Executivo deliberou que os gestores responsáveis pelos processos priorizados deverão registrar os respectivos riscos nos processos SEI de origem do mapeamento dos processos institucionais, mantendo-os permanentemente atualizados, bem como inserir, de forma tempestiva, as evidências referentes à implementação dos Planos de Tratamento, às ações executadas e aos resultados alcançados. Deliberou, ainda, que os gerentes dos projetos estratégicos do PDE deverão elaborar e manter atualizados os respectivos Planos de Tratamento dos Riscos Estratégicos, bem como registrar e manter organizadas as evidências da gestão realizada, de forma a subsidiar o monitoramento pela CGRCI e pela UGERC/SEGOV e o reporte periódico ao Colegiado Executivo.

VI. ENCERRAMENTO

Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a reunião às 11h21m, da qual eu, Darci Silva de Souza, lavrei a presente ata na forma de sumário. Após lida e aprovada, será assinada eletronicamente pelos(as) participantes no Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

Membros do Colegiado Executivo do HUPES-UFBA-HU BRASIL:

(assinado eletronicamente)

Prof. José Valber Lima Meneses
Superintendente do HUPES-UFBA-HU BRASIL

(assinado eletronicamente)

Dr. Rodrigo Machado Santos
Gerente Administrativo do HUPES-UFBA-HU BRASIL

(assinado eletronicamente)

Enfa. Carolina Calixto De Souza Fontes
Gerente de Atenção à Saúde do HUPES-UFBA-HU BRASIL

(assinado eletronicamente)

Prof. Carlos Frederico Lopes Benevides
Gerente de Ensino e Pesquisa do HUPES-UFBA-HU BRASIL

Redator:

(assinado eletronicamente)

Darci Silva de Souza
Analista Administrativo do HUPES-UFBA-HU BRASIL



Documento assinado eletronicamente por **Darci Silva De Souza, Analista Administrativo**, em 31/07/2026, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Valber Lima Meneses, Superintendente**, em 31/07/2026, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Frederico Lopes Benevides, Gerente**, em 31/07/2026, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Calixto de Souza Fontes, Gerente**, em 31/07/2026, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Machado Santos, Gerente**, em 31/07/2026, às 15:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **63448630** e o código CRC **85AE1A99**.

Relatório - SEI nº 11/2026/UGERC/SEGOV/SUP/HUPES-UFBA-HU BRASIL

Salvador, data da assinatura eletrônica.

RELATÓRIO SEMESTRAL DE RISCOS ESTRATÉGICOS E OPERACIONAIS PRIORIZADOS

1º SEMESTRE DE 2026

Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES/UFBA - HU Brasil
Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos - UGERC
Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade - CGRCI

Período de referência: 1º semestre de 2026

1. APRESENTAÇÃO

O presente **Relatório Semestral de Riscos Estratégicos e Operacionais - 1º Semestre de 2026** tem por finalidade apresentar ao Colegiado Executivo do Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES/UFBA - HU Brasil o panorama dos principais riscos identificados e priorizados no âmbito institucional, bem como registrar as ações de governança adotadas para sua gestão e os encaminhamentos estabelecidos para o acompanhamento do ciclo de gerenciamento de riscos.

A elaboração deste relatório atende ao Guia de Práticas de Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade, diretriz de governança que estabelece a necessidade de apresentação semestral ao Colegiado Executivo do relatório de riscos estratégicos e operacionais, controles internos e auditorias, constituindo instrumento de comunicação e suporte à tomada de decisão pela alta administração.

No âmbito do HUPES, a gestão de riscos é conduzida de forma integrada à governança institucional, considerando tanto os riscos capazes de comprometer o alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos no Plano Diretor Estratégico - PDE 2024-2028, quanto aqueles associados à execução dos processos institucionais e que apresentam maior criticidade operacional.

Nesse contexto, durante o ciclo de 2026, foram estruturados dois instrumentos complementares:

- a **Matriz de Riscos Estratégicos**, destinada à identificação e avaliação dos riscos que podem comprometer a execução da estratégia institucional; e
- a relação de **Riscos Operacionais Prioritários**, definida a partir da análise de criticidade dos processos institucionais já mapeados.

A Matriz de Riscos Estratégicos, em sua versão 01, foi elaborada pela Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade, tendo como referência os objetivos estratégicos do PDE 2024-2028 e os parâmetros de avaliação de probabilidade e impacto definidos institucionalmente.

Para os riscos operacionais, foram considerados os processos com mapeamento concluído nas Fases 3 e 4 da Gestão por Processos, aplicando-se critérios relacionados à segurança do paciente, continuidade dos serviços assistenciais, impacto financeiro, conformidade, dependência tecnológica, efeitos em cascata e relevância para os objetivos institucionais.

O relatório apresenta, portanto, o estágio de estruturação e priorização da gestão de riscos no período, destacando os riscos estratégicos classificados como críticos, os dez processos operacionais priorizados para 2026 e as providências estabelecidas para o desenvolvimento do ciclo de tratamento, monitoramento e reporte.

2. OBJETIVO

O presente relatório tem como objetivo subsidiar o Colegiado Executivo na supervisão da gestão de riscos do HUPES, apresentando uma visão consolidada dos riscos estratégicos e operacionais priorizados no ciclo de 2026.

Especificamente, busca-se:

- apresentar os riscos estratégicos identificados e avaliados;
- demonstrar os riscos estratégicos classificados quanto à probabilidade, impacto e nível de criticidade;
- apresentar os processos considerados prioritários para a gestão dos riscos operacionais em 2026;
- evidenciar os critérios utilizados para a priorização;
- registrar as deliberações do Colegiado Executivo relacionadas à gestão dos riscos;
- estabelecer o direcionamento para o acompanhamento dos Planos de Tratamento dos Riscos;
- fortalecer o monitoramento sistemático dos riscos e a comunicação de seus resultados à alta administração; e
- subsidiar a tomada de decisão quanto às medidas necessárias para manutenção da capacidade institucional de resposta aos riscos.

3. GOVERNANÇA DA GESTÃO DE RISCOS

A gestão de riscos no HUPES está inserida no modelo institucional de governança e envolve a atuação articulada da Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade - CGRCI, da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos - UGERC, dos gestores responsáveis pelos processos e dos gerentes dos projetos estratégicos do PDE.

A Matriz de Riscos Estratégicos tem como responsável técnico a CGRCI e foi elaborada considerando os objetivos estratégicos institucionais, com classificação dos riscos a partir da combinação entre probabilidade e impacto.

No caso dos riscos operacionais, a priorização foi realizada a partir dos processos institucionais mapeados nas Fases 3 e 4 da Gestão por Processos, concentrando os esforços de gestão nos processos considerados de maior criticidade operacional para o exercício de 2026.

A governança do ciclo de riscos foi formalmente fortalecida na 37ª Reunião Ordinária do Colegiado Executivo do HUPES, realizada em 30 de julho de 2026.

Na ocasião, foram submetidas à apreciação do Colegiado:

- a Matriz de Riscos Estratégicos do HUPES; e
- a relação dos Riscos Operacionais Prioritários – exercício 2026.

Após apresentação e discussão, o Colegiado Executivo deliberou pela aprovação dos dois instrumentos e determinou à CGRCI, com apoio técnico da UGERC, a coordenação do ciclo de gestão de riscos, contemplando a articulação com os gestores responsáveis, o acompanhamento da elaboração e implementação dos Planos de Tratamento, o monitoramento da evolução dos riscos e o reporte periódico dos resultados ao Colegiado Executivo.

Também foi estabelecido que os gestores dos processos priorizados deverão manter os riscos registrados nos respectivos processos SEI, atualizando-os permanentemente e inserindo as evidências relacionadas às ações executadas, à implementação dos Planos de Tratamento e aos resultados alcançados. Para os riscos estratégicos, os gerentes dos projetos do PDE deverão elaborar e manter atualizados os respectivos Planos de Tratamento, bem como organizar as evidências da gestão realizada.

Essa deliberação estabelece, portanto, o marco de governança para o acompanhamento sistemático dos riscos estratégicos e operacionais ao longo do ciclo de 2026.

4. RISCOS ESTRATÉGICOS

4.1. Caracterização

A Matriz de Riscos Estratégicos consolida os eventos que podem comprometer o alcance dos objetivos institucionais estabelecidos no PDE 2024-2028.

Sua elaboração teve como ponto de partida os objetivos estratégicos do PDE, considerando os riscos estratégicos encaminhados pela Sede da HU Brasil e realizando-se análise específica da realidade institucional do HUPES. A partir dessa análise, a CGRCI selecionou os riscos com maior potencial de impacto sobre o alcance dos objetivos estratégicos e consolidou a matriz institucional.

A avaliação considera:

- probabilidade de ocorrência, em escala de 1 a 5;
- impacto, em escala de 1 a 5; e
- nível de risco, obtido pela combinação entre probabilidade e impacto.

A versão 01 da Matriz de Riscos Estratégicos foi formalizada em julho de 2026.

4.2. Panorama dos Riscos Estratégicos

Foram identificados **três riscos estratégicos classificados como críticos**, conforme apresentado a seguir:

Código	Descrição do risco	Probabilidade	Impacto	Nível	Classificação
R01	Redução do orçamento disponibilizado ao HUPES pelo HU Brasil, comprometendo a execução dos projetos, investimentos e ações estratégicas do PDE 2024-2028	3	5	15	Crítico
RE03	Eventual desalinhamento da governança do HUPES com as diretrizes da Rede HU Brasil ou dificuldade de interação com as necessidades do SUS local, comprometendo a execução da estratégia institucional	4	4	16	Crítico
RE14	Perda de profissionais estratégicos e especializados, especialmente em áreas críticas, comprometendo a continuidade dos projetos, processos e objetivos estratégicos do hospital	4	4	16	Crítico

Os três riscos apresentam nível de criticidade elevado, demandando acompanhamento sistemático e implementação das medidas preventivas ou mitigadoras previstas na matriz.

4.3. Risco R01 – Redução do orçamento disponibilizado

Descrição

O risco R01 corresponde à possibilidade de redução do orçamento disponibilizado ao HUPES pelo HU Brasil, com potencial comprometimento da execução de projetos, investimentos e ações estratégicas previstas no PDE 2024-2028.

O risco foi avaliado com probabilidade 3 e impacto 5, resultando em nível de risco 15 – Crítico.

Principais objetivos estratégicos ameaçados

O risco possui potencial de repercussão transversal sobre diversos objetivos estratégicos do PDE, especialmente aqueles relacionados à assistência, ensino, pesquisa, infraestrutura, transformação digital, financiamento e valorização dos trabalhadores.

Medidas de tratamento previstas

A matriz estabelece, entre outras, as seguintes medidas:

- monitoramento periódico da execução orçamentária dos projetos estratégicos;
- priorização de investimentos e projetos de maior impacto institucional;
- revisão anual do portfólio de projetos do PDE conforme disponibilidade financeira;
- fortalecimento dos mecanismos de eficiência do gasto público e racionalização de recursos; e
- identificação de oportunidades de captação de recursos e parcerias institucionais.

Situação registrada na matriz: Em andamento.

4.4. Risco RE03 – Desalinhamento da governança e da estratégia institucional

Descrição

O risco RE03 refere-se à possibilidade de desalinhamento da governança do HUPES com as diretrizes da Rede HU Brasil ou de dificuldade de interação com as necessidades do SUS local, comprometendo a execução da estratégia institucional.

Foi classificado com probabilidade 4 e impacto 4, resultando em nível de risco 16 – Crítico.

Principais aspectos associados

Por sua natureza, o risco possui caráter transversal e pode repercutir sobre a governança, a atuação integrada em rede, a relação com os diferentes níveis do SUS, a execução do PDE, a transformação digital, a gestão hospitalar e a eficiência dos processos institucionais.

Medidas de tratamento previstas

Entre as medidas estabelecidas na matriz, destacam-se:

- realização de monitoramento sistemático do PDE;
- fortalecimento da governança estratégica e da atuação dos colegiados;
- realização de reuniões periódicas de alinhamento com a Administração Central da Ebserh;
- fortalecimento da articulação com SESAB, SMS e demais atores da rede SUS; e
- avaliação periódica da aderência dos projetos estratégicos às diretrizes institucionais e às necessidades do território.

Situação registrada na matriz: Em andamento.

4.5. Risco RE14 – Perda de profissionais estratégicos e especializados

Descrição

O risco RE14 está relacionado à perda de profissionais estratégicos e especializados, especialmente em áreas críticas, podendo comprometer a continuidade dos projetos, processos e objetivos estratégicos do hospital.

O risco apresenta probabilidade 4 e impacto 4, resultando em nível 16 – Crítico.

Principais impactos potenciais

A perda de profissionais em funções críticas pode afetar a continuidade de atividades estratégicas, a manutenção de conhecimento especializado e a capacidade institucional de execução de projetos e processos essenciais.

Medidas de tratamento previstas

A matriz estabelece medidas como:

- mapeamento de funções críticas relacionadas aos projetos estratégicos;
- implantação de mecanismos de gestão do conhecimento;
- elaboração de plano de sucessão para funções estratégicas;
- fortalecimento de programas de capacitação e desenvolvimento;
- monitoramento de indicadores de vacância, rotatividade e afastamentos; e
- desenvolvimento de ações de valorização, reconhecimento e retenção de talentos.

Situação registrada na matriz: Em andamento.

5. RISCOS OPERACIONAIS PRIORITÁRIOS

5.1. Metodologia de priorização

A definição dos Riscos Operacionais Prioritários para 2026 foi realizada a partir dos processos institucionais do HUPES com mapeamento concluído nas Fases 3 e 4 da Gestão por Processos.

A priorização considerou a criticidade operacional dos processos, observando os seguintes critérios:

- potencial impacto na segurança do paciente;
- potencial comprometimento da continuidade dos serviços assistenciais;
- impacto financeiro decorrente de falhas operacionais;
- impacto regulatório e de conformidade;
- dependência tecnológica;
- potencial de geração de efeitos em cascata sobre outros processos da cadeia de valor; e
- relevância para o alcance dos objetivos institucionais.

A partir desses critérios, foram selecionados dez processos com maior potencial de exposição a riscos operacionais críticos para o ciclo de gestão de riscos de 2026.

É importante destacar que a priorização não significa ausência de riscos nos demais processos mapeados, mas representa uma estratégia de concentração de esforços de gestão e tratamento naqueles processos considerados de maior criticidade operacional.

5.2. Processos Operacionais Prioritários – 2026 *

Nº	Processo priorizado	Principal dimensão de criticidade
1	Gerir Agenda do Centro Cirúrgico	Continuidade da assistência e capacidade instalada
2	Realizar Consulta Ambulatorial	Acesso ao cuidado e desempenho assistencial
3	Gerir Glosas/Rejeições da Produção Hospitalar	Sustentabilidade financeira
4	Gerir Glosas/Rejeições da Produção Ambulatorial	Sustentabilidade financeira
5	Gerir Disponibilidade de Sistemas de Informação	Continuidade operacional e assistencial
6	Prover Suporte de Segurança de TI	Segurança da informação, conformidade e continuidade
7	Gerir Disponibilidade de Infraestrutura de TI	Continuidade de serviços críticos
8	Armazenar Dados	Disponibilidade, integridade, confidencialidade e rastreabilidade
9	Gerir Transporte Externo do Paciente	Segurança e continuidade do cuidado
10	Gerir o Serviço de Controle e Manejo de Pragas e Vetores	Segurança sanitária e assistencial

* A relação dos dez processos consta do documento de Riscos Operacionais Priorizados – 2026.

5.3. Análise dos Processos Priorizados

Assistência e continuidade do cuidado

Os processos Gerir Agenda do Centro Cirúrgico, Realizar Consulta Ambulatorial e Gerir Transporte Externo do Paciente apresentam relação direta com a continuidade da assistência e o acesso oportuno dos pacientes aos serviços.

No Centro Cirúrgico, falhas de planejamento, alocação de salas, disponibilidade de equipes, equipamentos ou materiais podem provocar cancelamentos, aumento do tempo de espera, subutilização da capacidade instalada e perda de produção assistencial, além de gerar efeitos em cadeia sobre internação, CME, diagnóstico, leitos e faturamento.

No atendimento ambulatorial, falhas de agendamento, indisponibilidade de profissionais, atrasos ou interrupções sistêmicas podem comprometer o acesso ao cuidado, aumentar filas e afetar indicadores assistenciais e contratuais.

Já o transporte externo do paciente apresenta elevada sensibilidade operacional por sua relação direta com a continuidade do cuidado, segurança do paciente e articulação entre diferentes áreas assistenciais.

Sustentabilidade financeira

Os processos Gerir Glosas/Rejeições da Produção Hospitalar e Gerir Glosas/Rejeições da Produção Ambulatorial foram priorizados devido ao impacto potencial sobre a recuperação dos recursos financeiros decorrentes da assistência prestada.

Falhas de registro, processamento, codificação ou envio de informações podem resultar em glosas e rejeições e, consequentemente, em perdas financeiras. No caso da produção ambulatorial, o elevado volume de atendimentos pode fazer com que pequenas falhas operacionais produzam impactos financeiros acumulados relevantes.

Tecnologia da Informação e continuidade operacional

Os processos relacionados à disponibilidade de sistemas, segurança de TI, infraestrutura tecnológica e armazenamento de dados representam um núcleo de riscos operacionais com elevada transversalidade.

A indisponibilidade dos sistemas pode comprometer prontuários, prescrições, exames, registros assistenciais, faturamento e indicadores gerenciais, podendo afetar simultaneamente diversos serviços.

Os riscos associados à segurança cibernética, por sua vez, podem resultar em indisponibilidade de sistemas, comprometimento da integridade das informações, exposição de dados e repercussões legais, regulatórias e reputacionais.

Da mesma forma, falhas em servidores, redes, armazenamento, conectividade e demais recursos computacionais podem provocar indisponibilidade de serviços críticos, considerando a elevada dependência tecnológica dos processos assistenciais e administrativos.

O processo Armazenar Dados também possui caráter estratégico-operacional, uma vez que a disponibilidade, integridade, confidencialidade e rastreabilidade das informações são fundamentais para registros assistenciais, documentos administrativos, evidências regulatórias e informações estratégicas.

Segurança sanitária

O processo Gerir o Serviço de Controle e Manejo de Pragas e Vetores foi priorizado pela relação direta com as condições sanitárias e de segurança assistencial, considerando o potencial de ocorrência de contaminações ambientais, surtos, não conformidades sanitárias e impactos regulatórios e reputacionais.

6. VISÃO CONSOLIDADA DO CENÁRIO DE RISCOS

A análise realizada no ciclo de 2026 demonstra que os riscos priorizados estão concentrados em **dimensões críticas para a sustentabilidade e continuidade institucional do HUPES**.

De forma consolidada, destacam-se:

3 riscos estratégicos críticos

- R01 – Restrição orçamentária: nível 15;
- RE03 – Desalinhamento da governança e da estratégia: nível 16;
- RE14 – Perda de profissionais estratégicos: nível 16.

10 processos operacionais prioritários

Distribuídos em quatro grandes dimensões:

Assistência e continuidade do cuidado

- Centro Cirúrgico;
- Consulta Ambulatorial;

- Transporte Externo do Paciente.

Sustentabilidade financeira

- Glosas/Rejeições da Produção Hospitalar;
- Glosas/Rejeições da Produção Ambulatorial.

Tecnologia e informação

- Disponibilidade de Sistemas;
- Segurança de TI;
- Disponibilidade de Infraestrutura de TI;
- Armazenamento de Dados.

Segurança sanitária

- Controle e Manejo de Pragas e Vetores.

Esse conjunto evidencia que a gestão de riscos para 2026 está direcionada a fatores capazes de produzir impactos **assistenciais, financeiros, tecnológicos, regulatórios, estratégicos e reputacionais**, inclusive com possibilidade de efeitos em cascata sobre diferentes processos da cadeia de valor.

7. METODOLOGIA DE MONITORAMENTO DOS RISCOS OPERACIONAIS PRIORIZADOS

A priorização dos processos para o ciclo de Gestão de Riscos Operacionais de 2026 constitui o ponto de partida para a implementação de um acompanhamento sistemático dos riscos associados aos processos considerados de maior criticidade operacional.

Para esse ciclo, foi estabelecida uma abordagem de monitoramento integrada à **Gestão do Dia a Dia (GDD)** dos processos, de modo que a gestão de riscos passe a compor a rotina ordinária de acompanhamento e avaliação do desempenho dos processos, evitando a criação de mecanismos paralelos ou dissociados da gestão operacional.

Essa abordagem considera que a identificação e o tratamento dos riscos devem estar incorporados à dinâmica de gestão do processo, permitindo que alterações no contexto, ocorrências, resultados dos indicadores, dificuldades operacionais e medidas adotadas sejam considerados de forma contínua na avaliação da exposição aos riscos.

7.1. Integração entre Gestão de Riscos e Gestão do Dia a Dia

A priorização de um processo para o ciclo de gestão de riscos não substitui ou altera a necessidade de manutenção de sua Gestão do Dia a Dia. Ao contrário, o acompanhamento dos riscos deverá ocorrer de forma integrada à rotina de gestão do processo, utilizando a estrutura já estabelecida para a GDD como importante mecanismo de identificação, análise, tratamento e acompanhamento das situações que possam comprometer o alcance dos resultados esperados.

Nesse sentido, as reuniões de GDD deverão contemplar, dentro da dinâmica própria de cada processo, a análise das situações que possam representar riscos, das medidas adotadas para seu tratamento e dos resultados decorrentes dessas ações.

A periodicidade das reuniões deverá observar aquela estabelecida na respectiva Ficha de Gestão do Dia a Dia, podendo ser revista sempre que a área responsável identificar que a frequência definida não é adequada à dinâmica ou à criticidade do processo.

Essa possibilidade de revisão permite que a frequência do acompanhamento seja ajustada às necessidades efetivas do processo, especialmente diante de alterações de contexto, ocorrência de eventos de risco ou necessidade de maior acompanhamento de determinadas situações.

7.2. Atualização dos documentos que compõem o mapeamento do processo

Como parte da metodologia de acompanhamento, os responsáveis pelos processos priorizados deverão realizar a revisão dos documentos que compõem o mapeamento do processo, contemplando:

- Fluxo do processo no Bizagi;
- Manual do processo;
- Ficha de Indicador;
- Plano de Gestão de Riscos; e
- Ficha de Gestão do Dia a Dia.

A revisão tem como finalidade assegurar que os instrumentos de gestão permaneçam aderentes à realidade do processo e reflitam eventuais alterações ocorridas durante sua execução.

Sempre que forem identificadas necessidades de alteração, a nova versão do documento deverá ser inserida no respectivo processo SEI, com registro da atualização na Ata de Reunião da GDD.

Essa sistemática permite estabelecer uma relação entre gestão do processo, gestão de riscos e gestão do conhecimento, assegurando maior rastreabilidade das alterações realizadas e das decisões tomadas pelos responsáveis.

7.3. Atualização do Plano de Gestão de Riscos

Para os processos classificados como prioritários, o Plano de Gestão de Riscos constitui instrumento central para o acompanhamento das medidas de tratamento.

Nesse ciclo, os responsáveis pelos processos deverão revisar e atualizar o respectivo Plano de Gestão de Riscos, devendo a nova versão ser formalizada no processo SEI correspondente.

A atualização deverá refletir a situação atual do processo, contemplando, quando aplicável:

- riscos identificados;
- causas e consequências;
- avaliação do nível de exposição;
- medidas de tratamento;
- responsáveis;
- prazos;
- situação das ações; e
- demais informações necessárias ao acompanhamento da gestão dos riscos.

Dessa forma, o Plano de Gestão de Riscos deverá funcionar como instrumento dinâmico de gestão, podendo ser atualizado sempre que houver alteração relevante no contexto do processo ou na exposição aos riscos.

7.4. Registro das evidências da gestão dos riscos

A metodologia prevê, ainda, a formação de um conjunto de evidências que permita demonstrar as medidas adotadas pelos responsáveis pelos processos e os resultados obtidos.

Nesse sentido, deverão ser inseridos nos respectivos processos SEI, conforme aplicável:

- documentos;
- registros;
- relatórios;
- indicadores;
- registros de execução das ações de tratamento;
- atas de reuniões;
- evidências das medidas implementadas; e
- demais elementos que permitam comprovar a gestão realizada.

O registro das evidências possui papel relevante para a rastreabilidade e prestação de contas da gestão dos riscos, permitindo verificar não apenas quais riscos foram identificados, mas também quais providências foram adotadas, em que momento e quais resultados foram alcançados.

7.5. Registro das tratativas na Gestão do Dia a Dia

As tratativas relacionadas aos riscos deverão ser incorporadas à rotina de acompanhamento do processo.

Para tanto, a Ata de Reunião da GDD deverá registrar, de forma objetiva:

- alterações identificadas no processo;
- situações relevantes relacionadas aos riscos;
- tratativas realizadas;
- ações de tratamento acompanhadas;
- resultados observados; e
- demais informações relevantes para a gestão do processo.

As atas deverão contar com a assinatura dos participantes, constituindo evidência formal das discussões e decisões realizadas no âmbito da gestão do processo.

7.6. Monitoramento contínuo da exposição aos riscos

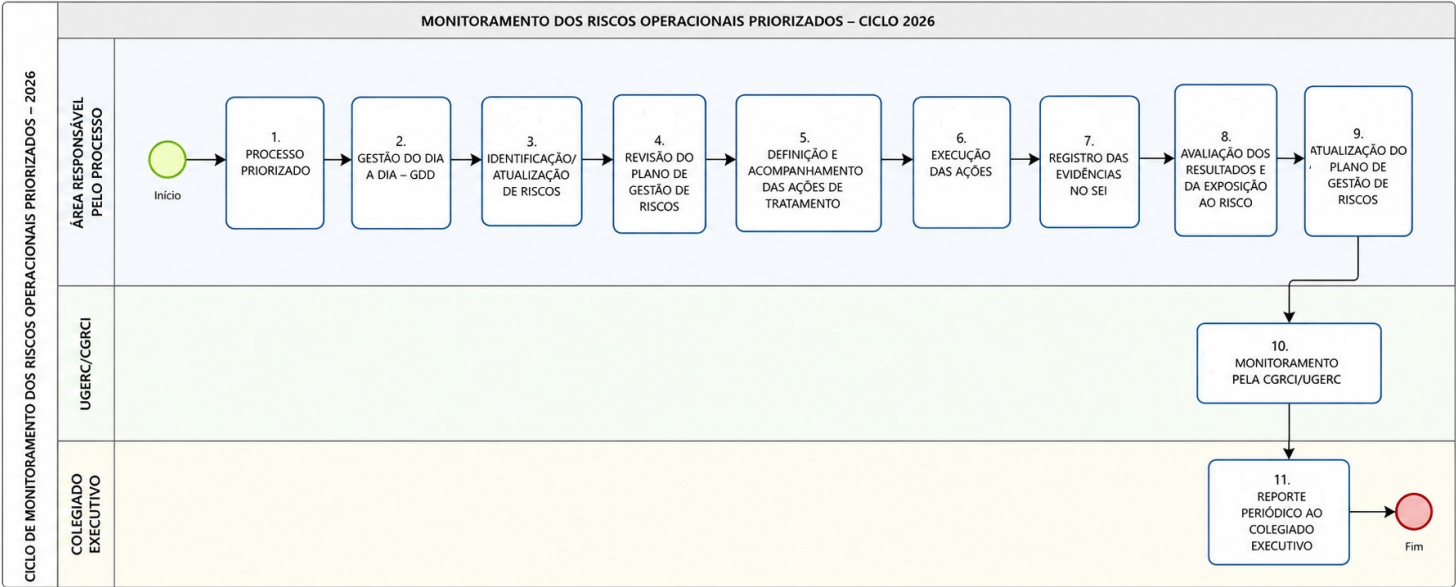
O monitoramento dos riscos operacionais priorizados deverá ocorrer de forma contínua, não se restringindo à realização de reuniões ou à atualização periódica dos documentos.

A sistemática adotada deverá possibilitar a identificação tempestiva de:

- alterações no contexto do processo;
- ocorrência de eventos de risco;
- mudanças no nível de exposição;
- surgimento de novos riscos;
- agravamento ou redução de riscos existentes;
- dificuldades na implementação das medidas de tratamento;
- resultados das ações adotadas; e
- necessidade de adoção de novas providências.

Dessa forma, o acompanhamento deverá permitir que a gestão responda de maneira tempestiva às mudanças observadas no processo, fortalecendo a capacidade institucional de prevenção, tratamento e resposta aos riscos.

7.7. Fluxo de monitoramento



7.8. Comunicação e orientação aos responsáveis pelos processos priorizados

Após a aprovação dos Riscos Operacionais Prioritários para o ciclo de 2026 pelo Colegiado Executivo, foi iniciada a comunicação formal aos responsáveis pelos processos selecionados, com o objetivo de orientar quanto às providências necessárias para a implementação e o acompanhamento da gestão dos riscos.

As orientações encaminhadas às áreas contemplaram a integração da gestão de riscos à Gestão do Dia a Dia (GDD), reforçando que a priorização do processo não substitui sua rotina ordinária de gestão, mas incorpora a perspectiva de riscos ao acompanhamento contínuo do processo.

Nesse sentido, os responsáveis foram orientados quanto à necessidade de:

- realizar as reuniões de GDD conforme a periodicidade estabelecida na respectiva ficha;
- revisar os documentos que compõem o mapeamento do processo, promovendo as atualizações necessárias;
- atualizar o Plano de Gestão de Riscos, com formalização da nova versão no respectivo processo SEI;
- registrar e manter as evidências relacionadas à gestão dos riscos, incluindo documentos, registros, relatórios, indicadores e comprovação da execução das ações de tratamento;
- revisar a periodicidade da GDD sempre que identificada necessidade de adequação à dinâmica do processo; e
- registrar, em Ata de Reunião, as alterações identificadas no processo e as tratativas realizadas no âmbito da Gestão do Dia a Dia.

A comunicação às áreas também reforçou que o acompanhamento dos riscos deverá ocorrer de forma contínua, possibilitando a identificação de alterações no nível de exposição, a verificação da efetividade das medidas de tratamento e a adoção tempestiva de providências diante de ocorrências ou mudanças no contexto do processo.

As informações e evidências produzidas pelas áreas constituirão a base para o monitoramento institucional pela CGRCI, com apoio técnico da UGERC, e para a consolidação dos resultados a serem apresentados periodicamente ao Colegiado Executivo.

8. ACOMPANHAMENTO INSTITUCIONAL E REPORTE

Após a priorização dos processos e a orientação aos respectivos responsáveis, as informações produzidas no âmbito da gestão dos riscos serão utilizadas para o acompanhamento institucional pela CGRCI, com apoio técnico da UGERC.

O acompanhamento terá como foco a verificação da evolução da gestão dos riscos, considerando as informações e evidências produzidas pelas áreas responsáveis pelos processos.

Nesse contexto, caberá à CGRCI/UGERC:

- acompanhar a atualização dos Planos de Gestão de Riscos;
- acompanhar a implementação das medidas de tratamento;
- verificar a existência e a organização das evidências;
- acompanhar alterações relevantes na exposição aos riscos;
- articular-se com os responsáveis pelos processos quando identificadas necessidades de atualização ou complementação;
- consolidar as informações produzidas pelas áreas; e
- subsidiar os reportes periódicos ao Colegiado Executivo.

A sistemática de acompanhamento permitirá, ainda, que situações que demandem atuação da alta administração sejam oportunamente comunicadas ao Colegiado Executivo.

9. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

A aprovação da Matriz de Riscos Estratégicos e dos Riscos Operacionais Prioritários representa o início de um **ciclo contínuo de gestão**, e não o encerramento da etapa de identificação e priorização.

Nesse sentido, a CGRCI, com apoio técnico da UGERC, deverá coordenar o acompanhamento institucional dos riscos, promovendo a articulação com os gestores responsáveis pelos processos e com os gerentes dos projetos estratégicos do PDE.

O acompanhamento deverá contemplar, especialmente:

1. elaboração e atualização dos Planos de Tratamento dos Riscos;
2. acompanhamento da execução das ações previstas;
3. monitoramento da evolução dos riscos;
4. registro das ações e evidências nos processos SEI correspondentes;
5. avaliação dos resultados alcançados;
6. identificação de alterações na exposição aos riscos;
7. comunicação de situações que demandem atuação da alta administração; e
8. reporte periódico dos resultados ao Colegiado Executivo.

Essas responsabilidades foram expressamente estabelecidas pelo Colegiado Executivo na 37ª Reunião Ordinária (63486836).

10. PRÓXIMAS ETAPAS

Considerando o estágio atual do ciclo de gestão de riscos, as próximas etapas concentram-se na transição da identificação e priorização para o tratamento, monitoramento e avaliação contínua dos riscos.

Nesse sentido, estão previstas as seguintes ações:

10.1. Riscos Estratégicos

- acompanhamento dos Planos de Tratamento dos três riscos estratégicos críticos;
- articulação com os gerentes dos projetos estratégicos do PDE;
- acompanhamento das medidas preventivas e mitigadoras estabelecidas na matriz;
- verificação periódica da evolução dos níveis de risco;
- acompanhamento das evidências de execução das ações;
- avaliação da necessidade de revisão dos tratamentos ou da classificação dos riscos.

10.2. Riscos Operacionais

- articulação com os gestores responsáveis pelos dez processos priorizados;
- identificação e registro dos respectivos riscos nos processos SEI de origem;
- elaboração e/ou atualização dos Planos de Tratamento;
- acompanhamento das ações estabelecidas pelos gestores;
- organização das evidências de implementação;
- monitoramento da evolução dos riscos;
- avaliação periódica da necessidade de revisão da priorização.

10.3. Reporte à alta gestão

Os resultados do monitoramento deverão subsidiar os reportes periódicos ao Colegiado Executivo, permitindo que a alta administração disponha de informações qualificadas para avaliar a exposição institucional aos riscos, a efetividade das medidas adotadas e a necessidade de decisões ou intervenções adicionais.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ciclo de gestão de riscos de 2026 representa importante avanço no fortalecimento da governança do HUPES, ao estabelecer uma visão estruturada dos riscos capazes de afetar tanto a execução da estratégia institucional quanto a continuidade e o desempenho dos processos críticos.

No âmbito estratégico, foram identificados três riscos classificados como críticos, relacionados à disponibilidade orçamentária, ao alinhamento da governança e à retenção de profissionais estratégicos. Esses riscos possuem potencial de repercussão transversal sobre os objetivos estabelecidos no PDE 2024-2028 e, por essa razão, demandam acompanhamento sistemático pela alta administração.

No âmbito operacional, a priorização dos dez processos permitiu concentrar os esforços de gestão de riscos sobre atividades cuja interrupção ou inadequada execução pode produzir impactos significativos sobre a assistência, a segurança do paciente, a sustentabilidade financeira, a tecnologia, a conformidade e a reputação institucional.

A aprovação dos instrumentos pelo Colegiado Executivo consolidou, ainda, as responsabilidades dos diferentes atores envolvidos no processo e estabeleceu o direcionamento para a continuidade do ciclo de gestão, com foco na elaboração e implementação dos Planos de Tratamento, no monitoramento da evolução dos riscos e no reporte periódico dos resultados.

Dessa forma, o presente relatório constitui instrumento de acompanhamento e comunicação da gestão de riscos à alta administração, devendo ser complementado, nos ciclos subsequentes, pelos resultados do monitoramento dos riscos, pela evolução dos Planos de Tratamento, pelas evidências das ações implementadas e pelas eventuais alterações nos níveis de exposição identificados ao longo do exercício.

12. DELIBERAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS AO COLEGIADO EXECUTIVO

Propõe-se ao Colegiado Executivo:

- I** - tomar conhecimento do panorama dos Riscos Estratégicos e Operacionais Prioritários apresentado neste relatório;
- II** - acompanhar a evolução dos três riscos estratégicos classificados como críticos, bem como das respectivas ações de tratamento;
- III** - acompanhar a gestão dos dez processos operacionais priorizados para o ciclo de 2026;
- IV** - reforçar junto aos gestores responsáveis a necessidade de elaboração, implementação, atualização e registro das evidências dos respectivos Planos de Tratamento dos Riscos;
- V** - acompanhar os resultados dos ciclos de monitoramento subsequentes, especialmente quanto à evolução dos níveis de risco e à efetividade das medidas adotadas; e
- VI** - considerar os resultados apresentados neste relatório como subsídio para a tomada de decisão e para o fortalecimento contínuo da governança, da gestão de riscos e dos controles internos no HUPES.

(assinado eletronicamente)

Talita Rodrigues Viana Alban

Chefe da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos
UGERC/SEGOV/SUP/HUPES-UFBA/HU BRASIL



Documento assinado eletronicamente por **Talita Rodrigues Viana Alban, Chefe de Unidade**, em 21/09/2026, às 19:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **64494587** e o código CRC **87BE5545**.

Referência: Processo nº 23534.024005/2025-61 SEI nº 64494587

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Rua Doutor Augusto Viana, s/nº - Bairro Canela, Salvador/BA, CEP 40110-060
- <https://hupes-ufba.hubrasil.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23534.024005/2025-61

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

CERTIDÃO

Os **Membros do Colegiado Executivo do Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES/UFBA**, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - HU Brasil, manifestam, conjuntamente, pela **APROVAÇÃO** do Relatório Semestral de Riscos Estratégicos e Operacionais - 1º Semestre de 2026 - SEI 11 (64494587), visando atender às necessidades deste Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), vinculado à Universidade Federal da Bahia e integrante da Rede HU Brasil.

Ressalta-se que a presente deliberação destina-se a viabilizar a regular continuidade processual e restringe-se à apreciação da matéria submetida ao Colegiado Executivo, não compreendendo análise técnica, jurídica, orçamentária ou de conformidade do respectivo processo, cujas manifestações permanecem sob a responsabilidade das unidades competentes, nem implicando ratificação, convalidação ou validação dos atos administrativos praticados no âmbito dos autos.

Encaminhe-se o processo à **Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos - UGERC**, para adoção das providências cabíveis, em especial aquelas necessárias à regular continuidade processual e demais medidas administrativas decorrentes.

(assinado eletronicamente)

Prof. Dr. José Valber Lima Meneses
Superintendente do HUPES/UFBA/HU Brasil

(assinado eletronicamente)

Dr. Rodrigo Machado Santos
Gerente Administrativo do HUPES/UFBA/HU Brasil

(assinado eletronicamente)

Enfa. Carolina Calixto De Souza Fontes
Gerente de Atenção à Saúde do HUPES/UFBA/HU Brasil

(assinado eletronicamente)

Prof. Carlos Frederico Lopes Benevides
Gerente de Ensino e Pesquisa do HUPES/UFBA/HU Brasil



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Machado Santos, Gerente**, em 22/09/2026, às 14:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Calixto de Souza Fontes, Gerente**, em 22/09/2026, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Frederico Lopes Benevides, Gerente**, em 24/09/2026, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Valber Lima Meneses, Superintendente**, em 24/09/2026, às 15:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **65326757** e o código CRC **1B277FF8**.

Referência: Processo nº 23534.024005/2025-61

SEI nº 65326757