



EFICIÊNCIA  
**Hospitalar**

**REFERENCIAL BÁSICO**

# **AUDITORIA DE EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS**

Versão 3.1 – AGOSTO 2022

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	4
1.1. Propósito do referencial	4
1.2. Objetivo e escopo	4
1.3. Estrutura do referencial e bases metodológicas	5
1.4. Riscos à eficiência	6
<b>ETAPA 1 - PRÉ-PLANEJAMENTO DE AUDITORIA</b>	
<b>2. SELEÇÃO DE UNIDADES A SEREM AUDITADAS</b>	8
2.1. Aplicação da técnica DEA em unidades hospitalares no país	8
2.2. Levantamento de informações preliminares acerca das unidades hospitalares passíveis de serem auditadas	9
<b>ETAPA 2 - AUDITORIA EM UNIDADES HOSPITALARES</b>	
<b>Fase 1: planejamento da auditoria</b>	
<b>3. ESTRATÉGIA E TERMOS DA AUDITORIA</b>	11
<b>4. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR PARA DETECÇÃO DOS RISCOS</b>	12
<b>5. INVENTÁRIO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS</b>	16
5.1. Levantamento das áreas de risco	16
5.2. Inventário de riscos à eficiência do hospital	17
5.3. Avaliação e priorização das ameaças à eficiência do hospital (possíveis achados negativos)	18
5.4. Avaliação e priorização das oportunidades à eficiência do hospital (possíveis boas práticas)	19
<b>6. MATRIZ DE PLANEJAMENTO</b>	19
<b>7. PLANO DE AUDITORIA NA UNIDADE HOSPITALAR</b>	21
<b>Fase 2: execução da auditoria</b>	
<b>8. CONFEÇÃO DAS ANÁLISES DAS EVIDÊNCIAS</b>	22
<b>9. MATRIZ DE ACHADOS</b>	23
<b>Fase 3: relatório</b>	
<b>10. RELATÓRIO DE AUDITORIA</b>	27
<b>Fase 4: monitoramento</b>	
<b>11. BENEFÍCIOS DA AÇÃO DE CONTROLE E MONITORAMENTO</b>	29



## TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

SECRETARIA-GERAL DE CONTROLE EXTERNO  
Secretaria de Controle Externo da Saúde

---

CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	31
REFERÊNCIAS.....	33
GLOSSÁRIO.....	34

### Apêndices

APÊNDICE 1 – ORIENTAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA VISÃO GERAL DO OBJETO E SUA CONEXÃO COM O PLANEJAMENTO DA AUDITORIA.....	41
APÊNDICE 2 – MODELO PARA INVENTARIAR RISCOS.....	51
APÊNDICE 3 – MODELO DE MATRIZ DE PLANEJAMENTO.....	53
APÊNDICE 4 – MODELO DE MATRIZ DE ACHADOS (negativos e positivos).....	56
APÊNDICE 5 – MODELO DE MATRIZ DE RESPONSABILIZAÇÃO .....	59
APÊNDICE 6 – MODELO DE ANÁLISE EM SEPARADO.....	62
APÊNDICE 7 – MODELO DE INDICADORES E PROCESSOS SÍNTESE DE INEFICIÊNCIA NO HOSPITAL.....	63
APÊNDICE 8 – MAPEAMENTO DE FLUXO DE VALOR (VSM).....	70

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Propósito do referencial

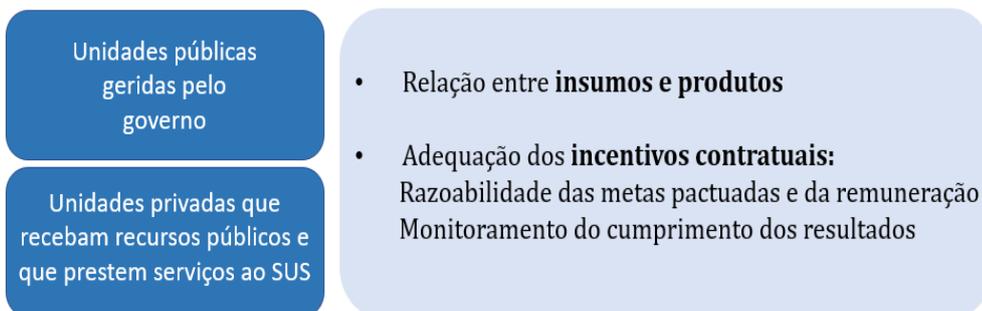
1. Ser roteiro para auditorias que visem **induzir a entrega de valor** pelas unidades hospitalares que prestem serviços ao SUS e, assim, **aumentar a eficiência** dessas unidades.
2. O conceito de entrega de valor utilizado neste documento é a **entrega do melhor resultado assistencial pelo menor custo possível** (PORTER, 2006).
3. A eficiência e a entrega de valor aqui buscada tem foco na **perspectiva do usuário do serviço e do contribuinte**. Cabe reforçar que esses objetivos devem ser alcançados sem que haja comprometimento da qualidade na prestação dos serviços e da segurança do paciente.
4. Busca-se **alinhar premissas metodológicas e objetivos gerais** nas auditorias, sem que haja comprometimento da autonomia e liberdade de cada equipe de fiscalização.
5. A ampla adoção desta abordagem entre os órgãos de controle poderá possibilitar a realização de consolidações, com diagnósticos amplos e consistentes, **identificando-se fatores comuns que afetam, positiva ou negativamente, a eficiência** das unidades de saúde de todo o país.



### 1.2. Objetivo e escopo

6. Ser um referencial básico para auditorias de eficiência em hospitais, visando **identificar e tratar desperdícios** que comprometam a entrega de valor à população e **levantar boas práticas de gestão** que mereçam ser replicadas por outras unidades.
7. A abordagem do Referencial é **ampla** e cerca não apenas os processos e procedimentos envolvidos na prestação dos serviços de saúde, mas

também as regras e os incentivos dos agentes responsáveis pela execução e prestação desses serviços, independentemente da natureza jurídica da unidade hospitalar analisada.



### 1.3. Estrutura do referencial e bases metodológicas

8. Este referencial possui a estrutura **descrita na tabela 1**. A partir da seção 2 deste referencial, serão apresentados detalhes de cada etapa mencionada abaixo.

**Tabela 1:** Etapas para avaliação da eficiência de Unidade Hospitalar

ETAPAS	FASES	ATIVIDADES
Pré-planejamento de auditoria	Seleção de unidades MAC	• Levantamento de informações preliminares acerca das unidades que podem ser auditadas
		• Seleção das unidades a serem auditadas
Auditoria em Unidades Hospitalares	Planejamento	• Estabelecimento da estratégia e termos auditoria
		• Caracterização da unidade hospitalar
		• Inventário e classificação de riscos
	Execução	• Confeção da matriz de planejamentos e dos papéis de trabalho para coleta de evidências
		• Consolidação do plano de auditoria
Relatório	• Coleta e análise das evidências	
Pós auditoria	Monitoramento	• Sistematização dos resultados na matriz de achados
		• Elaboração do relatório de auditoria
		• Monitoramento 1
		• Monitoramentos intermediários
		• Monitoramento final e balanço dos resultados

9. A principal característica metodológica deste referencial é a abordagem **baseada em riscos** para identificação das áreas críticas a serem auditadas.
10. Embora a premissa metodológica e objetivo geral devam estar alinhados entre as auditorias, os procedimentos propostos devem ser **adaptados** para bem evidenciar as diferentes realidades a serem encontradas nas unidades hospitalares.

#### 1.4 Riscos à eficiência

11. **Risco** é a possibilidade de alguma coisa acontecer e afetar os objetivos, sendo medido em termos de probabilidade e impacto (BRASIL, TCU, 2017).
12. De acordo com o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO, 2007), os eventos podem gerar impacto tanto **negativo** quanto **positivo** ou ambos.
13. Os que geram impacto negativo representam **riscos** que podem impedir a criação de valor ou mesmo destruir o já existente. Os de impacto positivo podem contrabalançar os de impacto negativo ou podem representar **oportunidades**, que por sua vez representam a possibilidade de um evento ocorrer e influenciar favoravelmente a realização dos objetivos, apoiando a criação ou a preservação de valor.
14. Considera-se que o **objetivo** principal das unidades hospitalares é **gerar valor ao paciente**, prestando um **serviço eficiente** e de **qualidade**. Sendo assim, risco são todos aqueles eventos, internos ou externos, que podem comprometer o alcance desse objetivo.
15. A **eficiência** é definida como a relação entre os **produtos** (bens e serviços) gerados por uma atividade e os **custos** dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período, mantidos os padrões de qualidade (BRASIL, TCU, 2010).
16. Os **riscos à eficiência** são todos aqueles eventos que afetam essa relação e podem comprometer a transformação dos insumos em produtos, e, portanto, afetar negativamente a entrega do serviço que é prestado ao paciente (**desperdício** de recursos, especialmente aquele capaz de gerar prejuízo relevante à assistência).
17. O levantamento dos riscos envolve a identificação de seus três elementos: o **evento** de risco, suas possíveis **causas** e seus possíveis **efeitos** (BRASIL, TCU, 2017).

---

*Devido à inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda disponíveis, **poderá ocorrer** indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, **o que poderá levar** à lotação das Urgências e Emergências.*

*Exemplo:*

*Risco 1*

*Evento risco: indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.*

*Possível causa: inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda disponíveis.*

*Possíveis efeitos: lotação das Urgências e Emergências.*

---

Fonte: Relatório de Levantamento TCU – Processo 015.993/2019-1

18. A priorização dos riscos deve levar em conta a sua **probabilidade** de ocorrência e seu **impacto** nos objetivos de se prestar um serviço eficiente e de qualidade ao paciente (BRASIL, TCU, 2017).

**MATRIZ DE RISCOS**

<b>IMPACTO</b>	Muito Alto 10	10 RM	20 RM	50 RA	80 RE	100 RE
	Alto 8	8 RB	16 RM	40 RA	64 RA	80 RE
	Médio 5	5 RB	10 RM	25 RM	40 RA	50 RA
	Baixo 2	2 RB	4 RB	10 RM	16 RM	20 RM
	Muito Baixo 1	1 RB	2 RB	5 RB	8 RB	10 RM
		Muito Baixa 1	Baixa 2	Média 5	Alta 8	Muito Alta 10
<b>PROBABILIDADE</b>						

Fonte: Roteiro de Auditoria de Gestão de Riscos (BRASIL, TCU, 2017)  
Legenda: RB – risco baixo; RM – risco médio; RA – risco alto; e RE – risco extremo.

19. Para se fazer o levantamento dos riscos é imprescindível o adequado **conhecimento da unidade hospitalar** que está sendo auditada. É necessário delimitar seus processos críticos, aqueles que, se falharem, comprometerão fortemente o alcance de seus objetivos. Dentro desses processos, deverão ser identificadas as atividades críticas, apontando quais os principais riscos, internos e externos, à perfeita execução dessa atividade (BRASIL, TCU, 2011).
20. Uma vez identificados os riscos, a fim de priorizar a sua investigação, verifica-se **se já existem controles** internos eficientes para o tratamento desses riscos. Controles internos ou outras medidas eficientes instituídas para tratar os riscos podem ser apontados como boas práticas a serem replicadas em outras unidades hospitalares (BRASIL, TCU, 2011) (BRASIL, TCU, 2017).

*Devido à inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda disponíveis, poderá ocorrer indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, o que poderá levar a lotação das Urgências e Emergências.*

*Exemplo: Possível causa inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda disponíveis.*

*Medida mitigadora do risco: existência de um sistema que controle e monitore leitos da unidade, e impeça que todos sejam ocupados em detrimento da reserva de leito de retaguarda para atendimento da Urgência e Emergência.*



21. Por outro lado, se os **controles se mostrarem ineficientes** e o risco residual se apresentar acima do esperado para a instituição, o risco poderá ser selecionado para que sejam coletadas evidências de sua materialização.

## ETAPA 1 - PRE-PLANEJAMENTO DE AUDITORIA

22. O objetivo dessa seção é **dar suporte** às unidades técnicas dos órgãos de controle a fim de que elas obtenham informações adequadas e suficientes para selecionar as unidades hospitalares a serem auditadas.
23. Para essa escolha, inúmeras variáveis podem ser consideradas. Sugere-se considerar critérios de **relevância, materialidade e risco/opportunidade** de cada unidade selecionável.

## 2. SELEÇÃO DE UNIDADES A SEREM AUDITADAS



### 2.1. Aplicação da técnica DEA em unidades hospitalares no país

24. A DEA é uma técnica usada para a **avaliação da eficiência relativa** de um conjunto de unidades, como organizações e programas. Ela constrói uma fronteira com as unidades mais eficientes na transformação de determinados insumos em certos produtos. A técnica ainda tem como vantagem a possibilidade de identificação de potenciais boas práticas, pois destaca as unidades mais eficientes, que poderiam ser usadas como *benchmark* para a melhoria do desempenho das demais (BRASIL, TCU, 2018).
25. **Para obter os escores DEA dos hospitais selecionáveis de sua região**, acesse o ambiente dos formulários eletrônicos no botão *“Clique aqui para inserir os dados de sua auditoria”* no site **eficiencia-na-saude.org** ou solicite-os para a equipe de coordenação do projeto eficiência na saúde pelo e-mail [projeto@eficienciasaude.org](mailto:projeto@eficienciasaude.org)
26. Vale lembrar que o **universo de hospitais auditáveis é maior do que o conjunto de hospitais que possuem score DEA**, uma vez que algumas unidades não possuem produção alimentada nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, que são a base para se obter esses *scores*.

## **2.2. Levantamento de informações preliminares acerca das unidades hospitalares passíveis de serem auditadas**

27. De posse de uma relação de unidades apontadas pela DEA com altos e baixos scores de eficiência, a unidade técnica do órgão de controle poderá, a seu critério, **levantar outros fatores de risco**, de **relevância** e de **materialidade** para seleção final das unidades indicadas para receberem as equipes de auditoria.
28. O resultado da DEA deve ser encarado como um **recurso rastreador** de possíveis objetos de auditoria e **não se recomenda que seja utilizado como único critério de seleção**, pois se trata de um modelo que usa parâmetros limitados e sujeito a erros, podendo não refletir a realidade.
29. Diante disso, recomenda-se promover a coleta de informações acerca das unidades de saúde mais e menos eficientes indicadas pela DEA, por meio de **levantamento de dados em sistemas de informações** (SIA, SIH, Regulação e sistemas de informação utilizados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, por exemplo), por meio de pesquisas na *internet* e por meio de entrevistas junto ao gestor da Rede de Saúde à qual as unidades estão vinculadas.
30. Na investigação preliminar, recomenda-se levantar dados relacionados à **produção** hospitalar e ambulatorial das unidades selecionáveis e aos seus **indicadores de desempenho** (ver arquivo da equipe do MS Teams – curso 2022). O exame dos termos de contratualização também pode trazer informações úteis para essa análise preliminar.
31. Uma fonte importante que pode ser consultada são as **centrais de regulação do acesso assistencial**. Nesse local as demandas epidemiológicas da região são processadas pelos médicos reguladores. Diante disso, seus profissionais podem fornecer informações valiosas para identificar quais são as unidades hospitalares mais estratégicas na rede de atenção, quais têm apresentado um desempenho aquém do esperado, características das principais filas assistenciais, entre outras informações relevantes.
32. Diante disso, para avaliar unidades potencialmente selecionadas a serem auditadas, **podem ser considerados** os seguintes aspectos:
  - 32.1. escores de eficiência da DEA;
  - 32.2. volume de recursos destinados ao hospital em lei orçamentária, repasse ou contratado (materialidade);
  - 32.3. tempo médio de permanência de pacientes clínicos e pacientes cirúrgicos (quanto menor, melhor, desde que não seja associado a uma taxa de reinternação elevada com menos de 30 dias);
  - 32.4. taxas de ocupação dos leitos (ideal entre 70 e 85%);
  - 32.5. percentual de leitos operacionais (quanto maior, melhor);

- 32.6. índice de giro de leitos (quanto maior, melhor);
  - 32.7. taxas de suspensão ou cancelamento cirúrgico (quanto menor, melhor);
  - 32.8. filas internas de atendimento ambulatorial e cirúrgico para diferentes especialidades (quanto menor, melhor);
  - 32.9. pesquisar na região ou no município se existe fila para determinada especialidade presente no hospital (gargalos assistenciais associados à unidade);
  - 32.10. número de leitos disponibilizados por mês pelos hospitais para a regulação municipal ou estadual;
  - 32.11. número de atendimentos regulados ao hospital;
  - 32.12. taxa de recusa de atendimento solicitado pela regulação (quanto menor, melhor);
  - 32.13. serviços assistenciais apontados pela regulação com grande demanda e pouca oferta oferecida pelo hospital; e
  - 32.14. dados e informações provenientes da contratualização do hospital, baseadas na Portaria 3.410/2013 do Ministério da Saúde.
33. A relação acima é **exemplificativa** e não esgota a possibilidade de uso de outras informações para a seleção da(s) unidade(s) a ser(rem) auditada(s). É importante considerar que, nem sempre, a equipe terá acesso a todas as informações mencionadas nesta etapa, uma vez que se trata de uma fase de pré-planejamento, em que não haverá, necessariamente, um início formalizado dos trabalhos.
34. Finalmente, vale ressaltar que o **juízo profissional** da equipe responsável pela seleção das unidades deve ser considerado nessa escolha. A vivência de quem acompanha os jurisdicionados a longo tempo não pode ser descartada. Assim, faz parte do processo a valorização da opinião dos auditores, especialmente daqueles que já executaram trabalhos na área da saúde e na região em que os hospitais estão alocados.
35. A quantidade de unidades selecionadas para receberem auditoria vai depender do tempo disponível para realização de todo o trabalho. Uma possibilidade interessante, caso haja tempo e recursos disponíveis, é auditar unidades que se encontrem **na fronteira** de eficiência e unidades que estejam abaixo dela, dentre as mais **ineficientes**.
36. O primeiro grupo, em tese mais eficiente, priorizando-se a **verificação de boas práticas** e o segundo, mais voltado para identificação de **causas de ineficiência**. Contudo, caso a equipe tenha pouca experiência com processos hospitalares e ou auditoria que vise melhorar desempenho, é recomendado que a equipe seja conservadora na quantidade de unidades a serem auditadas, preferindo um número reduzido de unidades, mas que possa proporcionar profundidade na análise.

## **ETAPA 2** - AUDITORIA EM UNIDADES HOSPITALARES

### FASE 1: PLANEJAMENTO DA AUDITORIA



### 3. ESTRATÉGIA E TERMOS DA AUDITORIA

37. Toda fiscalização se inicia com um **comando de auditoria** para realizá-la. Tal comando assume formas diversas como uma Portaria de Fiscalização ou uma Ordem de Serviço. Geralmente contém o objeto e o objetivo da fiscalização de forma simplificada, a equipe e o período de fiscalização.
38. Compreendido o comando, recomenda-se que a equipe de auditoria assegure **os termos e a estratégia** da auditoria, definindo **de forma preliminar** o problema, objeto, interessados na auditoria, nível de asseguuração, objetivo da auditoria, escopo e não escopo, riscos da auditoria, principais entregas e respectivas datas.
39. Ter clareza sobre cada um desses elementos no início do planejamento é o ideal, contudo, em muitas situações reais isso não será possível. Sabendo disso, a sugestão é que esses **elementos sejam estimados de forma prévia** e, posteriormente, com o amadurecimento da equipe sobre o objeto a ser auditado, eles sejam atualizados.
40. Para sistematizar essas discussões, a equipe pode se valer de uma “**canvas**”<sup>1</sup>, um quadro que sintetiza essas informações de forma gráfica (ver exemplo na figura 1).

<sup>1</sup> Ferramenta visual que reúne, de forma preliminar, informações básicas sobre a auditoria, tal como seu objeto, critérios, possíveis evidências, escopo, não escopo, stakeholders, etc.

**Figura 1** – quadro canvas sugerido para estabelecer as estratégias e os termos preliminares de auditoria.



**Fonte:** Instituto Sezerdello Corrêa, cartilha “utilizando o canvas em auditorias”; autor Tiago Modesto Carneiro Costa.

41. Essa atividade pode ser desenvolvida com a participação do supervisor da auditoria e com a participação de outras pessoas que, mesmo não fazendo parte da auditoria, tenham **domínio sobre o objeto** que será investigado.
42. Maiores informações sobre esse procedimento podem ser encontradas clicando [aqui](#) ou na biblioteca digital do **endereço** [www.eficiencia-na-saude.org](http://www.eficiencia-na-saude.org)

#### 4. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR PARA DETECÇÃO DOS RISCOS

43. O processo de identificação das principais causas de ineficiência e de desperdícios no atendimento ao paciente passa pela **correta caracterização** das unidades hospitalares, levando em conta seu ambiente interno e externo.
44. Deve-se procurar construir uma **visão-geral da unidade**, contendo, por exemplo, (a) sua missão e objetivos na rede de atenção; (b) estrutura e mecanismos de governança e gestão do desempenho; (c) incentivos, frequentemente materializados em cláusulas contratuais; (d) histórico; (e) sua natureza jurídica; (f) as principais normas que ela deve

- seguir e outros requisitos de atuação da unidade; (g) os recursos da unidade; (h) mecanismo de gestão dos leitos e da alta eficiente e segura dos pacientes; e (i) gestão das salas cirúrgicas.
45. Os procedimentos sugeridos para a construção da visão-geral do hospital e, conseqüentemente, para identificação das áreas com maior risco de ineficiência dentro da unidade serão descritos com mais detalhes no **apêndice 1 deste referencial**.
  46. Um dos aspectos mais importantes a serem considerados para nortear a elaboração da visão geral é o **papel desempenhado** pelo hospital na rede de atenção à saúde. Essa é uma informação relevante, pois se sua missão não está claramente definida, poderá haver problemas na alocação de recursos para esse hospital (ineficiência alocativa).
  47. É recomendado avaliar se a **missão declarada** corresponde ao que a instituição se presta na **realidade**. Isso implica saber se o hospital recebe as especialidades para as quais foi planejado atender; se seu porte é compatível com o seu número de leitos operacionais; se o nível de complexidade de seus procedimentos corresponde ao que foi pensado e esperado para aquela unidade, etc.
  48. Sugere-se verificar se a **escala das principais especialidades** (número de procedimentos, por exemplo) é compatível com recomendação de boas práticas na literatura especializada.
  49. Outrossim, é fundamental conhecer se os serviços ofertados pelo hospital são **coerentes com as demandas** da rede. Isto é, tanto a demanda do órgão regulador, quanto as demandas “porta aberta”. Uma eventual ociosidade nos recursos do hospital (leitos, salas cirúrgicas etc.) coexistindo com filas para regulação de pacientes (consulta ou internação) podem indicar uma frente importante para o trabalho de auditoria.
  50. No caso de organizações sociais ou demais entidades do terceiro setor que atuam na saúde, o histórico deve caracterizar o **processo de transferência da gestão** (compreendendo a análise *ex-ante* efetuada para justificar a transferência, incluindo a existência e o conteúdo de eventuais avaliações custo-benefício e avaliações dos riscos da transferência efetuada, bem como metas e objetivos estabelecidos para a transferência).
  51. Ademais, a visão geral deve abranger os **incentivos contratuais**, compreendendo como se dá a dinâmica entre a remuneração do hospital e sua entrega de valor. Se esta é estática ou se há flexibilidade para se alterar o portfólio de produção para se ajustar às mudanças de demanda ou mesmo por otimizações de produção que possam ocorrer.
  52. Nessa linha, é relevante saber como se dá a dinâmica de **remuneração do corpo de profissionais** do hospital. Se os salários são fixos ou se há alguma parcela variável ou algum incentivo ou reconhecimento profissional relacionado a desempenho.

53. É importante que durante a fase de planejamento a equipe já estabeleça **contato com outros provedores de informação**, como o órgão regulador de saúde da região, secretaria de saúde do ente político que assinou o instrumento de contratualização com o hospital, segundo os ditames da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), entre outros agentes que a equipe identificar como detentores de informação relevante.
54. As **entradas financeiras** também deverão ser levantadas e analisadas, pois são os recursos investidos pela sociedade. Uma particularidade comum das receitas dos hospitais geridos diretamente pela administração direta são os recursos de salários de servidores não comporem o orçamento do hospital, mas, sim, do órgão responsável pelos recursos humanos da pasta da saúde do ente. É muito recomendável que esses valores também sejam considerados no orçamento total do hospital, pois, ainda que ele não tenha gestão sobre esse recurso, são recursos consumidos para seu funcionamento.
55. Deve-se obter todas as informações necessárias que permitam à equipe de auditoria conhecer **objetivos estratégicos** da unidade hospitalar; os **macroprocessos e processos relevantes** para entrega de seus objetivos-chave; a identificação de **áreas, funções e atividades** que contribuam de forma importante para realização de seus objetivos; suas **metas e indicadores** de desempenho; e todas e quaisquer outras informações que a equipe entenda necessárias para compreender o **propósito** da organização, a maneira **como ela se estrutura** e os **produtos, bens e serviços que oferece** para cumprimento de sua missão.
56. É importante que a equipe de auditoria **apure os principais indicadores** de desempenho (ver arquivo da equipe do MS Teams – curso 2022) apresentados pela unidade hospitalar selecionada, seja por meio de sistemas de bancos de dados (SIA, SIH, Central de Regulação, entre outros), seja mediante o termo de contratualização ou seja mediante informações prestadas diretamente pelos gestores da rede de saúde a qual a unidade hospitalar está vinculada ou à própria diretoria do hospital.

	INDICADOR	DIMENSÃO MEDIDA	MÉTODO DE CÁLCULO
Exemplo de indicadores de desempenho:	Taxa de ocupação geral hospitalar	Leito	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos-dia x 100 em determinado período
	Tempo médio de permanência	Permanência no leito	Nº de pacientes-dia no período (mensal) / nº de saídas no período
	Fator de utilização dos leitos	Demanda / capacidade	(Nº de internações média diária x Tempo médio de permanência) / Nº de leitos operacionais

57. Mais informações sobre indicadores, ver arquivo da equipe do MS Teams – curso 2022.

- 
58. O principal recurso de um hospital é o **leito e tudo que o cerca para torná-lo ativo**. Independentemente de seu porte, especialidade, complexidade, o que todo hospital terá em comum é a existência de leitos para pacientes. Assim, é fundamental **conhecer como se dá o processo de gestão desse recurso** na unidade.
59. É comum a participação do Núcleo de Regulação Interna – NIR nesse processo. Assim, sugere-se compreender como se dá a atuação dessa instância na unidade hospitalar. O Ministério da Saúde tem um manual sobre o seu funcionamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Acesse o manual clicando [aqui](#) ou pela biblioteca digital em [www.eficienciana-saude.org](http://www.eficienciana-saude.org).
60. Indicadores de tempo médio de permanência, fator de utilização dos leitos, giro de leitos são métricas eloquentes sobre o **grau de eficiência na utilização dos leitos**. Sugere-se verificar a forma como a gestão interpreta e usa essa informação.
61. Reduções no tempo médio de permanência, sem que haja comprometimento da segurança do paciente, são capazes de aumentar de forma expressiva a eficiência da unidade. Para ilustrar, um hospital hipotético que consiga **reduzir seu tempo médio de permanência**, aumentará sua disponibilidade de leitos. Isto é, seria como se o hospital aumentasse seu número de leitos, sem que fosse feita nenhuma obra ou aumentada suas despesas de forma relevante.
62. Conhecer práticas de gestão relacionados aos leitos também é muito significativo no que se refere à eficiência do hospital. Com efeito, saber se: (i) o hospital estabelece uma **data provável da alta** do paciente no momento da internação; (ii) se a rotina de altas se dá no **primeiro horário** do dia, evitando altas tardias; (iii) se o hospital dá altas em todos os dias da semana, inclusive nos **fins de semana**.
63. A ocorrência de **pacientes com longa permanência** nem sempre decorre apenas de processos internos ou questões inerentes à saúde do paciente. Deveras, muitos pacientes crônicos exigem cuidados adicionais dos outros níveis de atenção para que possam ter uma alta segura.
64. Em que pese as deficiências porventura existentes na rede de atenção primária/secundária, é esperado que a equipe do hospital tenha um papel proativo nessa transição do cuidado. Experiências relatadas no país, tal como a **atuação de um escritório de gestão de altas**, revela que essa iniciativa pode ser viável em um hospital. Veja relatos desse tipo de experiência no site <https://eficienciana-saude.org/artigos-e-estudos-de-caso/> ou clicando diretamente [aqui](#) para um dos casos e [aqui](#) para mais um exemplo.

## 5. INVENTÁRIO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

65. Inventário de riscos é um documento que **relaciona os principais riscos** mapeados pela equipe de auditoria. Os riscos são classificados para que se possa eleger quais deles serão tratados pelo trabalho.
66. Ao se falar de riscos, cabe destacar que eles estão atrelados a ameaça ou a oportunidade de se **atingir objetivos**.
67. Diante disso, importante mencionar que neste referencial, concebe-se a **entrega de valor para o paciente** como principal propósito de uma unidade hospitalar.

### 5.1. Levantamento das áreas de risco

68. Ao longo da construção da visão geral sobre a unidade hospitalar, devem ser levantados os **macroprocessos e áreas estratégicas** com maiores potenciais de gerar desperdício de recursos em desfavor da assistência ao paciente.
69. A partir disso, a equipe poderá perceber quais são as **principais fontes de potencial desperdício** de recursos no hospital. Seria como se estivéssemos “acionando um radar” para detectar essas áreas que ocasionam baixo desempenho. 
70. Assim, ao identificarmos os macroprocessos e áreas estratégicas que ocasionam maiores problemas de desempenho, recomenda-se que elas **sejam modeladas** para melhor compreensão hipotética de suas relações e para identificação dos riscos (ver apêndice 1 – Utilização de modelos).
71. Além disso, caso os auditores optem por **detalhar mais precisamente possíveis gargalos em algum processo crítico** relacionado às áreas eleitas pela equipe como de maior risco, pode-se lançar mão da técnica de mapeamento de processo.
72. O **mapa de processo** é a representação de um processo de trabalho por meio de um diagrama contendo a sequência dos passos necessários à consecução de determinada atividade (BRASIL, 2003).

#### EXEMPLOS DE ÁREAS ESTRATÉGICAS E MACROPROCESSOS EM UNIDADES HOSPITALARES

Núcleo Interno de Regulação

Pronto Atendimento

Internação em Enfermaria e em UTI

Atendimento Ambulatorial

Cirurgia

Exames de imagem e laboratoriais

73. Para auxiliar na realização do mapeamento de processos, recomenda-se a utilização do manual de técnicas de auditoria “mapa de processos” (BRASIL, TCU, 2003), disponível [aqui](#) ou no site <https://eficiencia-na-saude.org>, em “ferramentas de apoio para auditoria”.

## 5.2. Inventário de riscos à eficiência do hospital

74. O inventário de riscos começa a ser construído **desde o primeiro momento** em que a equipe de auditoria se depara com a unidade hospitalar a ser auditada. Mas é a partir da compreensão do ambiente interno e externo da unidade hospitalar que se constrói um inventário de riscos.
75. Os riscos podem ser **ameaças ao atingimento dos objetivos** ou **oportunidades** que podem ser aproveitadas. São, pois, eventos incertos que podem ser negativos ou positivos.

<b>Exemplo:</b>	<b>Devido ao</b> atraso na obtenção de resultados de exames de diagnóstico <b>poderá ocorrer</b> a existência de pacientes internados por excesso de tempo desnecessariamente, <b>o que poderá levar</b> ao não atendimento de outros pacientes que necessitam de tratamento.
<b>Insumo Leito</b>	<b>Evento risco:</b> aumento do tempo de ocupação dos leitos de internação; <b>Possível causa:</b> atraso em exames complementares de diagnóstico; <b>Possíveis efeitos:</b> não atendimento de outros pacientes.

<b>Exemplo:</b>	<b>Devido à</b> ausência de profissionais em plantões e à ausência de consequências em casos de faltas, <b>poderá ocorrer</b> falta ou insuficiência de profissionais de saúde disponíveis para atendimento nos diversos setores do hospital, <b>o que pode</b> comprometer o atendimento da demanda pela assistência hospitalar e <b>impactar</b> no tempo para o acesso, gerando filas na Regulação.
<b>Recursos Humanos</b>	<b>Evento risco:</b> falta ou insuficiência de profissionais de saúde disponíveis para atendimento nos diversos setores do hospital; <b>Possíveis causas:</b> ausência de profissionais em plantões e à ausência de consequências em casos de faltas; <b>Possíveis efeitos:</b> comprometimento do atendimento da demanda; impacto no tempo de atendimento; e filas na Regulação.

<b>Exemplo:</b>	<b>Devido à</b> falta de manutenção preventiva, <b>poderá ocorrer</b> existência de equipamentos médico-hospitalares sem condições adequadas de uso ou desativados, <b>o que pode</b> comprometer o atendimento de pacientes hospitalizados ou que procuram a unidade para realização de exames ou procedimentos, <b>podendo</b> aumentar o tempo de espera na fila de exames da Regulação.
<b>Equipamentos /insumos médico-hospitalares</b>	<b>Evento risco:</b> existência de equipamentos médico-hospitalares sem condições adequadas de uso ou desativados. <b>Possível causa:</b> falta de manutenção preventiva de equipamentos médico-hospitalares. <b>Possíveis efeitos:</b> comprometimento do atendimento de pacientes hospitalizados ou que procuram a unidade para realização de exames ou procedimentos, podendo aumentar a espera na fila de exames da Regulação.

**5.3. Avaliação e priorização das ameaças à eficiência do hospital (possíveis achados negativos)**

76. Uma vez identificados os riscos, a fim de priorizar a sua investigação, deve-se **verificar se já existem controles** internos eficientes para o tratamento desses riscos, a fim de se certificar se há ainda risco residual relevante (BRASIL, TCU, 2017).

DESCRIÇÃO DO EVENTO DE RISCO		
Causas	Evento	Consequências
Inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda	Indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.	Lotação das Urgências e Emergências.



AVALIAÇÃO DO RISCO INERENTE		
Probabilidade de o evento ocorrer e seu impacto nos objetivos de prestar um serviço de qualidade ao paciente		
Probabilidade	Impacto	Nível de Risco Inerente
Muito alta	Muito alto	Muito alto



CONTROLE IDENTIFICADOS
Existência de algum controle para mitigar o risco
Existência de um sistema de controle que monitore leitos da unidade e impeça que todos sejam ocupados em detrimento da reserva de leito de retaguarda para atendimento da Urgência e Emergência.



AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS AO RISCO	
Considerando a eficácia do controle, qual o nível de risco que ainda persiste?	
Nível de Eficácia	Nível de Risco Residual
Forte	Baixo

77. Deve-se **priorizar a investigação** daqueles riscos que tenham **alta probabilidade** de ocorrência com **alto impacto** no objetivo de prestar um serviço eficiente e de qualidade ao paciente e para os quais os **controles ou medidas instituídas para tratá-los são ineficientes ou inexistentes** (BRASIL, TCU, 2017).
78. A partir dos **riscos priorizados**, a equipe de auditoria precisará elaborar **papéis de trabalho** que lhe permitirão **coletar evidências** sobre a

**situação encontrada** na fase de execução, sobre suas **causas** e sobre seus **efeitos**.

79. O modelo para esboçar o inventário de riscos pode ser acessado no **apêndice 2 deste referencial**.

#### **5.4. Avaliação e priorização das oportunidades à eficiência do hospital (possíveis boas práticas)**

80. Boas práticas podem ser observadas tanto em unidades de alto escore de eficiência quanto em unidades de baixo escore de eficiência. A boa prática é também conhecida como **achado positivo** (BRASIL, TCU, 2011).
81. A boa prática pode ser identificada, por exemplo, em uma medida ou **mecanismo de controle** que tenha sido instituído pela unidade hospitalar para mitigar algum risco que possa comprometer o objetivo de prestar serviço eficiente e de qualidade ao paciente.
82. A boa prática identificada deve ser **devidamente documentada** como um achado positivo e, portanto, se relevante, os procedimentos para identificar a situação encontrada, suas causas e efeitos devem estar presentes na matriz de planejamento. Após sua confirmação e documentação, as boas práticas devem ser alimentadas no formulário eletrônico presente no botão **“Clique aqui para inserir os dados de sua auditoria”** no endereço <https://eficiencianasaude.org>.

## **6. MATRIZ DE PLANEJAMENTO**

83. A **matriz de planejamento** é o papel de trabalho que organiza e sistematiza o planejamento do trabalho e documenta o plano de auditoria, discriminando, entre outros itens, os objetivos e as questões de auditoria formuladas para alcançá-los. Seu propósito é auxiliar a elaboração conceitual do trabalho e **orientar** a equipe na fase de execução (BRASIL, TCU, 2020).
84. É um **quadro-resumo** das informações relevantes do planejamento de uma auditoria. Deve conter todos os elementos-chave do que se pretende realizar durante a etapa de execução, podendo ser revisada ao longo do trabalho (BRASIL, TCU, 2020).
85. A matriz de planejamento é elaborada com o objetivo de **planejar as técnicas e procedimentos para a coleta de evidências** que vão confirmar ou não a existência do problema ou da boa prática, suas causas e seus efeitos.
86. A matriz de planejamento **deve conter**, no cabeçalho, o objeto ou órgão a ser fiscalizado; o problema; a questão fundamental; os objetivos; o prazo de início e fim da auditoria e; o nome da equipe. Por exemplo:



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**  
SECRETARIA-GERAL DE CONTROLE EXTERNO  
Secretaria de Controle Externo da Saúde

MATRIZ DE PLANEJAMENTO	
<b>Órgão/Entidade:</b> Hospital Estadual XXXXX	
<b>Problema:</b> foi identificado que dentre os hospitais da rede XXX, este Hospital possui o mais baixo escore de eficiência. Possui baixa taxa de ocupação média em XX%. Possui elevado tempo de permanência, com média de XX dias. A taxa de mortalidade da região de atendimento do referido hospital tem subido em torno de 10% nos últimos 2 anos.	
<b>Questão fundamental:</b> quais as principais causas da baixa eficiência deste hospital?	
<b>Objetivo:</b> identificar as causas da ineficiência deste hospital.	
<b>Cronograma dos trabalhos:</b> início em XXXX, com encerramento previsto para XXXX, totalizando X dias úteis.	
<b>Equipe:</b> (nome/cargo/matrícula)	<b>Chefe imediato / supervisor:</b> (nome/ cargo/ matrícula)

87. A matriz deve conter ainda as **questões de auditoria** e os **riscos** que deram origem a cada questão. A questão de auditoria é formulada a partir da compilação de um ou mais riscos mapeados, na forma interrogativa. Sempre visa esclarecer algum(ns) dos objetivos listados.
88. Para que seja compreendida de forma mais prática, recomenda-se que contenha o **processo de trabalho** envolvido, o **espaço** analisado (departamento, estado, cidade, órgão, instituição, etc.), o **período** analisado, **verbo** de ação e o **critério** geral de comparação (normas). Por exemplo:

<b>Questão de auditoria:</b> Existem medidas de controle e de prevenção, por parte do Hospital do Estado XXXX, no ano de XXXXX, para evitar a existência de leitos de enfermaria e de UTI desativados, conforme (identificar um critério que trate dos cuidados de manutenção de leitos)?
<b>Risco mapeado:</b> <u>Devido à existência de leitos de enfermaria e de UTI desativados, poderá ocorrer indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda da RAS, o que poderá levar a lotação das Urgências e Emergências e aumento das filas de procedimentos cirúrgicos da Regulação.</u>

89. Em seguida, nas **colunas** da matriz de planejamento, temos os campos “informações requeridas”; “fontes de informação”, “critérios”, “detalhamento dos procedimentos”, “possíveis evidências”, “possíveis achados”.
90. Recomenda-se o **preenchimento** das colunas da matriz de planejamento da coluna final para a inicial, correspondendo à seguinte ordem: possíveis achados, possíveis evidências para os achados, critérios, técnicas e procedimentos para coleta das evidências, informações requeridas e fontes de informações.
91. Na coluna “**possíveis achados**”, considere o achado completo: situação encontrada, causas e efeitos. Ele será redigido considerando-se, hipoteticamente, a **materialização do risco** que deu origem à questão.
92. Na coluna “**possíveis evidências**”, pense em evidências para o achado completo, ou seja, para a **situação encontrada**, para as **causas** e para os **efeitos**. Preveja **documentos** que poderão ser utilizados para comprovar os achados descritos na coluna “Possíveis Achados”.

93. Na coluna “**detalhamento dos procedimentos**”, descreva qual a técnica será utilizada para coleta da evidência e o detalhamento do procedimento para aplicação da técnica.

DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS	POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS	POSSÍVEIS ACHADOS
<p><u>Técnica para evidências E1 e E2</u></p> <p>- Técnica: observação direta.</p> <p>- Procedimento: dirigir a unidade hospitalar XXXX e verificar se há leitos de enfermaria e de UTI desativados. Registrar com fotografias a situação encontrada. Confeccionar o relatório de observação direta e o relatório fotográfico.</p> <p>Atenção! Deve ser elaborado um roteiro de observação direta do que a equipe deseja observar.</p> <p><u>Técnica para evidência E3 a E5</u></p> <p>- Técnicas: requisição de informação e análise documental.</p> <p>- Procedimento: requisitar os registros W, Y, Z, ao XXXX. Analisar a demanda XXX.</p>	<p>Evidências para a causa:</p> <p>E1. Relatório de observação direta.</p> <p>E2. Relatório fotográfico.</p> <p><u>Evidências para a situação encontrada:</u></p> <p>E3. Registro de demandas e oferta de leitos.</p> <p><u>Evidências para os efeitos:</u></p> <p>E4. Registro de demanda na Urgências e Emergências.</p> <p>E5. Registro históricos de demanda por procedimentos cirúrgicos da Regulação.</p>	<p><u>Achado 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de leitos de enfermaria e de UTI desativados (<b>causa</b>). (E1, E2).</li> <li>• Indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda da RAS (<b>situação encontrada</b>). (E3).</li> <li>• Lotação das Urgências e Emergências (<b>efeitos 1</b>). (E4).</li> <li>• Aumento das filas de procedimentos cirúrgicos da Regulação (<b>efeitos 2</b>). (E5.)</li> </ul>

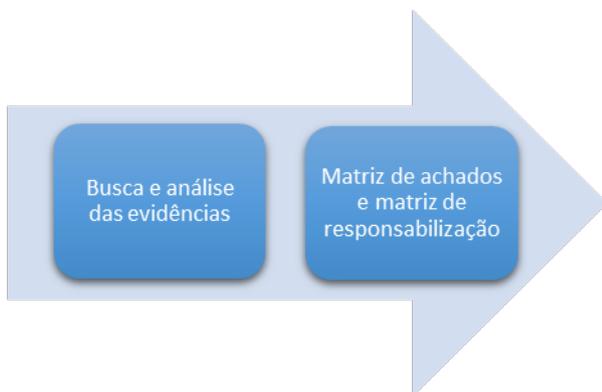
94. Mais detalhes sobre o preenchimento da matriz de planejamento vide **apêndice 3 deste Referencial** e o Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (BRASIL, TCU, 2020). Um modelo de matriz pode ser acessado clicando [aqui](#) ou no endereço: <https://eficiencia-na-saude.org/ferramentas-de-apoio-para-auditoria/>.

## 7. PLANO DE AUDITORIA NA UNIDADE HOSPITALAR

95. O **plano de auditoria** consolida todo o trabalho que foi realizado na fase de planejamento (BRASIL, TCU, 2011). Ele é um documento cujo propósito é reunir o conhecimento produzido sobre o objeto de auditoria durante a fase de planejamento.
96. Recomenda-se que ele tenha os seguintes **conteúdos**: (a) introdução (contendo o problema de auditoria, objeto, objetivo e escopo); (b) visão geral do objeto (contendo a caracterização da unidade e a caracterização dos fatores exógenos com potencial de afetar a eficiência da unidade); (c) descrição das áreas, macroprocessos e processos críticos; (d) inventários de riscos; (e) questões de auditoria; e como apêndices, (f) matriz de planejamento e papéis de trabalhos que serão utilizados para

a coleta de evidências; (g) cronograma detalhado da aplicação dos papéis de trabalhos; e (h) estimativa de custos da auditoria (BRASIL, TCU, 2010).

## FASE 2: EXECUÇÃO



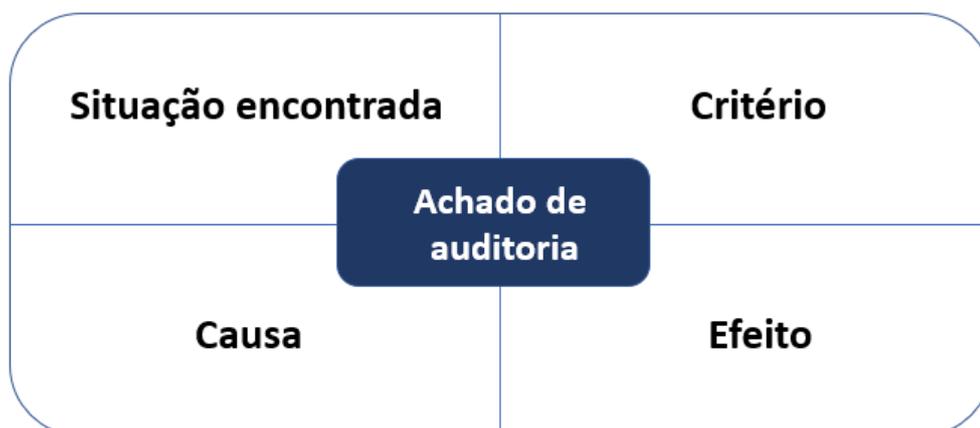
### 8. CONFECÇÃO DAS ANÁLISES DAS EVIDÊNCIAS

97. A fase de execução consiste na **obtenção** de evidências apropriadas e suficientes para respaldar os achados e conclusões da auditoria e aprofundar o conhecimento sobre o objeto auditado (BRASIL, TCU, 2020). É nessa fase em que a equipe descobrirá se os riscos se materializam em achados de auditoria por meio da **análise** das evidências obtidas e dos critérios adotados.
98. Utilizando os instrumentos de coleta de dados construídos na fase de planejamento, a equipe de auditoria deverá ir a campo realizar os **procedimentos previstos na Matriz de Planejamento** para levantar as evidências necessárias que lhe permitam responder às questões de auditoria postas sob exame.
99. As análises a serem feitas ao longo da execução objetivam concluir se os riscos abordados são procedentes, o que os transforma em achados. Para isso, são **analisadas evidências** coletadas para o evento de **risco**, para suas **causas** e para suas **consequências**.
100. Recomenda-se que, antes do preenchimento da matriz de achados e da elaboração do relatório de auditoria, as evidências sejam **analisadas em papel de trabalho separado**.
101. A confecção das análises em papel de trabalho em separado tem a vantagem de **proporcionar um relatório mais objetivo**, curto e interessante de se ler, mantendo a robustez, a precisão e a qualidade de evidenciação necessária para uma conclusão de auditoria (BRASIL, TCU, 2011) (BRASIL, TCU, 2010).

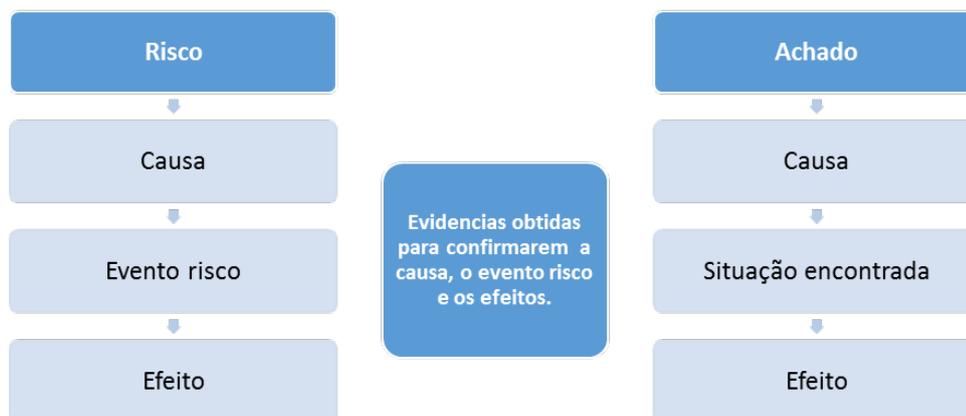
102. Recomenda-se que o **papel de trabalho de análises em separado** tenham os seguintes campos: risco mapeado; causa (evidências e critérios para as causas e análises); situação encontrada (evidência e critérios para a situação encontrada e análises); efeitos (evidências e critérios para os efeitos e suas análises); conclusões, destacando o que ocorreu, se isso é ruim para o objetivo de se prestar um serviço eficiente e de qualidade para o paciente, quais as causas provadas (aquelas para as quais existem evidências), quais as causas prováveis (aquelas para as quais não existem evidências), quais os efeitos reais e potenciais; e se foi localizada alguma boa prática.
103. Modelo de análise disponível no **apêndice 6 deste Referencial** e no site <https://eficienciasaude.org/ferramentas-de-apoio-para-auditoria/> ou, ainda, clicando **aqui**.
104. Ao final, deve-se chegar à **conclusão** sobre existência ou não da situação encontrada, suas causas e efeitos, tudo devidamente evidenciado.

## 9. MATRIZ DE ACHADOS

105. É o documento que **estrutura o desenvolvimento dos achados** e permite reunir os principais elementos que constituirão os capítulos centrais do relatório de auditoria. A matriz propicia compreensão homogênea dos achados e seus elementos constitutivos pelos integrantes da equipe de auditoria e demais interessados (BRASIL, TCU, 2020).
106. **Achado de auditoria** é a discrepância entre a situação encontrada (o que é) e o critério de auditoria (o que deveria ser). O achado de auditoria possui quatro atributos essenciais: situação encontrada (o que é), critério (o que deveria ser), causa (razão do desvio em relação ao critério) e efeitos/impactos (consequência da situação encontrada). Com exceção do critério, cada um destes atributos deverá possuir as próprias evidências (BRASIL, TCU, 2020).



107. Os **elementos do risco quando materializados**, devem ser devidamente evidenciados e comporão os elementos do achado de auditoria.



108. A matriz de achados é composta, especialmente, pelas seguintes **colunas**: “situação encontrada”, “efeitos”, “causas”, “encaminhamento” e “benefícios”.
109. Na coluna “situação encontrada”, além da própria situação encontrada, deve constar os **critérios aplicáveis** e a relação de **evidências** da “situação encontrada”. As colunas “efeitos” e “causa” seguem a mesma lógica de preenchimento.
110. No que concerne às **boas práticas** (achados positivos), deve-se registrá-las utilizando-se das mesmas colunas de um achado (situação encontrada, efeitos, causas, encaminhamento e benefícios), uma vez que, quando bem documentadas, possuem os mesmos componentes, no entanto, com viés positivo.
111. Para fins de consolidação dos achados negativos e positivos (boas práticas), o representante de cada equipe de auditoria **deve preencher o formulário específico** disponível no endereço <https://eficiencia-saude.org>, no botão “[clique aqui para inserir os dados da sua auditoria](#)”.
112. O modelo adaptado da matriz de achados pode ser encontrado no **apêndice 4 deste referencial** ou em <https://eficienciasaude.org/ferramentas-de-apoio-para-auditoria/> ou, ainda, clicando [aqui](#).
113. No campo “**situação encontrada**”, deve-se descrever resumidamente a situação existente, identificada, inclusive com o período de ocorrência, e documentada durante a fase de execução da auditoria, descrevendo em que ela contraria o critério. No caso das boas práticas, complementar a informação expressando a razão de ser assim considerada (por exemplo, por ser capaz de reduzir o tempo de espera do paciente, agrega valor à qualidade da atenção, diminui os custos dos processos e aumenta a capacidade de atendimento do hospital).

114. A redação da “situação encontrada” **deve responder às seguintes perguntas**: O que ocorreu? O que evidencia o que ocorreu? No achado negativo, por que a situação encontrada diverge do critério? Se o achado for positivo, por que a situação encontrada é um *benchmark* positivo?
115. No campo “**efeito**”, informar por que os eventos descritos na situação encontrada são indesejados, identificando também o objetivo não atingido, e a dimensão do objetivo impactada. No achado positivo, deve-se fazer as devidas adaptações em relação a esse atributo (identificando-se, inclusive, os processos impactados). Efeito real é algo que aconteceu, um evento concreto, enquanto o efeito potencial é ainda uma possibilidade.
116. Redação dos efeitos **deve responder às seguintes perguntas**: a) por que a situação encontrada é ruim/boa? b) que objetivos foram impactados negativamente/positivamente? c) sob qual aspecto? d) no achado negativo, qual seu desvio em relação ao critério do efeito? e) no achado positivo, em que medida a situação encontrada impacta positivamente a eficiência da unidade (ganhos)?
117. Essa última dimensão (desvio), pode ser útil para, no achado negativo, **mensurar os benefícios** advindos da correção da causa do evento na fase de monitoramento. Já no achado positivo (ganhos), para mensurar os benefícios, aferir os ganhos concretos do hospital auditado em decorrência da situação encontrada que está sendo considerada um *benchmark* positivo.
118. No campo “**causas**”, descrever o motivo que leva à ocorrência da situação encontrada. Por que ela ocorre? Por que ocorre nesta intensidade? Relacionada a pessoas, processos e/ou produtos, conforme vulnerabilidades constatadas no planejamento.
119. Caso a equipe se defronte com achados relacionados a **irregularidades ou dano ao erário**, a equipe deve avaliar a conveniência de tratar a situação em processo de representação ou em outro instrumento ou processo administrativo distinto, que o órgão de controle utilize nesses casos. A título de sugestão, um modelo de **Matriz de Responsabilização** está disponível no **apêndice 5** deste Referencial ou em <https://eficienciasaude.org/ferramentas-de-apoio-para-auditoria/> e pode ser acessada também clicando [aqui](#).
120. No campo “**encaminhamento**”, propor determinações ou recomendações de forma a **tratar a origem dos problemas** (causas) e/ou **mitigar os efeitos**.
121. No caso de boas práticas, devemos considerar reportá-las para **divulgação no site** [eficienciasaude.org](https://eficienciasaude.org) e em outros meios de divulgação pertinentes, para que outras unidades se apropriem da ideia inovadora.



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**  
SECRETARIA-GERAL DE CONTROLE EXTERNO  
Secretaria de Controle Externo da Saúde

122. No campo **benefícios**, mencionar o que gestores, responsáveis e beneficiários têm a ganhar com a implementação das propostas de encaminhamento, como, por exemplo, formas de diminuir o prejuízo, de aumentar a qualidade do produto, simplificar e aperfeiçoar o processo etc.

MATRIZ DE ACHADOS				
<b>Achado 1:</b> <u>Devido à</u> inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda, <u>ocorreu</u> indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, <u>o que levou a</u> lotação das Urgências e Emergências.				
<b>Categorização:</b>				
<b>Unidade Hospitalar:</b> Hospital X		<b>Rede de serviços:</b> Rede X		
<b>Município:</b> X		<b>Estado:</b> XX		
<b>Natureza Jurídica:</b> Pessoa jurídica de direito público gerida pelo Governo				
<b>Macroprocesso afetado:</b> x		<b>Processo afetado:</b> x		<b>Atividade afetada:</b> x
SITUAÇÃO ENCONTRADA	EFEITOS	CAUSAS	ENCAMINHAMENTOS	BENEFÍCIOS
Indisponibilidade de leitos de internação para atender a demandas do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.  <u>Evidência:</u> Registro de demandas e oferta de leitos.  <u>Critério:</u> art. 16 da Resolução 2077/2014/CFM c/c artigo 161 do anexo III da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 que tratam de leito de retaguarda.  <u>Análise:</u> Segundo levantado nos registros xxxx, constatou-se indisponibilidade de leitos de enfermaria de retaguarda para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, o que contraria o art. 16 da Resolução 2077/2014/CFM c/c artigo 161 do anexo III da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 que estabelecem a necessidade de reserva de leito de retaguarda para atendimento de Urgência e Emergência.	1. Lotação das Urgências e Emergências  <u>Evidências:</u> Registro de demanda na Urgências e Emergências.  <u>Critério/análise:</u> conforme art. 16 da Resolução 2077/2014/CFM c/c artigo 161 do anexo III da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 devem ser reservados leitos de enfermaria de retaguarda para atendimento do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.	Ausência de leitos de enfermaria de retaguarda.  <u>Evidências:</u> Relatório de observação direta, Relatório fotográfico e registros no Sistema de Controle de Leitos da unidade e da Central de Regulação.  <u>Critério/análise:</u> Segundo art. 16 da Resolução 2077/2014/CFM c/c artigo 161 do anexo III da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deve reservar leito de enfermaria de retaguarda na unidade. Acontece que, em visita à unidade e em análise nos sistemas de Controle de Leitos da unidade e da Central de Regulação constatou-se ausência dessa reserva.	Determinar/recomendar a XXXX que apresente um plano de ações, prazo e responsáveis para reserva de leitos de enfermaria de retaguarda.	Disponibilidade de leitos de enfermaria de retaguarda pode ajudar a reduzir a lotação das Urgências e Emergências com pacientes aguardando leito para internação.

123. É **importante mensurar benefícios** porque: a) demonstram a relevância dos resultados obtidos; b) motivam o gestor a implementar as recomendações e determinações; c) divulgam o impacto potencial da auditoria; e d) facilitam a análise na etapa posterior de monitoramento.
124. A redação dos Benefícios **deve responder às seguintes perguntas**: a) o que o responsável e/ou sociedade e/ou beneficiários diretos ganham se implementarem o encaminhamento? b) que valor a auditoria irá agregar ao objeto? c) qual o possível indicador impactado?
125. Após a confecção da matriz de achados, é recomendável se realizar um **painel de referência** a fim de discutir com os gestores e especialistas as causas identificadas e os possíveis encaminhamentos que poderiam ser dados para tratá-las.
126. Para maiores informações sobre realização de painéis de referência vide o documento “Painel de referência em auditoria” (BRASIL, TCU, 2013), disponível em ferramentas de apoio para auditoria do endereço [eficienciasaude.org](http://eficienciasaude.org) ou, ainda, clicando diretamente [aqui](#).

### FASE 3: RELATÓRIO

#### 10. RELATÓRIO DE AUDITORIA

127. O relatório de auditoria é o principal produto da auditoria, sendo uma **peça de comunicação** das conclusões, das propostas de encaminhamento, dos achados e do objetivo da auditoria. Recomenda-se que o relatório tenha a seguinte estrutura: capa, resumo, sumário, introdução, visão geral, achados, conclusão e encaminhamento (BRASIL, TCU, 2020).
128. No **resumo**, de uma página, devem ser respondidas as seguintes questões: por que o trabalho foi realizado? O que foi encontrado? O que foi proposto no encaminhamento? Quais são os principais benefícios na adoção das medidas propostas?
129. Na **introdução**, de uma página, deve constar menção ao ato que autorizou o trabalho; o problema identificado; os objetivos e questões de auditoria; a metodologia e limitações (o detalhamento da metodologia deve vir em apêndice); e os benefícios estimados.
130. Na **visão geral do objeto**, de duas a três páginas, deve constar caracterização da unidade; caracterização dos fatores exógenos com potencial de afetar a eficiência da unidade; descrição das áreas, macroprocessos e processos críticos.
131. Os capítulos principais correspondem aos **achados de auditoria**. O parágrafo inicial é o parágrafo de impacto. Ele deve comunicar o resultado do trabalho sobre a questão de auditoria o que inclui mencionar, de

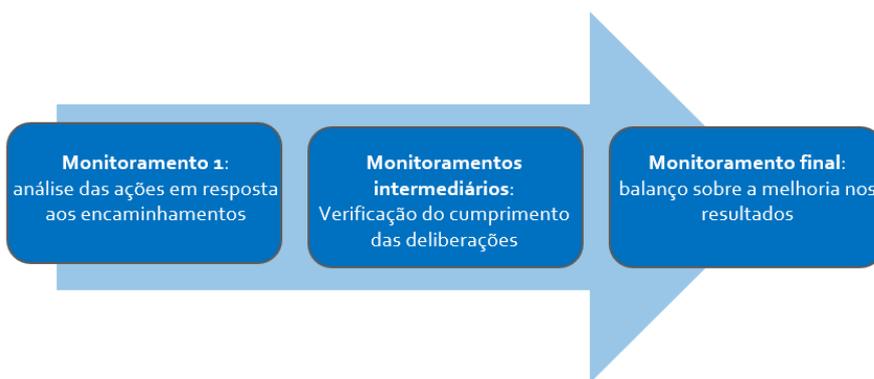
forma sucinta, a situação encontrada, as causas e efeitos principais e seus critérios principais (BRASIL, TCU, 2020). Na redação do achado, usa-se a lógica dedutiva, primeiro expõe-se o resultado e depois como se chegou a ele.

132. O **desenvolvimento do achado** deve ter entre 2 e 5 páginas e trazer os principais detalhes sobre a situação encontrada, os critérios, as causas, os efeitos e apresentar as evidências utilizadas. As propostas de encaminhamentos (tratando as causas e/ou mitigando os efeitos); e os benefícios (decorrentes do tratamento das causas e/ou mitigação dos efeitos) também devem ser abordados.
133. É importante que a equipe tenha clareza que a redação dos achados no relatório **não se confunde com as análises** da equipe sobre os riscos e a procedência dos achados. As análises são desenvolvidas na fase de execução, não tem necessidade de serem escritas de forma dedutiva e não possuem limites de páginas, podendo se estender o quanto a equipe entender necessário.
134. As **análises não fazem parte do corpo do relatório**, sendo apenas mencionadas quando necessário, devendo ser incluídas como peça(s) autônoma(s) no processo documental da auditoria ou como apêndice ao relatório. Mais detalhes sobre a confecção das análises podem ser encontrados nos parágrafos 100 a 103 e no Apêndice 6 deste referencial.
135. Na **conclusão**, deve-se responder à questão fundamental do trabalho e às respectivas questões de auditoria. Além disso, deve-se apresentar, de forma sucinta, as boas práticas caso sejam identificadas. Deve-se, ainda, apontar conclusões não decorrentes das questões de auditoria, se for o caso e desde que respaldadas por evidências.
136. Nos **encaminhamentos** devem ser pensadas medidas que tratem as causas e/ou mitiguem os efeitos.
137. Sugere-se a elaboração de um tópico específico sobre **referências** fazendo remissão ao que foi utilizado como fundamento em citações e transcrições ao longo do relatório.
138. Recomenda-se que o relatório tenha, da introdução à conclusão, no máximo **30 páginas** (BRASIL, TCU, 2011), e seja amparado nos diversos apêndices que compõem as análises em separado, que não são contabilizados no limite de páginas ora mencionado.
139. Depois de concluído, recomenda-se o envio da íntegra do relatório preliminar para **comentários dos gestores** (sugere-se prazo de 10 a 15 dias para resposta). É interessante que, preferencialmente no ato de entrega do relatório preliminar, a equipe de auditoria faça uma reunião com os gestores para esclarecer de modo geral os principais achados e encaminhamentos de auditoria. Essas duas medidas mitigam o risco de

conclusões imprecisas e torna participativa a formulação de encaminhamentos.

140. A etapa de comentários dos gestores é uma oportunidade dada ao gestor para apresentar suas impressões sobre o conteúdo produzido, especialmente sobre os **encaminhamentos e suas consequências práticas**, não sendo considerado um rito para estabelecer contraditório e ampla defesa. Dessa forma, se não houver um retorno por parte dos gestores, não há impedimento para que a equipe prossiga no trabalho de confecção da versão final do relatório. Recomenda-se, nesses casos, o registro de que o gestor não ofereceu comentários formalizados no prazo estabelecido.
141. Após retorno formal por parte dos gestores, esses comentários deverão ser **analisados** pela equipe de auditoria, preferencialmente em **apêndice** ao relatório.
142. O **resumo** dos comentários dos gestores e sua análise pela equipe deve ser devidamente incorporado ao relatório em **seção específica**. Assim, a versão final do relatório deverá conter tanto os achados da equipe quanto o ponto de vista do gestor a seu respeito e com menção das providências que eventualmente já estejam sendo tomadas ou planejadas.

#### FASE 4: MONITORAMENTO DAS DELIBERAÇÕES



#### 11. BENEFÍCIOS DA AÇÃO DE CONTROLE E MONITORAMENTO

143. Sempre que possível, os **benefícios** advindos das medidas propostas pelo trabalho de auditoria devem ser **monitorados**.
144. Durante o momento em que se delimita o problema de auditoria, a equipe já deve, ainda que de forma preliminar, formular elementos que permitam acompanhar a solução do problema. Isto é, os benefícios da auditoria **devem ser pensados e amadurecidos desde o início do trabalho**.

145. As medidas propostas pelo trabalho de auditoria devem ser formuladas de forma que **tratem as causas** dos achados, alterando, assim, a situação encontrada. Também devem ser elaboradas propostas para **mitigar os efeitos** dos achados.
146. O teor das propostas **dependerá dos instrumentos institucionais e do mandato** que cada instituição de controle possui. Com efeito, encaminhamentos devem respeitar os normativos e regulamentos internos do órgão de controle que é titular do trabalho.
147. Os encaminhamentos podem variar entre **recomendação** de medidas pontuais/procedimentais até **determinações** para a elaboração de plano de ação com o intuito de promover mudanças estruturais no hospital ou até mesmo na relação dele com outros agentes da rede assistencial em que ele se insere.
148. Em caso de se propor a elaboração de **plano de ação**, é fundamental que ele tenha como conteúdo: as ações a serem tomadas, as pessoas responsáveis pelas ações e os prazos para implementação.
149. É importante que haja **participação dos gestores** no processo de elaboração dos encaminhamentos. Essa participação se dá no momento de apreciação do relatório preliminar, por meio de comentários formais dos gestores. Isso pode se dar também na participação de eventos organizados pela equipe, tal como o painel de achados ou mesmo na reunião de encerramento, com a entrega do relatório preliminar.
150. Outro encaminhamento possível em casos complexos é a **elaboração de estudos** ou avaliações pelo tomador de decisão antes de efetivamente decidir medidas mais detalhadas e específicas. Esse tipo de solução pode ser interessante em casos de descompasso entre as demandas da rede e os serviços ofertados pelo hospital, por exemplo.
151. Uma vez definidas as propostas e tendo elas sido formalmente comunicadas ao gestor, passa-se a fase de **monitoramento** dos benefícios advindos de sua implementação, que se inicia após o transcurso de tempo razoável para que eles possam ser percebidos.
152. O foco principal do monitoramento não é o cumprimento ou a implementação da medida proposta, mas, sim, se o **problema evidenciado pela auditoria foi resolvido**.
153. O ciclo de monitoramento geralmente exige, pelo menos, **três** monitoramentos, especialmente nos casos mais complexos.
154. O primeiro monitoramento consiste na **verificação da consistência e da pertinência das ações adotadas pelos gestores**. Um passo importante nessa análise é verificar se as ações estão diretamente relacionadas às causas indicadas no relatório de auditoria e se apresentam tempestividade no tratamento das situações encontradas. Além disso, o

conjunto dessas ações deve ser compreensivo para a solução dos problemas rumo aos resultados esperados em relação ao objeto de auditoria estudado.

155. **Monitoramentos intermediários.** Deve-se também projetar monitoramentos intermediários, principalmente quando a mudança de realidade é complexa e cheia de ações intermediárias rumo ao resultado. Além disso, mudanças da realidade e cenários, obrigam a novas soluções, podendo levar a soluções distintas das que foram originalmente previstas no relatório.
156. A **adoção de soluções diferentes** das propostas pela auditoria não configura, necessariamente, uma inconformidade. O gestor, dentro dos limites legais, pode encontrar soluções diferentes para os problemas evidenciados pela auditoria. Uma vez convencido do problema, é o gestor quem tem melhores condições de avaliar as consequências práticas da sua decisão.
157. O papel do órgão de controle é cobrar pela mudança de realidade (**resolução do problema**). Importante checar o que foi realizado e os benefícios auferidos até o momento e o que ainda resta para ser feito e as devidas medidas corretivas necessárias.
158. O **cronograma** dos monitoramentos subsequentes ao inicial dependerá dos prazos estabelecidos para as medidas planejadas pelo gestor e comunicadas ao órgão de controle.
159. **Monitoramento final.** Por fim, o órgão de controle deve, ao final do ciclo de implementação das deliberações, apurar os resultados obtidos e as mudanças implementadas na unidade hospitalar auditada. Nessa última etapa, o desfecho esperado é a solução do problema de auditoria. Caso o problema tenha sido resolvido, a auditoria cumpriu plenamente seu papel. Por outro lado, se o problema ainda persistir, é preciso avaliar os motivos pelo quais não houve solução, retroalimentando o planejamento do órgão de controle.

## CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

160. A fim de possibilitar uma consolidação das auditorias realizadas nos hospitais, as informações referentes aos **achados negativos e positivos** devem ser registradas pelos representantes de cada equipe de auditoria em **formulários eletrônicos** disponíveis no endereço <https://eficienciasaude.org/>.
161. Os dados consolidados serão disponibilizados na mencionada página da rede mundial de computadores com o intuito de **gerar informação relevante** para todos os setores da sociedade interessados no tema eficiência e qualidade da atenção à saúde.

162. A disponibilização dessas informações essenciais, tais como uma lista de principais problemas e de boas práticas na gestão hospitalar, também tem o propósito de **auxiliar os gestores na melhora do processo de tomada de decisão**.
163. Além disso, espera-se que esse espaço virtual também seja uma oportunidade para que todas as entidades envolvidas nesse projeto, de forma coletiva e colaborativa, **amadureçam o conhecimento sobre eficiência** e qualidade na atenção hospitalar.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Manual de auditoria operacional*. 4. Ed. Brasília: TCU, 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Roteiro de auditoria de gestão de riscos*. Brasília: TCU, 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Normas de auditoria do Tribunal de Contas da União*. Brasília: TCU, 2011.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Técnica de indicadores de desempenho para auditorias*. Brasília: TCU 2011b.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Manual de auditoria operacional*. 3. Ed. Brasília: TCU, 2010.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Técnicas de auditoria “mapa de processos”*. Brasília: TCU, 2003.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Técnicas de auditoria: Benchmarking*. Brasília: TCU, 2000.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Técnica de análise envoltória de dados em Auditoria*. Brasília: TCU 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Painel de referência em auditorias*. Brasília: TCU 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Padrões de monitoramento*. Brasília: TCU 2009.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública*. Brasília: TCU 2014.

INTOSAI. ISSAI 100: *Princípios fundamentais de auditoria aplicada ao setor público*. 2013.

INTOSAI. ISSAI 300: *Princípios fundamentais de auditoria aplicada operacional*. 2013.

INTOSAI. ISSAI 100: *Normas para auditoria operacional*. 2016.

ABNT. ISO 31000: 2008. *Gestão de riscos – Diretrizes*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de implantação e implementação NIR – Núcleo Interno de Regulação para hospitais gerais e especializados*. 2017.

PORTER, M & ELIZABETH, O: *Redefining healthcare creating value-based competition on results*. 2006.

## GLOSSÁRIO

**Achado de auditoria** – qualquer fato significativo identificado durante a etapa de execução, e digno de relato pelo auditor, constituído por quatro atributos essenciais: *situação encontrada* (o que ocorreu/está ocorrendo), *critério* (o que deveria ser, norma), *causa* (razão do desvio em relação ao critério) e *efeitos/impactos* (consequência da situação encontrada). Com exceção do critério, cada um dos atributos do achado deverá possuir evidências próprias. Os riscos mapeados no planejamento passarão a ser achados de auditoria caso sejam identificados na etapa de execução.

**Análise Envoltória de Dados** – é uma técnica usada para a avaliação da eficiência relativa de um conjunto de unidades decisórias, como organizações e programas. Ela constrói uma fronteira de eficiência com as unidades mais eficientes na transformação de determinados insumos em certos produtos. A técnica ainda tem como vantagem a possibilidade de identificação de boas práticas, pois destaca as unidades mais eficientes, que podem ser usadas como benchmark para a melhoria do desempenho das demais (BRASIL, TCU, 2018).

**Auditoria do Setor Público** – um processo sistemático de obter e avaliar objetivamente evidências para determinar se as informações ou as condições reais de um objeto estão de acordo com critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 18). De forma didática, é dividida em *Financeira*, *Operacional* e *de Conformidade* (ISSAI 100, Item 22). Tem como etapas, em ordem: Planejamento, Execução, Relatório e Monitoramento.

**Benchmarking** – técnica voltada para a identificação e implementação de boas práticas de gestão. Seu propósito é determinar, mediante comparações de desempenho e de boas práticas, se é possível aperfeiçoar o trabalho desenvolvido em uma organização. O benchmarking pode ajudar na identificação de oportunidades de melhorar a eficiência e proporcionar economia. (BRASIL, TCU, 2000)

**Benefícios** – estimativa das vantagens advindas do trabalho de auditoria. São os débitos, multas, economias, ganhos ou melhorias decorrentes da atuação do Tribunal, sendo a materialização da eliminação dos efeitos negativos decorrentes da implementação das medidas propostas. É importante mensurar benefícios porque demonstram a relevância dos resultados obtidos, motivam o gestor a implementar as recomendações e determinações, e divulgam o impacto potencial da auditoria.

**Boas práticas ou achados positivos** – são modelos que podem servir de sugestão e inspiração ao gestor com vistas à mitigação ou mesmo eliminação da causa do achado. Não corresponde ao simples cumprimento do dever legal, mas sim a soluções criativas, inovadoras e efetivas, que agregam valor ao mundo administrativo. Práticas relevantes, que tenham capacidade de mudar uma situação, de melhorar um procedimento, um resultado. Para que tenha validade

como achado positivo, é imprescindível que possa ser registrado como proposta de encaminhamento.

**Causa (do achado)** – é a razão pela qual a condição ocorreu. As causas são o somatório de fontes de problemas e vulnerabilidades nos objetos analisados e que foram devidamente evidenciados. Em geral, estão relacionadas a pessoas mal-intencionadas ou treinadas, processos de trabalho mal desenhados ou executados e/ou produtos que não atendem às necessidades para os quais foram criados. Importante mencionar que, quando as causas são pessoas, deve-se atribuir responsabilidade, mediante Matriz de Responsabilização.

**Causa (do risco)** – é a fonte da vulnerabilidade encontrada, a razão pela qual o evento poderá ocorrer. As causas são o somatório de fontes de problemas e vulnerabilidades nos objetos analisados. Em geral, estão relacionadas a pessoas mal treinadas ou mal-intencionadas, processos de trabalho mal desenhados ou executados e/ou produtos que não atendem às necessidades para os quais foram criados.

**Conduta** - A ação corpórea ou a omissão praticada pelo responsável, da qual decorre dano efetivo ou potencial a bem juridicamente protegido (ex: patrimônio, vida, etc). Poderá ser dolosa ou culposa.

**Crítérios** – são as referências, os parâmetros usados para avaliar o objeto. Cada auditoria deve ter critérios adequados às circunstâncias daquela auditoria. Podem ser específicos ou mais gerais, e podem ser extraídos de várias fontes, incluindo leis, regulamentos, jurisprudência, padrões, princípios sólidos e boas práticas. (ISSAI 100, Item 27).

**Culpa em sentido estrito** - Omissão da diligência e dos cuidados necessários, ou falta de cumprimento do dever jurídico de forma não intencional, de que resulta violação do direito. Decorre de *imperícia*, *imprudência* ou *negligência*.

**Culpa in eligendo** - Culpa atribuída ao agente nos casos em que se entende ter havido má escolha de seu representante ou preposto, resultando em dano.

**Culpa in vigilando** - Culpa atribuída ao agente nos casos em que se entende ter havido falta de atenção ou cuidado com o procedimento de outra pessoa que está sob sua guarda, fiscalização ou responsabilidade, resultando em dano.

**Culpabilidade** - A reprovabilidade da conduta do agente (pessoa física), considerando eventuais situações agravantes ou atenuantes. Não é possível a reprovabilidade de conduta de pessoa jurídica.

**Dolo** - A vontade/intenção de praticar ato prejudicial e/ou ilícito, causando, assim, a violação de direito. Intenção do agente que deseja o resultado ilícito ou assume o risco de o produzir.

**Efeito (do achado)** – é o resultado adverso da discrepância entre a situação encontrada e o critério. Se há um achado, necessariamente há um efeito, uma consequência para o órgão, o erário ou a sociedade, dele resultante. Efeito real é algo que aconteceu, um efeito concreto, enquanto efeito potencial é uma possibilidade.

**Efeito (dos riscos)** – é a consequência, o resultado adverso que poderá ocorrer em virtude da discrepância entre o evento e o critério adotado, e que pode prejudicar os objetivos estratégicos, táticos ou operacionais da instituição.

**Eficiência** – definida como a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período, mantidos os padrões de qualidade. (BRASIL, 2017).

**Evento (do risco)** – é a descrição da situação que poderá ocorrer em razão de uma ou mais causas mapeadas, incluindo o(s) critério(s) contrariado(s). Durante a etapa de execução, o evento devidamente identificado em um achado de auditoria passa a se chamar Situação Encontrada (S.E.) ou Condição.

**Evidência** - Qualquer informação utilizada pelo auditor para comprovar que o objeto está ou não em conformidade com os critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 49). Serão fisicamente utilizadas para evidenciar o achado de auditoria, podendo ser, por exemplo: depoimentos, documentos, registros, extratos de observação, de inspeção, etc. As evidências devem ser dotadas de *relevância* (estar relacionada de forma clara e lógica aos critérios e objetivos da auditoria), *suficiência* (permitir a uma conclusão lógica completa de sua ocorrência, podendo ser verificada por outros), *validade e conformidade* (relacionadas a sua veracidade e confiabilidade da fonte da qual foi obtida). Em outras palavras, são a base das conclusões dos relatórios de auditoria.

**Fronteira de eficiência** – compreende as unidades que conseguem obter a melhor relação entre insumos e produtos relativamente ao universo pesquisado, ou seja, as que apresentam a melhor eficiência nesse contexto.

**Governança no setor público** – conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para AVALIAR, DIRECIONAR E MONITORAR a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (BRASIL, TCU, 2014).

**Impacto (do achado)** – a consequência da discrepância entre a situação encontrada e o critério, a qual interfere nos objetivos do órgão ou objeto auditado quanto ao preço, prazo, qualidade ou escopo dos bens e serviços ofertados à sociedade. Em alguns casos, não é possível distinguir claramente Efeitos e Impactos, podendo ser agrupados na redação.

**Impacto (dos riscos)** – a possibilidade da discrepância entre o evento e o critério adotado comprometer os objetivos do órgão ou objeto auditado quanto ao preço, prazo, qualidade ou escopo dos bens e serviços ofertados à sociedade. Em alguns casos, não é possível distinguir claramente Efeitos e Impactos, podendo ser agrupados na redação.

**Indicador de Desempenho** – é um número, percentagem ou razão que mede um aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com metas preestabelecidas (BRASIL, TCU, 2011b).

**Irregularidade** - Descrição sucinta da irregularidade praticada, não sendo o mesmo que “Achado de Auditoria”. A redação da irregularidade será composta por: a) Fato Irregular, b) Objeto, c) Período de ocorrência, d) Evidência, e e) Dispositivos violados.

**Macroprocesso** – é composto por processos.

**Mapa de Processo** – representação de um processo de trabalho por meio de um diagrama contendo a sequência dos passos necessários à consecução de determinada atividade (BRASIL, TCU, 2003).

**Matriz de achados** - Documento que estrutura o desenvolvimento dos achados e permite reunir, de forma estruturada, os principais elementos que constituirão os capítulos centrais do relatório de auditoria.

**Matriz de achados** – é o documento que estrutura o desenvolvimento dos achados e permite reunir, de forma estruturada, os principais elementos que constituirão os capítulos centrais do relatório de auditoria. A matriz propicia compreensão homogênea dos achados e seus elementos constitutivos pelos integrantes da equipe de auditoria e demais interessados. Seu preenchimento deve ser iniciado durante os trabalhos de campo, à medida que os achados são constatados.

**Matriz de planejamento** – papel de trabalho que organiza e sistematiza o planejamento do trabalho e documenta o programa de auditoria, discriminando, entre outros itens, os objetivos e as questões de auditoria formuladas para alcançá-los (NAT, 94, 96-97). É um quadro resumo das informações relevantes do planejamento de uma auditoria. É elaborada na etapa de planejamento e contém todos os elementos-chave do que se pretende realizar durante a etapa de execução, podendo ser revisada durante a execução.

**Nexo de causalidade** - Relação entre a conduta do agente e o resultado ilícito.

**Objetivo de auditoria** – uma ou mais ações que descrevem o que o trabalho pretende entregar como produtos, o que a auditoria pretende alcançar (ISSAI 100, Item 48). Deve ser apresentado sob forma declarativa, iniciando com um



verbo de ação, e não sob a forma de um questionamento. Pode haver mais de um objetivo.

**Objeto de auditoria** – refere-se à informação, condição ou atividade que é mensurada ou avaliada de acordo com certos critérios (ISSAI 100, Item 26). Pode ser um programa, uma atividade, um processo, um sistema, uma entidade ou um órgão sujeito a fiscalização. Deve ser *identificável* (limitado no tempo e no espaço), *avaliável* (possuir critério claro para ser comparado) e *evidenciável* (pode ser investigado).

**Organizações Sociais** – entidade privada sem fins lucrativos, qualificadas nos termos da Lei.

**Plano de ação** – documento apresentado pelo gestor ao TCU que formaliza as ações que serão tomadas para atender as deliberações propostas no sentido de corrigir os problemas identificados durante a auditoria. Envolve, basicamente, um cronograma em que são definidos responsáveis, atividades e prazos para a implementação das deliberações. Esse instrumento norteia o processo de monitoramento e tende a aumentar a sua efetividade (BRASIL, TCU, 2010).

**Projeto de auditoria** – documento apresentado ao final da fase de planejamento da auditoria que resume a natureza do trabalho a realizar e os resultados que se pretende alcançar. O projeto conterá descrição sucinta do objeto de auditoria, objetivos do trabalho, questões a serem investigadas, procedimentos a serem desenvolvidos e resultados esperados com a realização da auditoria. Farão parte do apêndice: a matriz de planejamento, que resume as informações centrais do projeto de auditoria; o cronograma proposto para a condução dos trabalhos; e a estimativa de custos, inclusive de contratação de especialista, quando for o caso.

**Problema de auditoria** – é a contextualização resumida da visão geral do objeto fiscalizado, descrevendo eventuais dificuldades a ele relacionadas, e/ou informações relevantes que justifiquem a realização do trabalho pelo TC. Não deve ser redigido de forma a inferir a existência de irregularidade.

**Processo** – é a maneira pela qual se realizada uma operação. É composto por um conjunto de atividade, com início e fim bem definidos, e transforma insumos em produtos.

**Propostas de encaminhamento** – são as recomendações e determinações sugeridas pela equipe de auditoria para corrigir as impropriedades e irregularidades identificadas, recompor o erário ou divulgar boas práticas. Nas propostas de encaminhamento, sugere-se também a responsabilização dos gestores, a aplicação de multa, a condenação em débito, a aplicação de uma sanção de inidoneidade a uma empresa licitante, a realização de verificação do cumprimento das deliberações, a fixação de prazo para cumprimento das deliberações e/ou

para elaboração e remessa de plano de ação, entre outras medidas a ser verificadas conforme o caso.

**Questão de auditoria** – compilação de um ou mais riscos mapeados, na forma interrogativa. Sempre visa esclarecer algum(ns) dos objetivos listados. Para que seja compreendida de forma mais prática, recomenda-se que contenha o processo de trabalho envolvido, o espaço analisado (departamento, estado, cidade, órgão, instituição, etc.), o período analisado, verbo de ação e o critério geral de comparação (normas).

**Questão fundamental de auditoria** – corresponde ao problema de auditoria, condensado em uma pergunta, ou seja, escrito de forma interrogativa. Todo o trabalho realizado visa, em maior ou menor grau, responder este questionamento. Ou seja, é o resumo do objeto, do problema e dos objetivos, redigido na forma interrogativa. Não deve ser redigida de forma a inferir a existência de irregularidade.

**Responsabilidade** - Dever de arcar com as consequências de uma determinada conduta (ação ou omissão). Esta conduta poderá ser do próprio agente ou de outras pessoas. Nos processos junto aos Tribunais de Contas, sempre será utilizada a responsabilidade subjetiva, ou seja, para responsabilizar o agente, deverão estar presentes a *conduta*, o *nexo de causalidade*, e a *culpabilidade*.

**Responsabilização** – o ato de se atribuir responsabilidade a pessoa, ou pessoas, que contribuíram com causa de ocorrência do achado de auditoria. A responsabilidade dos agentes é subjetiva, o que significa que, para sua caracterização, devem estar presentes os seguintes elementos: *ação ou omissão*, *nexo causal* e *culpa em sentido amplo*. Nos casos em que for necessária a apuração de responsabilidade dos agentes envolvidos, deverá ser construída Matriz de Responsabilização, a ser analisada em modelo próprio.

**Responsável** - Pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda ou que, em nome desta, assumam obrigações de natureza pecuniária, bem como daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte dano ao erário (CF/88, Art. 70, parágrafo único).

**Risco** – possibilidade de um evento ocorrer (ou não ocorrer) e afetar adversamente a realização dos objetivos do objeto ou entidade fiscalizada (COSO, 2004). Os riscos são mapeados em razão do escopo e dos objetivos da auditoria, e devem ser agrupados para a formulação de Questões de Auditoria. Caso os riscos sejam efetivamente identificados durante a etapa de execução dos trabalhos, passarão a ser Achados de Auditoria. Para fins de padronização, sugere-se a utilização da sintaxe do risco.



**Risco residual** – risco que ainda subsiste depois da consideração das ações adotadas pela gestão para reduzir o risco inerente.

**Sintaxe do achado** – estrutura de redação padronizada utilizada a fim de se redigir um achado de auditoria de forma lógica e compreensível, evidenciando todos os seus atributos essenciais. Decorre da *Sintaxe do Risco* elaborada na Matriz de Planejamento. Para fins de padronização, sugerimos a utilização da seguinte estrutura: “Devido a [CAUSA], ocorreu [SITUAÇÃO ENCONTRADA, incluindo critério(s) contrariado(s)], o que levou a [EFEITOS], impactando [comprometimento do objetivo da organização/dano econômico/dano social].

**Situação encontrada (S.E.)** – é a condição (o que é: o que ocorreu/está ocorrendo) a descrição da situação existente e documentada durante os trabalhos de campo devidamente apoiada por evidências de auditoria (NAT, 103, I). Consiste no relato do fato em si, ou seja, do ato ou fato administrativo que deu ensejo à sua caracterização como achado de auditoria. Deve contemplar o período de ocorrência.

**Solidariedade** - Relação jurídica que ocorre quando, para uma mesma obrigação, concorre mais de um credor, ou mais

## APÊNDICE 1 – ORIENTAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA VISÃO GERAL DO OBJETO E SUA CONEXÃO COM O PLANEJAMENTO DA AUDITORIA

### I. Objetivo da construção da visão geral

1. Como o próprio nome sugere, obter uma visão geral do objeto é compreender a unidade auditada, assimilar seu funcionamento, contexto e histórico, partindo-se dos **aspectos gerais para os específicos**.
2. O objetivo principal desta etapa da auditoria é **identificação riscos e oportunidades** relacionadas à **entrega de valor** (melhor resultado assistencial pelo menor custo possível - PORTER, 2007) para os pacientes por parte do hospital, viabilizando a posterior formulação das questões de auditoria.

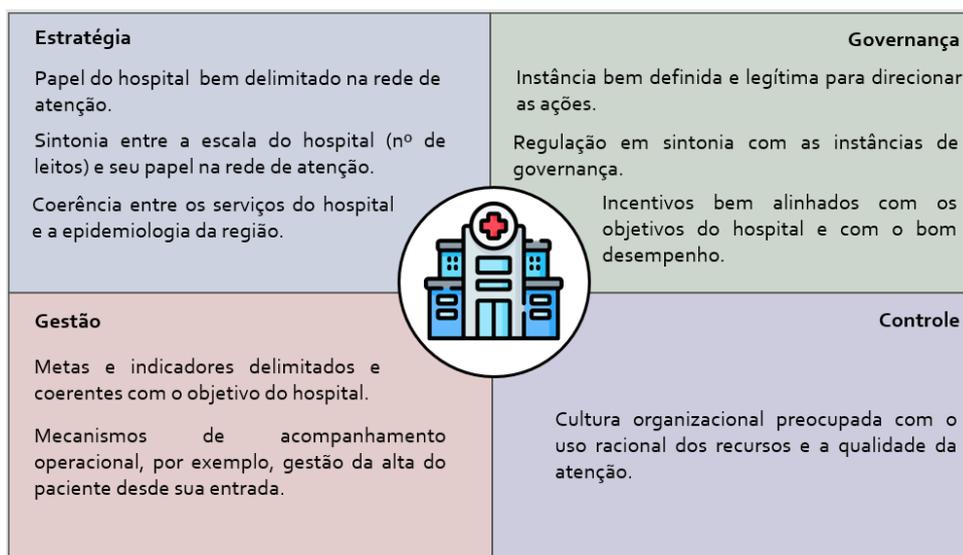
### II. Processo de construção da Visão Geral da unidade hospitalar no contexto do planejamento

3. A construção da visão geral pode ser realizada por meio da aplicação de diversas técnicas e procedimentos. No entanto, neste documento, serão indicados **possíveis caminhos para delimitação do problema de auditoria** e dos **riscos e oportunidades** a ele relacionados.
4. Desde o momento em que obtemos contato com o objeto auditado, buscamos compreender seu contexto e, assim, a partir disso, inventariar uma série de **riscos para o cumprimento de seu objetivo**.

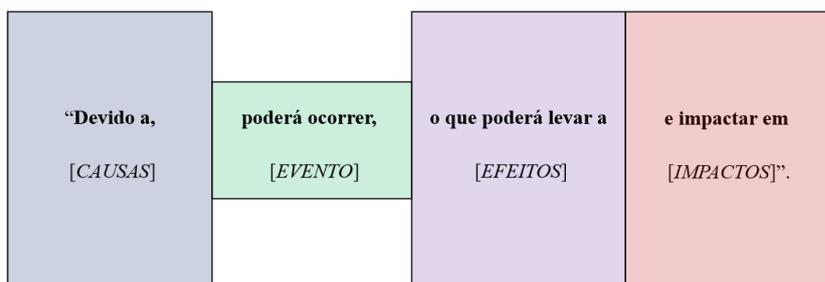


5. Ao se falar de riscos, cabe destacar que eles estão atrelados a ameaça ou a oportunidade de se atingir objetivos. Diante disso, importante mencionar que neste referencial, concebe-se a **entrega de valor para o paciente** como principal alvo de uma unidade hospitalar.

6. Para construção da visão geral do objeto, recomenda-se uma abordagem organizada, buscando compreender o funcionamento e as relações externas e internas do hospital, partindo-se de uma **perspectiva mais geral até aspectos mais específicos**.
7. Nessa abordagem inicial exploratória, vale sugerir a busca de uma compreensão de, **pelo menos, quatro dimensões** relacionadas ao hospital: a estratégica, a de governança, a de gestão e a de controle.



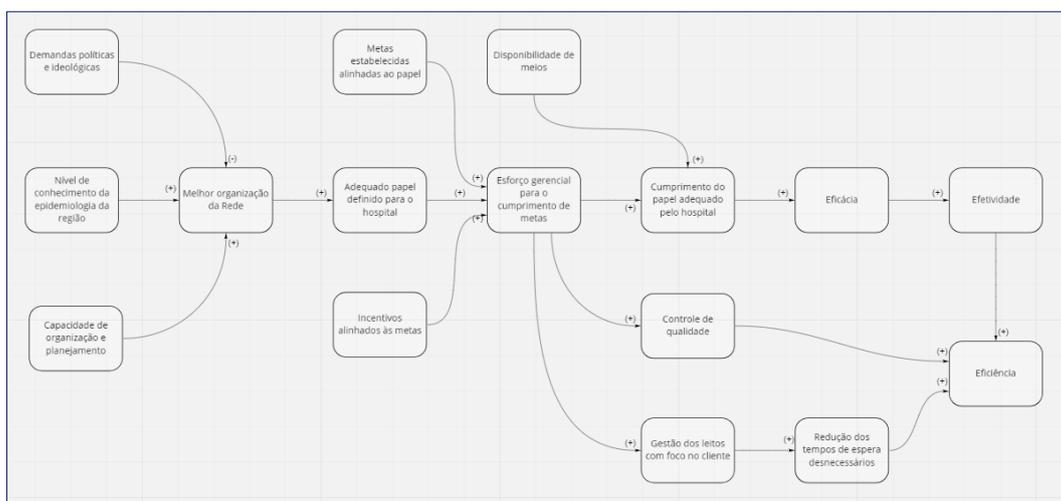
8. Para se captar informações exploratórias na fase de planejamento, existem **diversas técnicas ou procedimentos**. Pode-se citar algumas delas: entrevistas, abordagem de grupo focal, visitas *in loco*, análise documental, entre outras. No site [eficienciaensaude.org](http://eficienciaensaude.org), existem vídeos e documentos técnicos que dão orientações mais detalhadas sobre essas técnicas.
9. Conforme já mencionado, ao construir a visão geral do objeto, as áreas de risco para o alcance do objetivo do hospital começam a ser identificadas e, assim, paralelamente, **os riscos devem ser inventariados**, preferencialmente utilizando-se a sintaxe abaixo:



10. Voltando-se a atenção sobre a necessidade de se obter um processo **organizado** de construção da visão geral do objeto, serão mencionados dois possíveis caminhos, dentre outros existentes para estruturar essa fase da auditoria: utilização de **modelos** e **análise SWOT**.

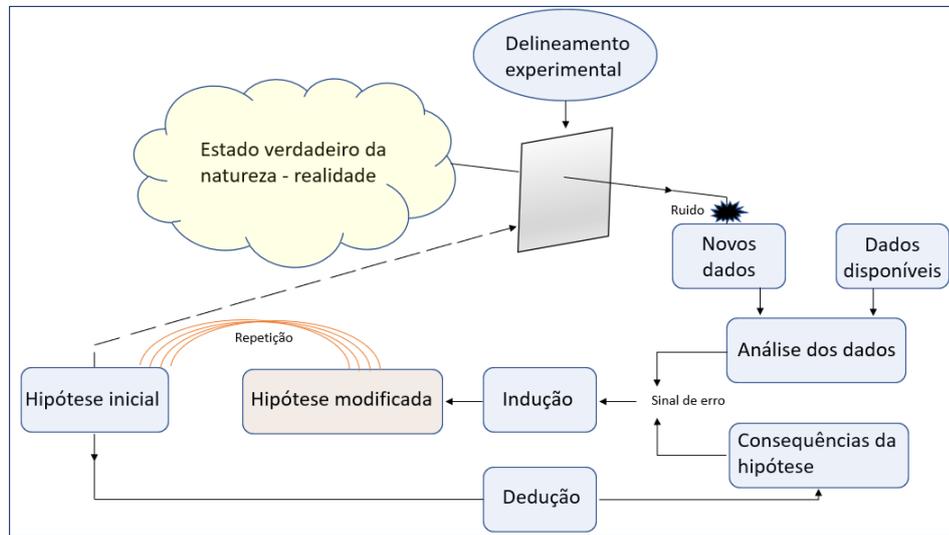
### Utilização de modelos

11. Para se compreender o problema que precisa ser resolvido no hospital, qual seja, especialmente, as maiores fontes de desperdício de recursos, pode-se **modelar esquematicamente o contexto do hospital**, com base nas informações levantadas na construção da visão geral do objeto.
12. Veja, abaixo, um **exemplo** de um modelo simplificado de um hospital hipotético, traduzindo de forma esquemática na forma de mapa mental a visão geral sobre a unidade.



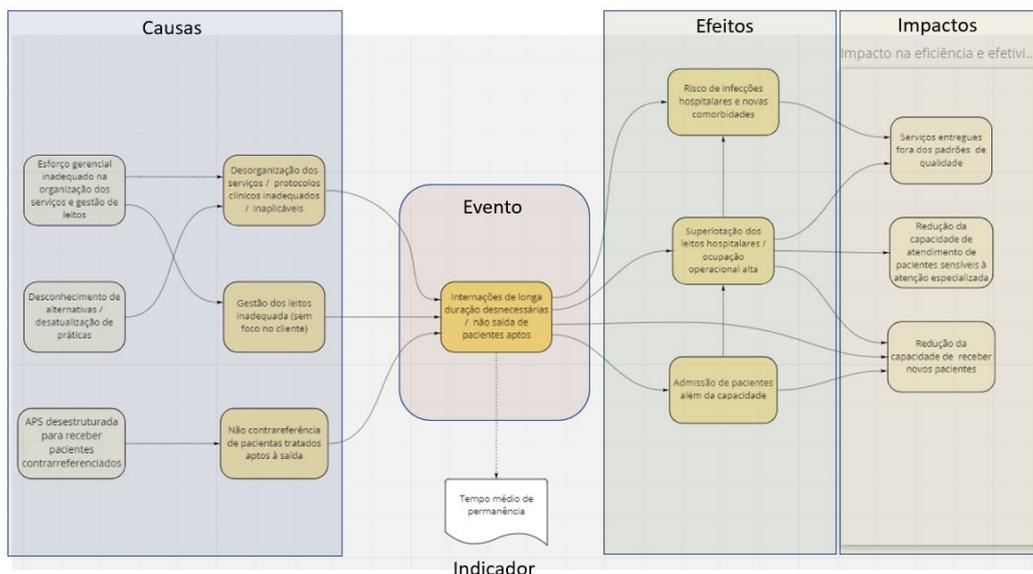
Fonte: elaboração própria da equipe do projeto eficiência na saúde.

13. Perceba que esse esquema **pode ser muito mais detalhado**, para refletir de forma mais aproximada a visão que a equipe de auditoria obteve sobre a realidade do hospital.
14. A construção desse modelo, tem como base os mesmos **fundamentos de uma pesquisa experimental**. À medida que se conhece o hospital com fulcro nos dados disponíveis e apreendidos pela equipe na fase de planejamento, são delineadas hipóteses sobre o seu funcionamento nas mais importantes dimensões que envolvem a unidade.
15. Veja, na figura abaixo, a **lógica** de uma pesquisa experimental e perceba como isso pode ser aproveitado em um trabalho de auditoria, especialmente no entendimento sobre a visão geral de um hospital.



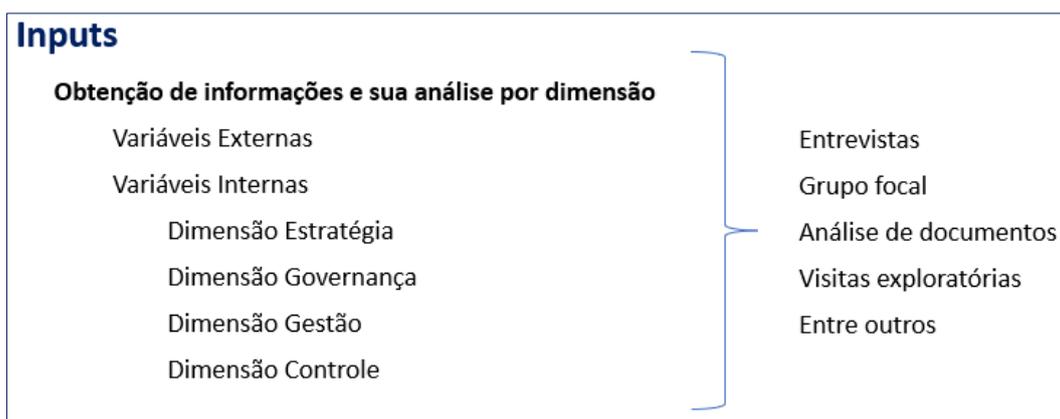
**Fonte:** G. E. P. Box. Science and Statistics, Journal of American Statistical Association, vol. 71, nº 356. (Dec., 1976), pp. 791-799.

16. Diante disso, as **hipóteses mais contundentes sobre o objeto** darão origem aos riscos inventariados. Aqueles riscos com maior probabilidade de ocorrência e com maior potencial de impacto no objetivo do hospital serão testados em campo para se verificar a sua comprovação na realidade, tal qual o método científico.
17. As áreas mais sensíveis mapeadas no modelo de visão geral, **que têm maior potencial impacto sobre a entrega de valor** para o paciente, devem ser detalhadas, preferencialmente **na lógica de construção de um risco**: causas, evento, efeitos e impacto. Abaixo, um exemplo de risco modelado.



Fonte: elaboração própria da equipe do projeto eficiência na saúde.

18. De forma resumida, para utilização dessa ferramenta, devemos então **captar as informações** sobre o hospital e seu contexto por meio das mais variadas técnicas já mencionadas, em uma sequência privilegiando-se em primeiro lugar os aspectos mais gerais e, em seguida, aqueles mais específicos.
19. Com base nessas informações, construir um **modelo sobre a visão geral** do hospital (mapa mental) e selecionar seus aspectos mais sensíveis para entrega de valor para o paciente. Essas áreas merecem ser mais detalhadas em modelos separados e, nesses, organizadas em sintonia com a estrutura de um achado.
20. Os **riscos mais relevantes**, de maior impacto no objetivo do hospital e de maior probabilidade, devem ser selecionados para serem testados na fase de execução da auditoria.



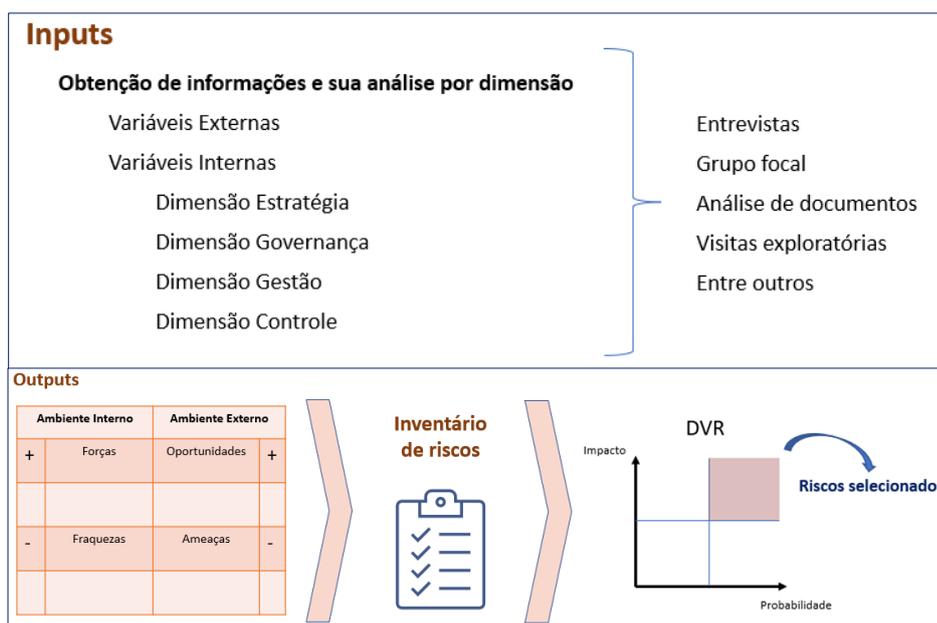
Fonte: elaboração própria da equipe do projeto eficiência na saúde.

\* DVR – Diagrama de Verificação de Riscos (consulte [aqui](#) mais detalhes sobre a priorização dos riscos utilizando-se desse diagrama).

21. No site [eficienciaensaude.org](http://eficienciaensaude.org), as equipes de auditoria poderão consultar alguns exemplos de **modelos de possíveis riscos** à eficiência dos hospitais.

## Análise SWOT

22. Este é um tipo de análise muito utilizada em auditorias pela sua simplicidade e objetividade. Baseia-se na tradução das informações captadas como **forças e fraquezas**, no que se refere ao ambiente interno da unidade auditada, ou como **oportunidades e ameaças**, quando têm sua origem externa.
23. A sigla SWOT é proveniente dos termos em inglês **strengths** - forças, **weaknesses** - fraquezas, **opportunities** - oportunidades e **threats** - ameaças.
24. Especialmente as informações sobre fraquezas e ameaças darão **origem à redação do inventário de riscos** ameaçadores à entrega de valor ao paciente por parte do hospital. Na sequência, selecionam-se para fase de execução da auditoria aqueles riscos de maior impacto e de maior probabilidade de influenciar os objetivos da unidade.
25. No site [eficienciaensaude.org](http://eficienciaensaude.org), existem tutoriais mais detalhados sobre esta técnica que podem auxiliar as equipes de auditoria na sua utilização. Maiores informações sobre a técnica de análise SWOT e DVR (Diagrama de Verificação de Riscos) podem ser encontradas no documento "[Técnica de Auditoria Análise SWOT e Verificação de Risco](#)" (Portaria-Segecex 31/2010).
26. Abaixo, segue esquema que pode ajudar as equipes a compreender como essa análise pode auxiliar na **construção organizada do inventário de riscos**.



Fonte: elaboração própria da equipe do projeto eficiência na saúde.

### III. Sugestões para captação das informações para a visão geral do objeto

#### Entrevista inicial

27. Trata-se do **primeiro contato** da equipe com os principais gestores do hospital. Nesse momento, deve-se expor os objetivos do trabalho e solicitar o apoio de um preposto da unidade, que será o responsável por articular a equipe com todos os setores do hospital.
28. Deve-se aproveitar o momento da entrevista para **explorar os principais desafios** enfrentados pelos gestores para entregar serviços com eficiência e qualidade para o cidadão.

#### Análise dos principais atores no hospital (análise de stakeholders)

29. O mapeamento dos **principais gestores e pessoas interessadas** nas atividades do hospital deve ser realizado. Veja detalhes desta técnica neste [link](#) do site [eficiencianasaude.org](http://eficiencianasaude.org). Um subsídio importante para essa finalidade é o organograma e lotacionograma da unidade e deve ser requisitado no início dos trabalhos a fim de facilitar o planejamento das entrevistas exploratórias.
30. Tão importante quanto os stakeholders internos da unidade são os **externos**, especialmente aqueles capazes de exercer algum tipo de pressão sobre práticas de gestão. Por exemplo, compreender os interesses de entidades representativas de classe, sindicatos, ocupantes de cargos políticos com influência na gestão são relevantes para se antever eventual resistência imposta a mudanças que possam vir a ser propostas em decorrência da auditoria.

#### Entrevistas e visitas exploratórias iniciais

31. Esse é um ponto importante dessa fase do trabalho: **prever as pessoas que serão entrevistadas e os locais que serão visitados** (o ambiente externo ao hospital também está incluído nessa etapa). Deve-se partir de uma visão geral do hospital para a perspectiva mais específica.
32. Apesar de serem atividades exploratórias, deve-se preparar um roteiro para abordar os assuntos de forma organizada, **requisitando-se informações e documentos pertinentes às dimensões expostas a seguir**.

#### Obtenção de informações e sua análise de acordo com cada dimensão

##### *Variáveis externas*

33. Conhecer as variáveis externas que potencialmente podem representar risco para os resultados do hospital (para subsídio à elaboração do inventário de riscos). A seguir, serão expostos alguns **fatores que podem ser explorados** nessa fase.

34. Perfil epidemiológico – verificar as características da população e das doenças e agravos mais recorrentes na região. Essa informação será necessária para avaliar se a estratégia do hospital está em sintonia com o que é mais demandado pela população.
35. Governança externa – conhecer de que forma é feito o controle dos contratos e dos resultados do hospital, bem como os mecanismos de repasse de recursos para a unidade.
36. Regulação – área onde podem ser identificados os principais gargalos assistenciais e sua relação com o hospital auditado. Sugere-se verificar como é a sistematização do relacionamento do hospital com as Centrais de Regulação existentes e seus principais desafios.
37. Atenção primária – como as Unidades Básicas de Saúde encaminham os pacientes para o hospital e como é feita a contrarreferência proveniente do hospital.
38. Apoio diagnóstico (exames e imagens) – alguns hospitais podem depender de serviços externos nessa modalidade de apoio. Sendo assim, pode ser interessante avaliar se há algum problema nesse serviço capaz de prejudicar a eficiência do atendimento.
39. Relacionamento com outros hospitais – verificar se há algum relacionamento desse tipo e se há alguma ameaça para o bom desempenho do hospital decorrente de algum problema nessa interação.

#### *Variáveis internas*

##### **Dimensão ESTRATÉGIA**

40. Levantamento da legislação e normas – são informações essenciais para compreender o arcabouço jurídico no qual se insere o hospital.
41. Histórico do hospital – compreender, especialmente nas entrevistas, a história do hospital, de preferência desde o início de sua operação. Verificar a data de criação, transformações no perfil assistencial ao longo do tempo, seu regime de propriedade e sua natureza jurídica.
42. Planejamento estratégico do hospital – informações importantes, que devem ser bem exploradas pela equipe, especialmente nas entrevistas com os principais dirigentes do hospital. Sugere-se solicitar o mapa estratégico para compreender a missão, visão, valores, objetivos, metas e indicadores.

##### **Dimensão GOVERNANÇA**

43. Incentivos à eficiência e qualidade na atenção (especialmente análise dos contratos) – essa análise é uma das mais relevantes dessa fase do

trabalho. Verificar as condições contratuais e mecanismos de remuneração e sua capacidade de mover o hospital rumo ao objetivo de prestar um serviço eficiência e de qualidade para o cidadão.

44. Comissões internas e externas – verificar quais comissões existem no hospital e fora dele (tal como a Comissão de Acompanhamento da Contratualização), seu papel, as atividades que têm desenvolvido e seu impacto nos serviços prestados pela unidade.

#### Dimensão GESTÃO

45. Gestão da informação e do desempenho (controle e avaliação) – elemento fundamental da auditoria. Verificar como o hospital controla e avalia as informações gerenciais da área-fim (principais indicadores operacionais, por exemplo, taxa de ocupação de leitos; tempo médio de permanência). Analisar o desempenho histórico da unidade e as tendências futuras, com base no contexto atual.
46. Sistemas informatizados disponíveis – verificar quais são os meios informatizados para gerir processos e informações no hospital.
47. Gestão de receitas e despesas – identificar as fontes dos recursos (inclusive de salários), o montante de cada fonte e sua estabilidade. Identificar os riscos financeiros que o hospital corre. Os dados devem prover demonstrativos financeiros da União e do próprio ente (demonstrativos já existentes, que o hospital já produziu). A equipe deve debater com o gestor os riscos financeiros do hospital.
48. Gestão dos custos – verificar se o hospital sistematiza o processamento e controle dos custos e como gerencia essa informação no hospital.
49. Serviços ofertados (capacidade operacional) – verificar o quanto os serviços ofertados pelo hospital estão orientados pelas demandas da sua clientela e como pode, em tese, aumentar valor para a população alterando o mix de serviços ofertados.
50. Gestão de pessoas - debater a influência da estrutura de pessoal (quantitativo, dificuldades de provimento de cargos, tipos de contrato existentes, formação, disponibilidade de cursos para treinamento, etc) no atendimento hospitalar. Ao final deste item, a equipe deve ser capaz de, em juízo preliminar, identificar e avaliar os principais riscos que o modelo de gestão de pessoas e a estrutura de pessoal pode trazer à eficiência hospitalar, na visão dos gestores entrevistados, e quais os macroprocessos afetados.
51. Gestão do material e do patrimônio – a equipe deve ser capaz de, em juízo preliminar, identificar e avaliar os principais riscos que a gestão de materiais, de insumos e da estrutura física (inclusive máquinas e equipamentos) pode trazer à eficiência hospitalar e quais os macroprocessos afetados.

### Dimensão CONTROLE

52. Ainda estamos em busca de uma ferramenta mais adequada à realidade hospitalar para levantar informações sobre o ambiente de controle da unidade. No entanto, o Questionário de Avaliação de Controles Internos – QACI (nível entidade) pode ser uma referência para extrair algumas questões a serem abordadas sobre esse aspecto.

#### Entrevistas e visitas específicas

53. O planejamento e a execução dessa etapa têm como base a necessidade de **sanear as lacunas** de informações para a seleção das áreas a serem avaliadas com maior profundidade. Portanto, devem ser procedimentos mais objetivamente direcionados.
54. É importante que as áreas selecionadas **sejam aquelas relacionadas com a entrega de valor para o paciente**, ou seja, estejam situadas na produção e na entrega de serviços para o usuário.
55. Isso não significa que as áreas investigadas estejam relacionadas apenas à atividade fim, pois pode haver situações em que problemas relevantes estejam ocorrendo na área-meio que impactam de forma importante na entrega de valor para o paciente (por exemplo, problemas na aquisição de insumos ou incentivos inadequados para produção de serviços, entre outros). No entanto, o **foco deve ser na repercussão que isso traz para o paciente**.

#### Mapeamento dos processos críticos

56. Em algumas ocasiões, pode ser necessário **compreender mais detalhadamente** algumas áreas sensíveis para o atingimento do objetivo do hospital.
57. Para isso, o mapeamento dos processos críticos dessas áreas pode ajudar a equipe de auditoria a **constatar com maior precisão os riscos e/ou oportunidades** a elas relacionadas.
58. No site **eficienciaensaude.org**, na área de ferramentas de apoio para auditoria, a equipe poderá encontrar o tutorial desta técnica de diagnóstico ou, ainda, clicando diretamente **aqui**.

## APÊNDICE 2 – MODELO PARA INVENTARIAR RISCOS

Descrição do evento de risco			Avaliação do Riscos Inerente			Controles identificados	Avaliação das repostas aos riscos	
Causas	Evento	Consequências	Probabilidade de o evento ocorrer (P)	Impacto nos objetivos (I)	Nível de Risco Inerente (RI) = $P \times I$		Risco de Controle (RC)	Nível de Risco Residual = $RI \times RC$

**Por exemplo:**

Descrição do evento de risco			Avaliação do Riscos Inerente			Controles identificados	Avaliação das repostas aos riscos	
Causas	Evento	Consequências	Probabilidade de o evento ocorrer (P)	Impacto nos objetivos (I)	Nível de Risco Inerente (RI) = $P \times I$		Risco de Controle (RC)	Nível de Risco Residual = $RI \times RC \times 100$
Inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda	Indisponibilidade de leitos de internação para atender à demanda do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência	Lotação das Urgências e Emergências	0,8 Alta	1 Muito alto	0,8	Não foi identificada nenhuma medida proposta para tratar a inexistência de leitos de enfermaria de retaguarda	1,0 Muito alto	80% Muito alto

### GLOSSÁRIO – Consolidação do inventário de riscos

**01) Risco - possibilidade** de um evento ocorrer (ou não ocorrer) e afetar adversamente a realização dos objetivos do objeto ou entidade fiscalizada (COSO, 2004). Os riscos são mapeados em razão do escopo e dos objetivos da auditoria, e devem ser agrupados para a formulação de Questões de Auditoria. Caso os riscos sejam efetivamente identificados durante a etapa de execução dos trabalhos, passarão a ser Achados de Auditoria. Para fins de padronização, sugere-se a utilização da sintaxe do risco.

**02) Causa (do risco)** - é a fonte da vulnerabilidade encontrada, a razão pela qual o evento poderá ocorrer. As causas são o somatório de fontes de problemas e vulnerabilidades nos objetos analisados. Em geral, estão relacionadas a pessoas mal treinadas ou mal-intencionadas, processos de trabalho mal desenhados ou executados e/ou produtos que não atendem às necessidades para os quais foram criados.

**03) Evento (do risco)** - é a descrição da situação que poderá ocorrer em razão de uma ou mais causas mapeadas, incluindo o(s) critério(s) contrariado(s). Durante a etapa de execução, o evento devidamente identificado em um achado de auditoria passa a se chamar Situação Encontrada (S.E.) ou Condição.

**04) Consequências** - são os efeitos e o s impactos. Efeito (dos riscos) - é a consequência, o resultado adverso que poderá ocorrer em virtude da discrepância entre o evento e o critério adotado, e que pode prejudicar os

objetivos estratégicos, táticos ou operacionais da instituição. Impacto (dos riscos) - a possibilidade da discrepância entre o evento e o critério adotado comprometer os objetivos do órgão ou objeto auditado quanto ao preço, prazo, qualidade ou escopo dos bens e serviços ofertados à sociedade. Em alguns casos, não é possível distinguir claramente Efeitos e Impactos, podendo ser agrupados na redação.

**05) Risco inerente** - nível de risco antes da consideração de qualquer ação de mitigação.

**06) Avaliação do risco inerente** - verificar qual a probabilidade de o evento ocorrer e qual seu impacto nos objetivos (no caso em questão, nos objetivos de se prestar um serviço de qualidade ao paciente). Pode se usar a seguinte padronização:

Probabilidade		Descrição qualitativa
0,1	Muito baixa	A probabilidade de o evento ocorrer é improvável

0,2	Baixa	A probabilidade de o evento ocorrer é rara
0,5	Média	A probabilidade de o evento ocorrer é possível
0,8	Alta	A probabilidade de o evento ocorrer é provável
1,0	Muito alta	A probabilidade de o evento ocorrer é praticamente certa

Impacto		Descrição qualitativa
0,1	Muito baixa	O risco, se materializado, tem impacto muito baixo em relação aos objetivos
0,2	Baixa	O risco, se materializado, tem impacto baixo em relação aos objetivos
0,5	Média	O risco, se materializado, tem impacto de dimensão média em relação aos objetivos
0,8	Alta	O risco, se materializado, tem impacto alto em relação aos objetivos
1,0	Muito alta	O risco, se materializado, tem impacto muito alto em relação aos objetivos

**07) Controle identificados** – ações adotadas para tratar as causas de ocorrência dos riscos, tais ações podem, se eficazes, ser consideradas boas práticas a serem replicadas.

**08) Avaliação das respostas aos riscos** - verificação do nível de eficácia das medidas implementadas para tratar as causas dos riscos. Pode-se usar a seguinte padronização:

Avaliação das respostas aos riscos	Descrição	Risco de Controle (RC)
Inexistente	Os controles internos são inexistentes, foram mal projetados ou foram mal implementados	Muito Alto 1,0
Fraco	Os controles internos têm abordagens ad hoc, que tendem a ser aplicados caso a caso. A responsabilidade é individual, havendo elevado grau de confiança no conhecimento das pessoas.	Alto 0,8
Mediano	Os controles internos estão sendo implementados e mitigam alguns aspectos dos riscos, mas não apropriadamente, seja por não contemplarem todos os aspectos relevantes dos riscos, seja por serem ineficientes em seu desenho técnico ou como decorrência das ferramentas utilizadas.	Médio 0,6
Satisfatório	Os controles internos estão sendo implementados e mitigam os riscos apropriadamente. São sustentados por ferramentas adequadas, embora haja espaço para aperfeiçoamentos.	Baixo 0,4

Forte	Os controles internos estão implementados e mitigam o risco em todos os aspectos relevantes, podendo ser considerado como exemplo de “melhores práticas”.	Muito baixo 0,2
-------	---	--------------------

**9) Risco de controle** – possibilidade de os controles instituídos para tratamento dos riscos não serem eficazes, ou seja, o risco de não existir controles eficazes para dar tratamento às possíveis causas do risco inerente.

**10) Nível de risco residual** - nível de risco depois da consideração das ações adotadas pela gestão para reduzir o risco inerente. Pode-se considerar a seguinte padronização:

Nível de Risco Residual (RI x RC x 100%)	
Muito Alto	A partir de 61%
Alto	De 40 a 60%
Médio	De 20 a 39%
Baixo	De 11 a 19%
Muito Baixo	Até 10 %

## APÊNDICE 3 – MODELO DE MATRIZ DE PLANEJAMENTO

**OBJETO ou ÓRGÃO/ENTIDADE:** Declarar o objeto fiscalizado, ou o nome do principal órgão/entidade fiscalizado (mencionar o período).

**PROBLEMA:** É a contextualização resumida do objeto fiscalizado (visão geral), descrevendo eventuais dificuldades a ele relacionadas, e/ou informações relevantes que justifiquem a realização do trabalho pelo TC. O problema não deve ser escrito de forma a inferir, de antemão, a existência de irregularidade.

**QUESTÃO FUNDAMENTAL:** É um questionamento sintético, através do qual se resume o que o trabalho visa responder. Uma única pergunta que deve considerar toda a contextualização feita no problema, que diz respeito ao objeto, sua justificativa e eventuais dificuldades a que ele estaria sujeito. Ou seja, é o resumo do objeto, do problema e dos objetivos, redigido na forma interrogativa. Da mesma forma que o problema, não deve ser redigida de forma a inferir a existência de irregularidade.

**OBJETIVO (S):** Uma ou mais ações que descrevem o que o trabalho pretende entregar como produtos, o que o trabalho pretende alcançar. Cada objetivo deve ser redigido de forma a responder à pergunta “Para que este trabalho está sendo feito?”. Deve ser redigido de forma declarativa, iniciando com um verbo de ação (avaliar, verificar, propor, construir, mapear, etc). Especificar os objetivos com clareza no planejamento auxilia na delimitação do escopo do que se pretende realizar durante a fiscalização, pois todas as etapas do trabalho realizado devem estar compatíveis com algum ou alguns dos objetivos.

**CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DOS TRABALHOS:** Início em XX/XX/20XX, com encerramento previsto para XX/XX/20XX, totalizando X dias úteis.

<b><u>EQUIPE:</u></b> (NOME / CARGO / MATRÍCULA)	<b><u>CHEFE IMEDIATO / SUPERVISOR:</u></b> (NOME / CARGO / MATRÍCULA)
NOME / Auditor de Controle Externo / Matr. 00.000-0	
<b>QUESTÃO DE AUDITORIA 01 (QST-01):</b> <b>Processo de trabalho</b> + Local [Quem?] + Tempo + Verbo + <b>Critério Geral de Comparação?</b> A Matriz de Planejamento será normalmente composta por mais de uma tabela. Cada tabela tratará de <b>uma única</b> Questão de Auditoria, que visa esclarecer algum ou alguns dos Objetivos citados acima. Essa Questão de Auditoria será elaborada a partir de um ou mais Riscos agrupados. Assim, Objetivos levam ao levantamento dos Riscos, Riscos são agrupados em Questões, e cada Questão irá resultar em uma tabela como esta.	
<b>RISCOS MAPEADOS</b> (Código sequencial para cada risco do relatório: RIS-01, RIS-02, ..., RIS-XX) RIS-01) <b>Devido a</b> [CAUSA, fonte da vulnerabilidade encontrada], <b>poderá ocorrer</b> [EVENTO, incluindo critério(s) contrariado(s)], <b>o que poderá levar a</b> [EFEITOS, consequência negativa do evento em desconformidade com o critério adotado, que prejudica os objetivos estratégicos, táticos ou operacionais da instituição], <b>e impactar em</b> [IMPACTOS, comprometimento do objetivo da organização quanto ao preço, prazo, qualidade ou escopo]. RIS-02) <b>Devido a</b> [CAUSA], <b>poderá ocorrer</b> [EVENTO], <b>o que poderá levar a</b> [EFEITOS], <b>e impactar em</b> [IMPACTOS]. ... RIS-XX) <b>Devido a</b> [CAUSA], <b>poderá ocorrer</b> [EVENTO], <b>o que poderá levar a</b> [EFEITOS], <b>e impactar em</b> [IMPACTOS].	

EQUIPE: (NOME / CARGO / MATRÍCULA)			CHEFE IMEDIATO / SUPERVISOR: (NOME / CARGO / MATRÍCULA)		
INFORMAÇÕES REQUERIDAS	FONTES DE INFORMAÇÃO	CRITÉRIOS	DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS	POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS	POSSÍVEIS ACHADOS
<p><b>5º A SER PREENCHIDO</b></p> <p>“O que você pretende obter com os procedimentos detalhados?”</p> <p>Listagem dos itens que descrevem sucintamente o que se deseja conseguir com os procedimentos que foram mencionados na coluna “Detalhamento dos Procedimentos”.</p> <p>Identificar, pontualmente, as informações necessárias para responder à questão de auditoria.</p> <p>Não devem ser descritas como questionamentos ou como solicitações.</p>	<p><b>6º A SER PREENCHIDO</b></p> <p>“Onde eu encontro o que eu preciso?”</p> <p>Descrição das fontes em que se pretende obter tudo o que foi mencionado na coluna “Informações Requeridas”.</p> <p>Cada fonte apresentada deve estar associada a pelo menos uma das “Informações Requeridas”.</p> <p>Dependendo da fonte, poderão ser empregadas técnicas diferentes (coluna “Possíveis Evidências”).</p>	<p><b>3º A SER PREENCHIDO</b></p> <p>“Qual o padrão utilizado para avaliar o objeto?”</p> <p>As referências e parâmetros usados para avaliar o objeto. Cada auditoria deve ter critérios adequados às circunstâncias daquela auditoria. Podem ser específicos ou mais gerais, e podem ser extraídos de várias fontes, incluindo leis, regulamentos, padrões, princípios sólidos e boas práticas.</p>	<p><b>4º A SER PREENCHIDO</b></p> <p>“O que eu vou fazer para comprovar se o risco ocorre?”</p> <p>Descrição do caminho a ser percorrido para se chegar às “Possíveis Evidências”. Deve ser elaborado à luz dos critérios que foram elencados na coluna “Critérios”.</p> <p>Construir uma sintaxe tentando registrar: Técnica, com quem, onde, como, por quê, para quê.</p> <p>É o campo mais extenso e detalhado da Matriz.</p>	<p><b>2º A SER PREENCHIDO</b></p> <p>“O que eu vou juntar/anexar ao processo?”</p> <p>Documentos que poderão ser utilizados para comprovar os achados descritos na coluna “Possíveis Achados”</p> <p>Em outras palavras, os arquivos que iremos fazer <i>upload</i> como anexos ou apêndices ao relatório.</p> <p>Relatórios de inspeção; de observação direta; de revisão analítica; documentos; extratos de entrevistas; entre vários outros.</p>	<p><b>1º A SER PREENCHIDO</b></p> <p>“O que eu posso comprovar com os trabalhos?” O que a análise me permitirá dizer?</p> <p>É a constatação de que um dos Riscos, ou algum de seus componentes (Causa, Evento, Efeitos, Impactos), ocorre.</p> <p>Será redigido de forma substantiva, pois corresponde a uma conclusão sobre o Risco ou seus componentes.</p> <p>As demais colunas desta linha descrevem o que precisa ser feito para comprovar se o que está escrito em “Possíveis achados” ocorre de fato.</p>
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	Possível Achado nº 2

QUESTÃO DE AUDITORIA 02 (QST-02):					
RISCOS MAPEADOS					
RIS-03)					
INFORMAÇÕES REQUERIDAS	FONTES DE INFORMAÇÃO	CRITÉRIOS	DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS	POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS	POSSÍVEIS ACHADOS
(5º)	(6º)	(3º)	(4º)	(2º)	(1º)

## GLOSSÁRIO – Matriz de Planejamento

**01) Auditoria do Setor Público** - um processo sistemático de obter e avaliar objetivamente evidências para determinar se as informações ou as condições reais de um objeto estão de acordo com critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 18). De forma didática, é dividida em *Financeira, Operacional e de Conformidade* (ISSAI 100, Item 22). Tem como etapas, em ordem: Planejamento, Execução, Relatório e Monitoramento (sendo o Monitoramento posterior ao Acórdão).

**02) Matriz de planejamento** - papel de trabalho que organiza e sistematiza o planejamento do trabalho e documenta o programa de auditoria, discriminando, entre outros itens, os objetivos e as questões de auditoria formuladas para alcançá-los (NAT, 94, 96-97). É um quadro resumo das informações relevantes do planejamento de uma auditoria. É elaborada na etapa de planejamento e contém todos os elementos-chave do que se pretende realizar durante a etapa de execução, podendo ser revisada durante a execução.

**03) Objeto de auditoria** - refere-se à informação, condição ou atividade que é mensurada ou avaliada de acordo com certos critérios (ISSAI 100, Item 26). Pode ser um programa, uma atividade, um processo, um sistema, uma entidade ou um órgão sujeito a fiscalização. Deve ser *identificável* (limitado no tempo e no espaço), *avaliável* (possuir critério claro para ser comparado) e *evidenciável* (pode ser investigado).

**04) Problema de auditoria** - é a contextualização resumida da visão geral do objeto fiscalizado, descrevendo eventuais dificuldades a ele relacionadas, e/ou informações relevantes que justifiquem a realização do trabalho pelo TC. Não deve ser redigido de forma a inferir a existência de irregularidade.

**05) Questão fundamental de auditoria** - corresponde ao problema de auditoria, condensado em uma pergunta, ou seja, escrito de forma interrogativa. Todo o trabalho realizado visa, em maior ou menor grau, responder este questionamento. Ou seja, é o resumo do objeto, do problema e dos objetivos, redigido na forma interrogativa. Não deve ser redigido de forma a inferir a existência de irregularidade.

**06) Objetivo de auditoria** - uma ou mais ações que descrevem o que o trabalho pretende entregar como produtos, o que a auditoria pretende alcançar (ISSAI 100, Item 48). Deve ser apresentado sob forma declarativa,

iniciando com um verbo de ação, e não sob a forma de um questionamento. Pode haver mais de um objetivo.

**07) Risco - possibilidade** de um evento ocorrer (ou não ocorrer) e afetar adversamente a realização dos objetivos do objeto ou entidade fiscalizada (COSO, 2004). Os riscos são mapeados em razão do escopo e dos objetivos da auditoria, e devem ser agrupados para a formulação de Questões de Auditoria. Caso os riscos sejam efetivamente identificados durante a etapa de execução dos trabalhos, passarão a ser Achados de Auditoria. Para fins de padronização, sugere-se a utilização da sintaxe do risco.

**08) Sintaxe do risco** - estrutura de redação padronizada utilizada a fim de se redigir um risco identificado de forma lógica e compreensível, evidenciando todos os seus atributos essenciais. Para fins de padronização, sugerimos a utilização da seguinte estrutura: “**Devido a [CAUSA], poderá ocorrer [EVENTO], o que poderá levar a [EFEITOS], e impactar em [IMPACTOS]**”.

**09) Achado de auditoria** - qualquer fato significativo identificado durante a etapa de execução, e digno de relato pelo auditor, constituído por quatro atributos essenciais: *situação encontrada* (o que ocorreu/está ocorrendo), *critério* (o que deveria ser, norma), *causa* (razão do desvio em relação ao critério) e *efeitos/impactos* (consequência da situação encontrada). Com exceção do critério, cada um dos atributos do achado deverá possuir evidências próprias. Os riscos mapeados no planejamento passarão a ser achados de auditoria caso sejam identificados na etapa de execução.

**10) Causa (do risco)** - é a fonte da vulnerabilidade encontrada, a razão pela qual o evento poderá ocorrer. As causas são o somatório de fontes de problemas e vulnerabilidades nos objetos analisados. Em geral, estão relacionadas a pessoas mal treinadas ou mal-intencionadas, processos de trabalho mal desenhados ou executados e/ou produtos que não atendem às necessidades para os quais foram criados.

**11) Evento (do risco)** - é a descrição da situação que poderá ocorrer em razão de uma ou mais causas mapeadas, incluindo o(s) critério(s) contrariado(s). Durante a etapa de execução, o evento devidamente identificado em um achado de auditoria passa a se chamar Situação Encontrada (S.E.) ou Condição.

**12) Critérios** - são as referências, os parâmetros usados para avaliar o objeto. Cada auditoria deve ter critérios adequados às circunstâncias daquela auditoria. Podem ser específicos ou mais gerais, e podem ser extraídos de várias fontes, incluindo leis, regulamentos, jurisprudência, padrões, princípios sólidos e boas práticas. (ISSAI 100, Item 27).

**13) Efeito (dos riscos)** - é a consequência, o resultado adverso que poderá ocorrer em virtude da discrepância entre o evento e o critério adotado, e que pode prejudicar os objetivos estratégicos, táticos ou operacionais da instituição.

**14) Impacto (dos riscos)** - a possibilidade da discrepância entre o evento e o critério adotado comprometer os objetivos do órgão ou objeto auditado quanto ao preço, prazo, qualidade ou escopo dos bens e serviços ofertados à sociedade. Em alguns casos, não é possível distinguir claramente Efeitos e Impactos, podendo ser agrupados na redação.

**15) Questão de auditoria** - compilação de um ou mais riscos mapeados, na forma interrogativa. Sempre visa esclarecer algum(ns) dos objetivos listados. Para que seja compreendida de forma mais prática, recomenda-se que contenha o **processo de trabalho envolvido**, o **espaço analisado** (**departamento, estado, cidade, órgão, instituição, etc.**), o **período analisado**, verbo de ação e o **critério geral de comparação** (**normas**).

**16) Evidência** - é qualquer informação utilizada pelo auditor para comprovar que o objeto está ou não em conformidade com os critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 49). Serão fisicamente utilizadas para evidenciar o achado de auditoria, podendo ser, por exemplo: depoimentos, documentos, registros, extratos de observação, de inspeção, etc. As evidências devem ser dotadas de *relevância* (estar relacionada de forma clara e lógica aos critérios e objetivos da auditoria), *suficiência* (permitir a uma conclusão lógica completa de sua ocorrência, podendo ser verificada por outros), *validade e conformidade* (relacionadas a sua veracidade e confiabilidade da fonte da qual foi obtida).

## APÊNDICE 4 – MODELO DE MATRIZ DE ACHADOS (negativos e positivos)

[Número do processo]

AUDITORIA (TÍTULO DA AUDITORIA)

**Objeto:**

**Objetivo do objeto:**

**Problema de auditoria:**

**Objetivo da auditoria:**

### Matriz de Achados

ACHADO DE AUDITORIA – ACH-01

**Devido ao** [causas do achado – razão pela qual a situação ocorreu], **ocorreu** [situação encontrada, incluindo critério contrariado], **o que levou** [efeitos diretos – consequência da situação em desconformidade com o critério], **impactando** [efeitos indiretos – impacto no objetivo do hospital/nos pacientes/na sociedade/no erário].

SITUAÇÃO ENCONTADA	EFEITOS	CAUSAS	ENCAMINHAMENTOS	BENEFÍCIOS
<i>Crerios da situação encontrada.</i>	<i>Crerios dos efeitos</i>	<i>Crerios das causas</i>		
<i>[relação de evidências]</i>	<i>[relação de evidências]</i>	<i>[relação de evidências]</i>		

[Instituição], [dia] de [mês] de [ano].

[NOME COMPLETO]

[Cargo]

[Matrícula XXXXX]

**Orientações de preenchimento**

**OBJETO ou ÓRGÃO/ENTIDADE:** Declarar o objeto auditado, ou o nome do principal órgão/entidade auditado (mencionar o período).

**OBJETIVO(S):** Uma ou mais ações que descrevem o que o trabalho pretende entregar como produtos, ou o que o trabalho pretende evidenciar. “Para que este trabalho está sendo feito?”

**ACHADO DE AUDITORIA – ACH-01** (Código sequencial para cada achado do relatório: ACH-01, ACH-02, ACH-03...)  
 ACH-01) **Devido a** [CAUSA, fonte da vulnerabilidade encontrada], **ocorreu** [SITUAÇÃO ENCONTRADA, incluindo critério(s) contrariado(s)], **o que levou a** [EFEITOS, consequência da situação em desconformidade com o critério adotado], **impactando** [comprometimento do objetivo da organização/dano econômico/dano social].

**Categorização:**  
**Unidade Hospitalar:** Hospital X  
**Área afetada:** Operacional  
**Macroprocesso afetado:** Internação

SITUAÇÃO ENCONTRADA	EFEITOS	CAUSAS	ENCAMINHAMENTO	BENEFÍCIOS
<p><b>OCORREU [...]</b>                      Descrição resumida da situação existente, identificada, inclusive com o período de ocorrência, e documentada durante a fase de execução da auditoria, descrevendo em que ela contraria o critério.</p> <p><u>Redação da Situação Encontrada (S.E) deve responder às seguintes perguntas:</u></p> <p>a) O que ocorreu?                      b) O que evidencia que ocorreu?                      c) Diverge do critério? Por quê?</p> <p><b>Critérios da S.E.</b></p> <p><b>Evidências da S.E.</b></p>	<p><b>O QUE LEVOU A [...], IMPACTANDO [...]</b>                      Descrever porque os eventos descritos na S.E. são indesejados, identificando também o objetivo não atingido, e a dimensão do objetivo impactado (preço, produto, qualidade e prazo).</p> <p>Efeito real é algo que aconteceu, um evento concreto, enquanto que o efeito potencial é ainda uma possibilidade.</p> <p><u>Redação dos Efeitos deve responder às seguintes perguntas:</u></p> <p>a) Por que a S.E. é ruim?                      b) Que objetivos ligados ao processo de trabalho avaliado foram impactados negativamente? c) Sob que aspecto (preço, produto, qualidade, prazo, beneficiou pessoas que não deveria, deixou de beneficiar pessoas que deveria)?</p> <p><b>Critérios dos Efeitos</b>  <b>Evidências dos Efeitos</b></p>	<p><b>DEVIDO A [...]</b>                      Descrição do motivo que leva à ocorrência da S.E. Por que ela ocorre? Por que ocorre nesta intensidade?</p> <p>Relacionada a pessoas, processos e/ou produtos, conforme vulnerabilidades constatadas no planejamento.</p> <p>Caso se refira a <b>pessoas</b>, imprescindível elaborar <b>Matriz de Responsabilização</b>.</p> <p>As deliberações conterão medidas consideradas necessárias para sanear as causas do desempenho insuficiente.</p> <p><u>Redação das Causas deve responder às seguintes perguntas:</u></p> <p>a) Por que a S.E. ocorreu?                      b) Quais as pessoas, processos e/ou produtos que falharam?                      c) Qual foi a falha de cada um?</p> <p><b>Critérios das Causas</b>  <b>Evidências das Causas</b></p>	<p>Determinações elaboradas de forma a tratar a origem dos problemas diagnosticados.</p> <p>Sugere-se também a responsabilização dos gestores (devidamente identificados), a aplicação de multa, a condenação em débito, a aplicação de uma sanção de inidoneidade a uma empresa licitante, a realização de verificação do cumprimento das deliberações, a fixação de prazo para cumprimento das deliberações e/ou para elaboração e remessa de plano de ação, entre outras medidas, conforme o caso.</p> <p><u>Redação do Encaminhamento deve responder às seguintes perguntas:</u></p> <p>a) Como eliminar/mitigar a causa?                      b) Como diminuir seus efeitos?                      c) Como aplicar as Boas Práticas à S.E.?</p>	<p>Mencionar o que gestores, responsáveis e beneficiários têm a ganhar com a implementação das propostas de encaminhamento, como, por exemplo, formas de diminuir o prejuízo, de aumentar a qualidade do produto, simplificar e aperfeiçoar o processo, etc.</p> <p>É importante mensurar benefícios porque:</p> <p>a) demonstram a relevância dos resultados obtidos;                      b) motivam o gestor a implementar as recomendações e determinações;                      c) divulgam o impacto potencial da auditoria.</p> <p><u>Redação dos Benefícios deve responder às seguintes perguntas:</u></p> <p>a) O que o responsável e/ou sociedade e/ou beneficiários diretos ganham se implementarem o encaminhamento?                      b) Que valor a auditoria irá agregar ao objeto?</p>

## **GLOSSÁRIO – Matriz de Achados**

**01) Auditoria do Setor Público** - um processo sistemático de obter e avaliar objetivamente evidências para determinar se as informações ou as condições reais de um objeto estão de acordo com critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 18). De forma didática, é dividida em *Financeira, Operacional e de Conformidade* (ISSAI 100, Item 22).

**02) Objeto de auditoria** - Refere-se à informação, condição ou atividade que é mensurada ou avaliada de acordo com certos critérios (ISSAI 100, Item 26). Pode ser um programa, uma atividade, um processo, um sistema, uma entidade ou um órgão sujeito a fiscalização. Deve ser *identificável* (limitado no tempo e no espaço), *avaliável* (possuir critério claro para ser comparado) e *evidenciável* (pode ser investigado).

**03) Achado de auditoria** - qualquer fato significativo, digno de relato pelo auditor, constituído por quatro atributos essenciais: *situação encontrada* (ou condição, o que é), *critério* (o que deveria ser), *causa* (razão do desvio em relação ao critério) e *efeitos/impactos* (consequência da situação encontrada). Com exceção do critério, cada um destes atributos deverá possuir as próprias evidências.

**04) Situação encontrada (S.E.)** – é a condição (o que é: o que ocorreu/está ocorrendo) a descrição da situação existente e documentada durante os trabalhos de campo devidamente apoiada por evidências de auditoria (NAT, 103, I). Consiste no relato do fato em si, ou seja, do ato ou fato administrativo que deu ensejo à sua caracterização como achado de auditoria. Deve contemplar o período de ocorrência.

**05) Critérios** - são as referências, os parâmetros usados para avaliar o objeto. Cada auditoria deve ter critérios adequados às circunstâncias daquela auditoria. Podem ser específicos ou mais gerais, e podem ser extraídos de várias fontes, incluindo leis, regulamentos, padrões, princípios sólidos e boas práticas. (ISSAI 100, Item 27).

**06) Causa** – é a razão pela qual a condição ocorreu. As causas são o somatório de fontes de problemas e vulnerabilidades nos objetos analisados e que foram devidamente evidenciados. Em geral, estão relacionadas a pessoas mal-intencionadas ou treinadas, processos de trabalho mal desenhados ou executados e/ou produtos que não atendem às necessidades para os quais foram criados. Importante mencionar que, quando as causas são pessoas, deve-se atribuir responsabilidade, mediante Matriz de Responsabilização.

**07) Efeito** - é o resultado adverso da discrepância entre a situação encontrada e o critério. Se há um achado, necessariamente há um efeito, uma consequência para o órgão, o erário ou a sociedade, dele resultante. Efeito real é algo que aconteceu, um efeito concreto, enquanto que o efeito potencial é uma possibilidade.

**08) Impacto** - a consequência da discrepância entre a S.E. e o critério, a qual interfere nos objetivos do órgão ou objeto auditado quanto ao preço, prazo, qualidade ou escopo dos bens e serviços ofertados à sociedade. Em

alguns casos, não é possível distinguir claramente Efeitos e Impactos, podendo ser agrupados na redação.

**09) Sintaxe do achado** – estrutura de redação padronizada utilizada a fim de se redigir um achado de auditoria de forma lógica e compreensível, evidenciando todos os seus atributos essenciais. Decorre da *Sintaxe do Risco* elaborada na Matriz de Planejamento. Para fins de padronização, sugerimos a utilização da seguinte estrutura: “**Devido a** [CAUSA], **ocorreu** [SITUAÇÃO ENCONTRADA, incluindo critério(s) contrariado(s)], **o que levou a** [EFEITOS], **impactando** [comprometimento do objetivo da organização/dano econômico/dano social].”

**10) Matriz de achados** – é o documento que estrutura o desenvolvimento dos achados e permite reunir, de forma estruturada, os principais elementos que constituirão os capítulos centrais do relatório de auditoria. A matriz propicia compreensão homogênea dos achados e seus elementos constitutivos pelos integrantes da equipe de auditoria e demais interessados. Seu preenchimento deve ser iniciado durante os trabalhos de campo, à medida que os achados são constatados.

**11) Evidência** – é qualquer informação utilizada pelo auditor para comprovar que o objeto está ou não em conformidade com os critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 49). Serão fisicamente utilizadas para evidenciar o achado de auditoria, podendo ser, por exemplo: depoimentos, documentos, registros, extratos de observação, de inspeção, etc. As evidências devem ser dotadas de *relevância* (estar relacionada de forma clara e lógica aos critérios e objetivos da auditoria), *suficiência* (permitir a uma conclusão lógica completa de sua ocorrência, podendo ser verificada por outros), *validade e conformidade* (relacionadas a sua veracidade e confiabilidade da fonte da qual foi obtida). Em outras palavras, são a base das conclusões dos relatórios de auditoria. Importante mencionar que devem ser pensadas evidências para comprovar cada elemento do achado (causa, situação encontrada com a diferença para o critério, e efeito com seu impacto no objetivo do objeto).

**12) Boas práticas ou achados positivos** – são modelos que podem servir de sugestão e inspiração ao gestor com vistas à mitigação ou mesmo eliminação da causa do achado. Não corresponde ao simples cumprimento do dever legal, mas sim a soluções criativas, inovadoras e efetivas, que agregam valor ao mundo administrativo. Práticas relevantes, que tenham capacidade de mudar uma situação, de melhorar um procedimento, um resultado. Para que tenha validade como achado positivo, é imprescindível que possa ser registrado como proposta de encaminhamento.

**13) Propostas de encaminhamento** – são as recomendações e determinações sugeridas pela equipe de auditoria para corrigir as impropriedades e irregularidades identificadas, recompor o erário ou divulgar boas práticas. Nas propostas de encaminhamento, sugere-se também a responsabilização dos gestores, a aplicação de multa, a condenação em débito, a aplicação de uma sanção de inidoneidade a uma empresa licitante, a realização de verificação do cumprimento das deliberações, a fixação de prazo

para cumprimento das deliberações e/ou para elaboração e remessa de plano de ação, entre outras medidas a ser verificadas conforme o caso.

**14) Benefícios** – estimativa das vantagens advindas do trabalho de auditoria. São os débitos, multas, economias, ganhos ou melhorias decorrentes da atuação do Tribunal, sendo a materialização da eliminação dos efeitos negativos decorrentes da implementação das medidas propostas. É importante mensurar benefícios porque demonstram a relevância dos resultados obtidos, motivam o gestor a implementar as recomendações e determinações, e divulgam o impacto potencial da auditoria.

**15) Responsabilização** – o ato de se atribuir responsabilidade a pessoa, ou pessoas, que contribuíram com causa de ocorrência do achado de auditoria. A responsabilidade dos agentes é subjetiva, o que significa que, para sua caracterização, devem estar presentes os seguintes elementos: *ação ou omissão, nexo causal e culpa em sentido amplo*. Nos casos em que for necessária a apuração de responsabilidade dos agentes envolvidos, deverá ser construída Matriz de Responsabilização, a ser analisada em modelo próprio.

### **MAIORES INFORMAÇÕES:**

**A)** ISSAI 3000, ISSAI 4000

**B)** Padrões de Auditoria de Conformidade (TCU) – Portaria SEGECEX nº 26, de 19 de outubro de 2009;

**C)** Orientações de Auditoria de Conformidade (TCU) – Portaria Adplan nº 1, de 25 de Janeiro de 2010;

**D)** Glossário de Termos do Controle Externo (TCU) – Portaria SEGECEX nº 27, de 24 de Outubro de 2017.

**E)** Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP) – Níveis 1 e 2;

**F)** Resolução TCU 265/2014 – Expedição e Monitoramento de Deliberações

**G)** Orientações em vídeo sobre Auditorias – Portal do TCU: <https://portal.tcu.gov.br/fiscalizacao-e-controle/auditoria>

## APÊNDICE 5 – MODELO DE MATRIZ DE RESPONSABILIZAÇÃO

[Número do processo]

AUDITORIA (TÍTULO DA AUDITORIA)

**Objeto:**

**Objetivo do objeto:**

**Problema de auditoria:**

**Objetivo da auditoria:**

Matriz de Responsabilização				
IRREGULARIDADE	RESPONSÁVEL	CONDUTA	NEXO DE CAUSALIDADE	CULPABILIDADE

[Instituição], [dia] de [mês] de [ano].

[NOME COMPLETO]

[Cargo]

[Matrícula XXXXX]

## Orientações de preenchimento

**OBJETO ou ÓRGÃO/ENTIDADE:** Declarar o objeto auditado, ou o nome do principal órgão/entidade auditado.

**OBJETIVO(S):** Uma ou mais ações que descrevem o que o trabalho pretende entregar como produtos, ou o que o trabalho pretende evidenciar. “Para que este trabalho está sendo feito?”

IRREGULARIDADE	RESPONSÁVEL	CONDUTA	NEXO DE CAUSALIDADE	CULPABILIDADE
<p><b><u>Código do Achado de Auditoria – ACH-01</u></b></p> <p>Descrição sucinta e objetiva da irregularidade praticada. Cada irregularidade corresponde a uma nova linha da Matriz. A redação da irregularidade será composta por:</p> <p><b>a) Fato Irregular, b) Objeto, c) Período de ocorrência, d) Evidência, e e) Dispositivos violados.</b> (distinção de cores utilizada para fins didáticos nos exemplos).</p> <p><b>a) Fato Irregular:</b> O que foi feito de errado? Deve ser escrito de forma <u>substantiva</u> (ex: pagamento indevido, não comprovação, aquisição irregular, etc.).</p> <p><b>b) Objeto:</b> Em que foi encontrado o erro? Descrever, por ex., número, ano, descrição e assunto do item em questão.</p> <p><b>c) Período de ocorrência:</b> Em que data?</p> <p><b>d) Evidência:</b> Que documentos você fará <i>upload</i> no relatório para comprovar a irregularidade? Informações detalhadas que evidenciam fato irregular.</p> <p><b>e) Dispositivos violados:</b> Quais normas foram violadas?</p> <p>Na redação da irregularidade, seus componentes não seguem uma ordem específica, com exceção dos <b>Dispositivos violados</b>, que deverão aparecer por último, destacados em parágrafo próprio.</p> <p>Somente poderão ser descritos mais de um responsável em uma mesma linha se a irregularidade praticada por ambos for <u>exatamente</u> a mesma (ex: membros de Comissão Perm. de Licitação cuja ação/omissão coincide). Caso a irregularidade (substantivo) seja diversa, é necessário incluir linha adicional.</p>	<p>Indicar nome e cargo/função, bem como número do CPF do responsável, se pessoa física, ou do CNPJ, se pessoa jurídica.</p> <p>Indicar sempre e para todos os responsáveis o período de exercício, atendo para eventuais períodos de férias ou licenças. Para Pessoas Jurídicas, considerar o período de ocorrência da Irregularidade.</p> <p>Observar sempre relacionando com os “Encaminhamentos” da Matriz de Achados.</p> <p>Condutas e resultados repetidos e idênticos de um mesmo responsável também podem ser agrupados em uma linha.</p> <p>Podem ser responsabilizadas equipes, indicando seus membros de forma individual.</p> <p>Aplica-se a matriz também aos responsáveis solidários, mas a Solidariedade entre eles não implica dizer que os responsáveis praticaram a mesma irregularidade.</p> <p>Detalhes quanto a Solidariedade no <b>Acórdão 4940/2016-TCU-Segunda Câmara</b> (Vide Glossário)</p>	<p>Identificar a ação corpórea ou a omissão praticada pelo responsável. Deverá ser devidamente caracterizada e individualizada.</p> <p>Não se confunde com a descrição do fato ocorrido, como ocorria na “Situação Encontrada” da Matriz de Achados.</p> <p>Poderá ser dolosa (intenção de produzir o resultado ou assunção do risco de produzi-lo) ou culposa (por negligência, imprudência ou imperícia). Considerar ainda a possibilidade de ser culpa <i>in vigilando</i> ou culpa <i>in elegendo</i>.</p> <p>Sempre utilizar verbos no infinitivo (ex: assinar, atestar, omitir-se no dever de, etc.).</p> <p>A redação da conduta será sempre a comparação entre dois verbos: <b>a) O ato praticado ou o ato que o responsável deixou de praticar, e b) A conduta correta que o responsável deveria adotar.</b></p> <p>Nos casos de ação, mencionar os documentos que comprovem a conduta adotada.</p>	<p>Evidenciar a relação de causa e efeito entre a conduta do responsável e o resultado ilícito. Sem nexos de causalidade claro, não é possível responsabilizar.</p> <p>Deve ser redigido conforme a seguinte estrutura: <b>[Conduta] + [Verbo de causalidade] + [Irregularidade resultante]</b>.</p> <p>Ex. de verbos de causalidade: causou, resultou, propiciou, possibilitou.</p> <p>Para facilitar a verificação da existência de culpa e o nexo de causalidade, sugere-se o seguinte exercício:</p> <p>a) Retirar do mundo a conduta do responsável e se perguntar: o resultado ainda teria ocorrido?</p> <p>b) Em caso positivo, o resultado teria ocorrido com a mesma gravidade?</p> <p>c) Em caso positivo, o responsável agiu com culpa ou dolo?</p> <p>Se a resposta das questões acima for sim, existe nexo.</p>	<p>Avaliar a reprovabilidade da conduta do agente, destacando situações atenuantes (ex: medidas corretivas ou reparatórias adotadas pelo responsável) ou agravantes (ex: existência de afirmações ou documentos falsos).</p> <p>O gestor tinha ou deveria ter consciência da ilicitude do ato que praticou? Houve boa-fé?</p> <p>Era razoável exigir do gestor conduta diversa daquela que ele adotou, consideradas as circunstâncias que o cercavam? Em caso afirmativo, qual seria a conduta desejável (do homem médio/gestor médio)?</p> <p><b>Sintaxe da culpabilidade:</b> “É razoável afirmar que o responsável tinha consciência da ilicitude de seu ato e que, consideradas as responsabilidades e as normas a que estava obrigado na condição de [CARGO], dele era exigível conduta diversa daquela que adotou, pois deveria [TER FEITO ISSO] em vez de [TER FEITO AQUILO].”</p> <p>Para pessoas jurídicas <b>não é aplicável a análise da reprovabilidade da conduta</b> (culpabilidade).</p>

## GLOSSÁRIO – Matriz de Responsabilização

**01) Auditoria do Setor Público** - Um processo sistemático de obter e avaliar objetivamente evidências para determinar se as informações ou as condições reais de um objeto estão de acordo com critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 18). De forma didática, é dividida em *Financeira*, *Operacional* e de *Conformidade* (ISSAI 100, Item 22).

**02) Objeto de auditoria** - Refere-se à informação, condição ou atividade que é mensurada ou avaliada de acordo com certos critérios (ISSAI 100, Item 26). Pode ser um programa, uma atividade, um processo, um sistema, uma entidade ou um órgão sujeito a fiscalização. Deve ser *identificável* (limitado no tempo e no espaço), *avaliável* (possuir critério claro para ser comparado) e *evidenciável* (pode ser investigado).

**03) Achado de auditoria** - Qualquer fato significativo, digno de relato pelo auditor, constituído por quatro atributos essenciais: *situação encontrada* (ou condição, o que é), *critério* (o que deveria ser), *causa* (razão do desvio em relação ao critério) e *efeitos/impactos* (consequência da situação encontrada). Com exceção do critério, cada um destes atributos deverá possuir as próprias evidências.

**04) Matriz de achados** - Documento que estrutura o desenvolvimento dos achados e permite reunir, de forma estruturada, os principais elementos que constituirão os capítulos centrais do relatório de auditoria.

**05) Evidência** - Qualquer informação utilizada pelo auditor para comprovar que o objeto está ou não em conformidade com os critérios aplicáveis (ISSAI 100, Item 49). Serão fisicamente utilizadas para evidenciar o achado de auditoria, podendo ser, por exemplo: depoimentos, documentos, registros, extratos de observação, de inspeção, etc. As evidências devem ser dotadas de *relevância* (estar relacionada de forma clara e lógica aos critérios e objetivos da auditoria), *suficiência* (permitir a uma conclusão lógica completa de sua ocorrência, podendo ser verificada por outros), *validade e conformidade* (relacionadas a sua veracidade e confiabilidade da fonte da qual foi obtida). Em outras palavras, são a base das conclusões dos relatórios de auditoria.

**06) Irregularidade** - Descrição sucinta da irregularidade praticada, não sendo o mesmo que “Achado de Auditoria”. A redação da irregularidade será composta por: **a) Fato Irregular**, **b) Objeto**, **c) Período de ocorrência**, **d) Evidência**, e **e) Dispositivos violados**. (cores utilizadas para fins didáticos nos exemplos).

**07) Responsável** - Pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária, bem como daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte dano ao erário (CF/88, Art. 70, parágrafo único).

**08) Responsabilização** – O ato de se atribuir responsabilidade a pessoa, ou pessoas (agentes), que contribuíram com causa de ocorrência do achado de auditoria.

**09) Responsabilidade** - Dever de arcar com as consequências de uma determinada conduta (ação ou omissão). Esta conduta poderá ser do próprio agente ou de outras pessoas. Nos processos junto aos Tribunais de Contas, sempre será utilizada a **responsabilidade subjetiva**, ou seja, para responsabilizar o agente, deverão estar presentes a *conduta*, o *nexo de causalidade*, e a *culpabilidade*.

**10) Conduta** - A ação corpórea ou a omissão praticada pelo responsável, da qual decorre dano efetivo ou potencial a bem juridicamente protegido (ex: patrimônio, vida, etc). Poderá ser dolosa ou culposa.

**11) Dolo** - A vontade/intenção de praticar ato prejudicial e/ou ilícito, causando, assim, a violação de direito. Intenção do agente que deseja o resultado ilícito ou assume o risco de o produzir.

**12) Culpa em sentido estrito** - Omissão da diligência e dos cuidados necessários, ou falta de cumprimento do dever jurídico de forma não intencional, de que resulta violação do direito. Decorre de *imperícia*, *imprudência* ou *negligência*.

**13) Culpa in vigilando** - Culpa atribuída ao agente nos casos em que se entende ter havido falta de atenção ou cuidado com o procedimento de outra pessoa que está sob sua guarda, fiscalização ou responsabilidade, resultando em dano.

**14) Culpa in elegendo** - Culpa atribuída ao agente nos casos em que se entende ter havido má escolha de seu representante ou preposto, resultando em dano.

**15) Nexos de causalidade** - Relação entre a conduta do agente e o resultado ilícito.

**16) Culpabilidade** - A reprovabilidade da conduta do agente (pessoa física), considerando eventuais situações agravantes ou atenuantes. **Não é possível a reprovabilidade de conduta de pessoa jurídica.**

**17) Solidariedade** - Relação jurídica que ocorre quando, para uma mesma obrigação, concorre mais de um credor, ou mais de um devedor, cada um com direito, ou obrigado, à dívida toda (art. 264, Código Civil). Pode ser Ativa, quando há múltiplos credores, Passiva, quando há múltiplos devedores, ou mesmo Ativa e Passiva simultaneamente. A responsabilidade solidária será apenas para eventuais ressarcimentos, **não sendo aplicável a multas.**

### **MAIORES INFORMAÇÕES:**

**A) Curso TCU:** <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/responsabilizacao-de-agentes-segundo-a-jurisprudencia-do-tcu-uma-abordagem-a-partir-de-licitacoes-e-contratos-aulas-1-a-5.htm>

**B) Vídeo: Matriz de Responsabilização em Processo de Tomada de Contas Especial (TCE)**

Apresentação: Paulo Vinhas Júnior, Auditor do TCU no Pará

**C) Orientações para Auditoria de Conformidade (TCU)** – Orientações para a elaboração da Matriz de Responsabilização.

**D) Glossário de Termos do Controle Externo (TCU)** - Portaria-SEGECEX Nº 27 de 24 de Outubro de 2017.

**E) Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP)** – Níveis 1 e 2;

**F) Orientações em vídeo sobre Auditorias** – Portal do TCU: <https://portal.tcu.gov.br/fiscal>

## APÊNDICE 6 – MODELO DE ANÁLISE EM SEPARADO

[Número do processo]

AUDITORIA (TÍTULO DA AUDITORIA)

**Objeto:**

**Objetivo do objeto:**

**Problema de auditoria:**

**Objetivo da auditoria:**

**Papel de trabalho X: análise em separado do risco** X

### Análise em separado do Risco X

**Questão de auditoria:** [descrever a questão de auditoria ao qual o risco está vinculado]

**Risco:** Devido a <CAUSA/FONTE>, poderá acontecer <DESCRIÇÃO DA INCERTEZA>, o que poderá levar a <DESCRIÇÃO DO IMPACTO, CONSEQUÊNCIA, EFEITO> impactando no/na <DIMENSÃO DE OBJETIVO IMPACTADA>

#### **SITUAÇÃO ENCONTRADA**

Descrição da situação encontrada:

Evidências:

Critérios:

Análises:

#### **CAUSAS**

Descrição das causas:

Evidências:

Critérios:

Análises:

#### **EFEITOS**

Descrição dos efeitos:

Evidências:

Critérios:

Análises:

#### **CONCLUSÕES**

O que ocorreu?

Isso é ruim para que objetivo, em que dimensão?

Quais as causas?

Foi localizada alguma boa prática?

[Instituição], [dia] de [mês] de [ano].

[NOME COMPLETO]

[Cargo]

[Matrícula XXXXX]

## APÊNDICE 7 – MODELO DE INDICADORES E PROCESSOS SÍNTESE DE INEFICIÊNCIA NO HOSPITAL

Por Welfane Cordeiro Júnior

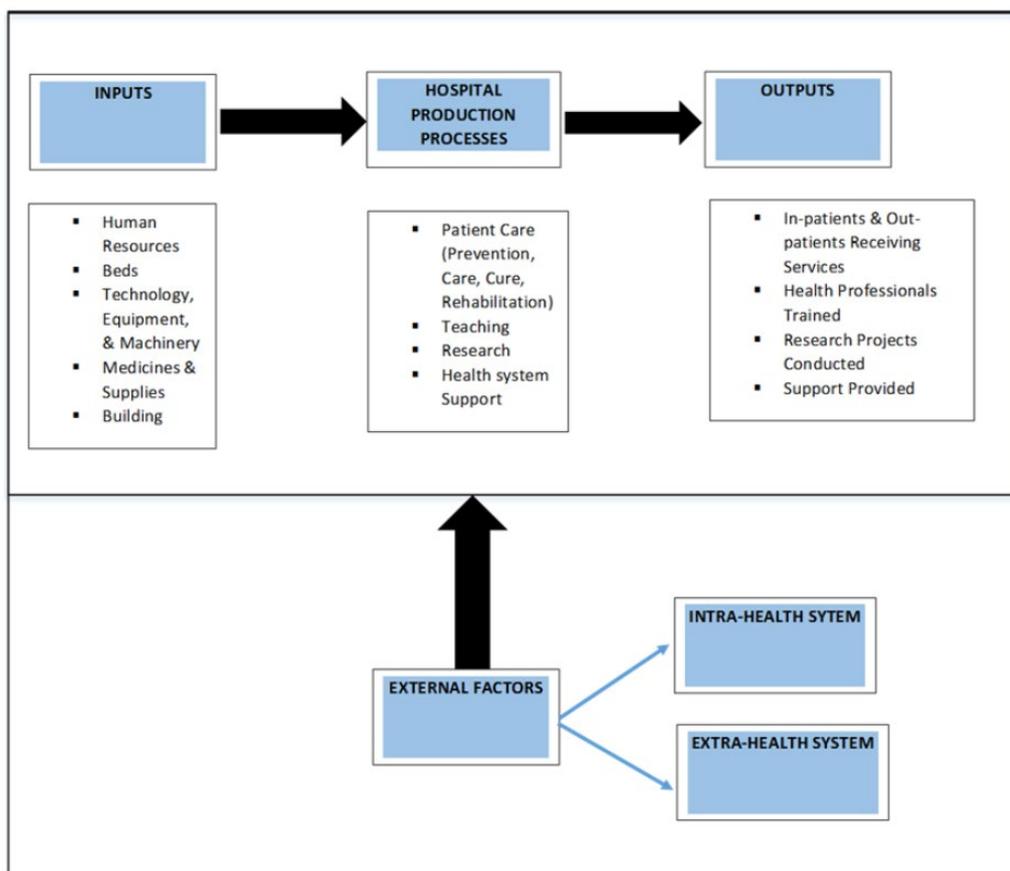
### I. Introdução

1. Há uma imensa dimensão quando se fala de eficiência hospitalar. A proposta deste anexo é tentar dar uma racionalidade na **busca de indicadores operacionais** que sejam sintéticos e que possibilitem uma visão estratégica do tema num hospital auditado, sem naturalmente esgotar as possibilidades de análises mais pormenorizadas.
2. Do ponto de vista de avaliação da ineficiência devemos tentar enquadrar nos **seguintes aspectos**:
  - Técnica
  - Alocativa
  - Escala e escopo
  - Ineficiência de custos
3. O objeto deste anexo diz respeito somente às **causas de ineficiência técnica**, na tentativa de uma análise de indicadores que enquadrem a percepção dessa dimensão.
4. Do ponto de vista prático essa avaliação dentro de um hospital pode se resumir nas **principais áreas** de sua atuação, de acordo com o esquema abaixo.



5. A representação da eficiência técnica diz respeito a uma relação entre a **demanda**, entendida como a necessidade de uma população de um território do ponto de vista de intervenção para recuperação e reabilitação de um problema de saúde específico, e a **capacidade** do equipamento de saúde de realizar com qualidade, segurança e custo adequado essa intervenção.
6. Essa relação quando se estabelece de forma ideal (**demanda/capacidade ajustadas**) permite que o desempenho deste equipamento de saúde tenha o melhor resultado possível (*outcome*) dentro do custo mais adequado, resultando na geração de valor tanto para o paciente, quanto para o sistema de saúde.

7. A representação gráfica deste modelo deve lembrar das influências internas e externas para este resultado:



Fonte: International Journal of Healthcare-May 2020

## II. Análise da demanda

8. A análise da demanda deve levar em consideração o que ocorre no dia a dia da instituição de saúde, mas também a necessidade externa (ex: demanda de leitos de uma central de regulação). Essa análise pode ser materializada em **indicadores objetivos e numéricos**. Alguns destes indicadores possíveis:

Indicador	Observações
<b>Número de chegadas em pronto socorro</b>	Distribuições por hora, dia, semana e mês.
<b>Número de cirurgias demandadas versus realizadas</b>	Analisar se houver fila de espera; por dia mês e ano.
<b>Número de demanda de internações versus realizadas</b>	Se houver uma central de regulação, avaliar a recusa por dia, mês ou ano.
<b>Taxa de desistência no pronto socorro</b>	Mediana por dia nos últimos 3 meses, ou no último ano.

### III. Análise da Capacidade

9. Na mesma linha, a análise de capacidade de um hospital pode ser materializada em indicadores objetivos e numéricos. Alguns destes **indicadores possíveis**:

Estrutura	Processo	Resultado
<b>Serviços de emergência</b>		
Relação de volume de atendimentos por ano <i>sobre</i> número de locais de atendimento num Pronto Socorro.	Mediana do Tempo de permanência no pronto socorro (P.S);  Fator de utilização dos recursos no pronto socorro; e  Mediana do Tempo de espera por um leito de internação no P.S.	Taxa de mortalidade no P.S.; e  Taxa de retorno com a mesma queixa após 72 horas.
<b>Leitos de internação</b>		
Número total de leitos no hospital (total e operacionais);  Número de enfermeiros por leito;  Número de médicos por leito; e  Exames auxiliares próprios.	Média de permanência;  Taxa de ocupação hospitalar;  Fator de utilização do leito hospitalar; e  Índice de intervalo de substituição de leitos.	Número de admissões;  Número de altas;  Taxa de mortalidade hospitalar; e  Taxa de reinternações em 30 dias.
<b>Bloco cirúrgico</b>		
Número de salas cirúrgicas;  Especialidades cirúrgicas;  Número de leitos de Recuperação Pós-anestésica; e  Número de leitos de terapia intensiva.	Eficiência no Agendamento;  Eficiência no desempenho;  Índice de cancelamentos; e  Atraso médio da primeira cirurgia.	Volume anual de cirurgias realizadas;  Número de cirurgias por sala;  Porte das cirurgias; e  Indicador de efetividade do centro cirúrgico (ORE).

### IV Análise demanda versus capacidade

10. A análise da relação da demanda /capacidade pode demonstrar **diferentes cenários** expostos a seguir.

*Possível cenário n. 1 - A demanda para esse equipamento de saúde está acima da capacidade*

11. Nesse caso a opção do gestor do sistema deve se pautar na possibilidade de **distribuir a demanda por outros players** do sistema de saúde, ou **melhorar a estrutura** do equipamento de saúde em questão.

*Possível cenário n. 2 - A demanda está desalinhada à oferta*

12. O equipamento de saúde não se alinha às necessidades do sistema de saúde e **oferta serviços em outras áreas**. Nestes casos o gestor do sistema, por se tratar de um equipamento público pode buscar a **reestruturação e alinhamento** com a demanda do sistema de saúde.

*Possível cenário n. 3 - A demanda está abaixo da capacidade*

13. Em situações como essa, se o constrangimento em relação à demanda (dificuldade) se dá apesar da estrutura ser adequada, devemos pensar que há problemas nos processos da instituição. Esses problemas podem ser derivados da falta de gestão adequada, ou de muita variação dos processos.
14. Se há intensa variação, a capacidade da instituição será obviamente reduzida. As causas desta variabilidade podem ser **naturais** (pela própria variação da demanda), que exigem do gestor do equipamento medidas de gestão operacional, ou **artificiais** (em geral quando servidores não cumprem o esperado), que indicam uma falha de controle.
15. Portanto se a demanda está abaixo da capacidade e mesmo assim existe dificuldade de acesso ao serviço é preciso pensar nas possibilidades colocadas acima.

## V. Mais detalhes acerca dos indicadores sugeridos

16. Os indicadores propostos neste apêndice podem ser coletados por meio de visita presencial ou à distância, mas com **checagem local, preferencialmente**.

*Descrição dos indicadores*

- Número de chegadas no pronto socorro;
- Curva de chegada média por horário por dia, de preferência uma média dos últimos 12 meses. Representação num gráfico:



- Número de chegadas por dia da semana:



- Número total de chegadas de pacientes por ano no Pronto Socorro;
- Número médio de cirurgias demandadas x realizadas pelo hospital por ano;

*Avaliar, caso necessário, o tamanho de uma possível fila em determinada especialidade.*

- Número de demanda de internações por um determinado tempo x número de internações médio efetivadas;

*Avaliar recusa com a regulação se porventura existir.*

- Taxa de desistência no pronto socorro;

*Percentual médio de pacientes que evadem do pronto socorro sem terminar o atendimento.*

- Relação de volume de atendimentos por ano sobre número de locais de atendimento num Pronto Socorro;

*Exemplo:*

*Um pronto socorro atende 20.000 pacientes por ano. Dividir esse número pelo número de locais de atendimento num pronto socorro (por exemplo, o pronto socorro tem 20 salas de atendimento entre consultórios, leitos de observação e medicação). Essa divisão será 1.000.*

*Ou seja, cada local de atendimento (capacidade) deve atender cerca de 1.000 pacientes (demanda) por ano.*

*Essa relação nos dá uma visão do tamanho do pronto socorro (estrutura) e pode ser comparada por benchmarking com estruturas semelhantes.*

- Número de enfermeiros por leito;
- Número de médicos por leito;
- Número de salas cirúrgicas totais e operacionais;
- Número total de leitos no hospital (total e operacionais);
- Exames auxiliares próprios (exemplo laboratório, radiologia, Tomografia etc.);
- Número de salas cirúrgicas (total e operacionais);
- Número de leitos de RPA (recuperação pós-anestésica);
- Especialidades cirúrgicas (descrever);

- Número de leitos de terapia intensiva;
- Mediana do Tempo de permanência no pronto socorro (P.S);
 

*Por amostragem se o hospital não for informatizado (tempo que engloba o primeiro registro na entrada do pronto socorro até a saída do paciente efetiva, incluindo para o leito de internação, quando for o caso).*
- Fator de utilização dos recursos no pronto socorro;
 

*Relação entre a demanda por hora (numerador) e o número possível de atendimentos por hora multiplicado pelo recurso (número de enfermeiros, ou de médicos; ou número de consultórios) – denominador.*
- Mediana do Tempo de espera por um leito de internação no P.S.;
 

*Tempo de espera do paciente no pronto socorro por um leito de internação após a decisão médica de internar.*
- Média de permanência hospitalar em dias;
- Taxa de ocupação hospitalar média (em percentuais);
- Fator de utilização do leito Hospitalar;
 

*Determinado pela fórmula: número de internações médias diárias x média de permanência em dias / número de leitos operacionais.*

*O ideal é que não seja superior a 85% e nem inferior a 80%.*
- Índice de intervalo de substituição de leitos;
 

*1- taxa de ocupação hospitalar x tempo médio de permanência/ taxa de ocupação hospitalar.*
- Eficiência no Agendamento cirúrgico;
 

*Relação entre as horas programadas no Centro Cirúrgico/ Horas Disponíveis. Expresso em percentual. Indicador mensal.*
- Eficiência no desempenho cirúrgico;
 

*Tempo gasto nas cirurgias/ tempo programado – mensal, em percentual.*
- Índice de cancelamentos de cirurgias;
 

*Número de cirurgias canceladas/ número de cirurgias programadas – mensal, em percentual.*
- Atraso médio da primeira cirurgia;
 

*Em minutos no último mês.*
- Taxa de mortalidade no P.S.;
 

*Número de pacientes que morreram dentro do pronto socorro / número de pacientes atendidos no último mês. Em percentual.*

- Taxa de retorno ao pronto socorro com a mesma queixa até 72 horas

*Número de pacientes que retornam até 72 horas ao pronto socorro com a mesma queixa do primeiro atendimento.*

- Número de Admissões

*Número de pacientes que internaram num tempo (mês ou ano).*

- Número de altas hospitalares

*Número de pacientes que tiveram alta hospitalar num tempo (mês ou ano), incluindo óbitos.*

- Taxa de Mortalidade Hospitalar

*Total de óbitos num período sobre o total de internações nesse período x 100.*

- Taxa de reinternações em até 30 dias

*Número de pacientes que reinternam de forma não programada até 30 dias decorridos de uma alta hospitalar anterior pela mesma causa ou causa associada sobre o número de internações nesse período x 100.*

- Número anual de cirurgias realizadas

*Total de cirurgias realizadas no período de 1 ano*

- Percentual de cirurgias por porte (1 a 4)

- Número anual de cirurgias por sala

*Total de cirurgias no período de 1 anos sobre o número de salas*

- Efetividade do centro cirúrgico (ECC)

*Indicador composto formado por 3 variáveis:*

*1-Disponibilidade: horas totais de salas agendadas / horas totais de salas disponíveis;*

*2- Performance: tempo total de uso / tempo total de agendamento; e*

*3- Qualidade – tempo total de agregação de valor / tempo total de uso.*

*O resultado seria: disponibilidade x performance x qualidade, em percentual.*

17. Esses indicadores nos permitem uma avaliação operacional completa de um serviço hospitalar e nos dão uma visão da eficiência operacional quando comparados com aqueles de instituições semelhantes (*benchmarking*).

## APÊNDICE 8 – MAPEAMENTO DE FLUXO DE VALOR (VSM)

Por Welfane Cordeiro Júnior

### I. Introdução

1. O *value stream mapping* – VSM ou mapeamento do fluxo de valor é uma ferramenta de gestão visual que ajuda a equipe a produzir um **fluxograma** de seu trabalho e como cada atividade se encaixa formando um todo coeso.
2. A primeira publicação sobre *value stream mapping* é de John Shook e Mike Rother, no *Learning to see* (1997), no contexto do **Lean manufacturing**. Depois, outras publicações **estenderam a técnica** a processos administrativos e de negócio.
3. Hoje, o conceito de VSM se aplica a qualquer processo ou produto, de acordo com suas especificidades, incluindo os processos de serviços de saúde.
4. O objetivo do VSM é ajudar equipes, por meio da produção de um **alto nível de transparência** sobre um processo, a criar valor para clientes por meio da eliminação do desperdício (muda). Por isso, um de seus grandes benefícios é deixar a descoberto tanto pontos em que o valor está sendo criado como pontos em que está sendo bloqueado por desperdícios conhecidos ou por desperdícios escondidos.
5. O conceito de VSM nos conduz automaticamente ao *Lean Thinking*, do qual ele é um dos princípios.

### II. Value stream mapping dentro do Lean thinking

6. O *value stream mapping* é o **segundo princípio do *Lean Thinking***, que além do VSM conta com outros quatro, na seguinte ordem:
  - a) *Definir valor*
7. Especificar o valor do produto ou serviço sob o ponto de vista do cliente. O que não agregar valor ao usuário, ou seja, não o satisfazer, pode ser considerado desperdício e deve ser eliminado.
  - b) *VSM*
8. Mapear o fluxo de valor, que consiste em analisar todas as etapas de um serviço ou o processo produtivo, desde a matéria prima até o consumidor final. Se necessário, sugerir novas alternativas.
  - c) *Criar um fluxo*
9. Montar um fluxo contínuo, sem interrupção com objetivo de agilizar a produção, reduzindo o tempo de espera entre as atividades e o custo da operação.

#### *d) Consolidar o sistema puxado*

10. Ter um controle de produção a partir da quantidade de demanda. Ou seja, produzir apenas o que for solicitado e não ter estoque a fim de focar na qualidade e evitar atividades desnecessárias.

#### *e) Buscar a perfeição*

11. Praticar a melhoria contínua para tornar os resultados cada vez mais eficientes e eficazes, visando sempre o aperfeiçoamento do processo de produção.
12. Em resumo: valor, fluxo e sistema puxado são os conceitos que se alinham ao último fim do *Lean Thinking*: a busca da perfeição, materializada no conceito de *kaizen* ou de melhoria contínua.
13. Nesse todo, o VSM vai preparar a equipe para a criação do fluxo.

### III. Para que é usado o VSM?

14. Ao ser um retrato fiel do fluxo de trabalho da equipe, o mapa da cadeia de valor ajuda a **visualizar oportunidades de melhoria, fontes de desperdícios e a avaliar métricas de performance**.
15. Ele também pode ser utilizado para produzir transparência nos processos e para criar uma **visão comum** – que perpassa vários setores e desfaz silos – sobre os processos da organização, auxiliando no entendimento e na comunicação de gestores, mas também na colaboração e mudança de cultura.
16. Assim, o mapeamento do fluxo de valor pode ser usado para melhorar qualquer processo em que haja etapas repetitivas e especialmente quando há transferências de atividades, ou seja tempo de espera entre os membros da equipe.
17. Por exemplo, na indústria, por meio do VSM, durante a montagem de um determinado produto, os trabalhadores podem ver o que está obstruindo o processo e interromper a linha de montagem para resolver o problema e então fazer o processo fluir novamente.
18. Entretanto, a aplicação do *value stream mapping* não se limita à manufatura. A visualização do fluxo de valor *lean* ganhou força também em outros setores porque resulta em uma melhora da comunicação da equipe e colaboração mais eficaz.
19. Na área da saúde é uma ferramenta muito interessante para identificação dos gargalos numa sequência de processo, ou seja, pode ajudar a diagnosticar falhas de processos.

### IV. Como fazer um VSM?

20. Para fazer um VSM, são seguidos alguns passos simples, mas que envolvem diversas técnicas. Vamos ver cada um desses passos e o que se busca obter em cada um deles.

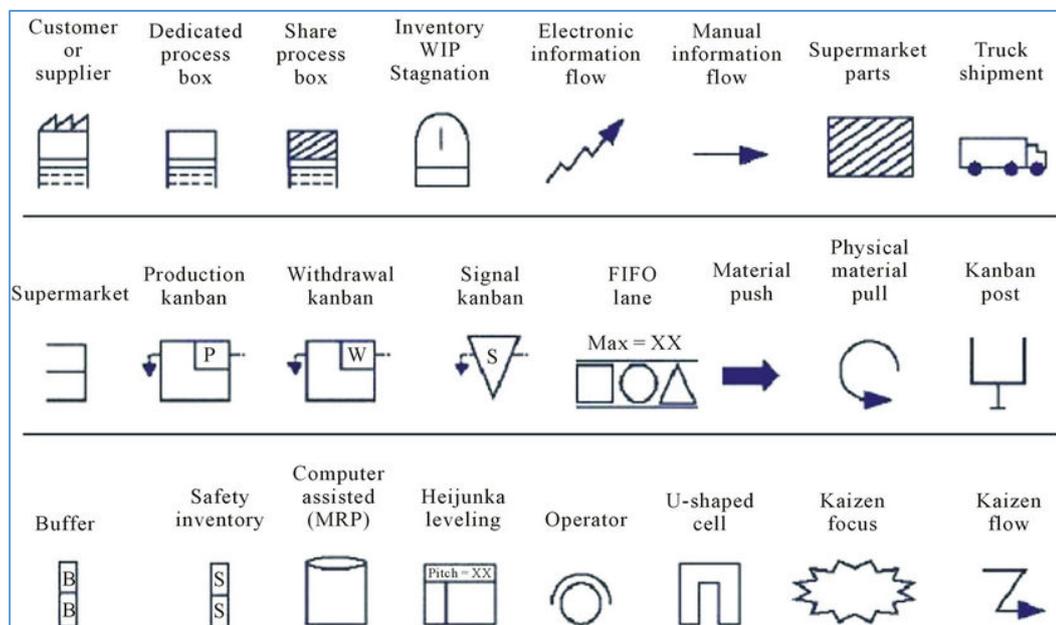
### Preparação

21. Identificar o **time de mapeamento e o que - produto ou projeto - será mapeado**. É importante definir que processos serão incluídos ou não no VSM, para delimitar um escopo, onde o mapa vai começar e acabar, por meio de identificação de famílias de processos e de similaridades.
22. O ideal é que o time, além de **multifuncional**, tenha um facilitador do VSM, ou seja, um membro experiente que vai conduzir as ações ao longo de todo o processo.
23. Além do time principal, podem ser necessários membros de apoio para algumas fases de mapeamento ou até a definição de decisores. É bom **limitar o número de participantes a no máximo dez pessoas**, para os trabalhos se manterem focados.
24. Na preparação, ainda, devem ser definidos os **objetivos do VSM e suas métricas de sucesso**.

### Mapa do estado atual

25. Nesta fase do VSM é hora de entender **como as coisas funcionam**, ou seja, de fazer o desenho do estado atual do objeto de mapeamento, com o qual todos os envolvidos concordam.
26. Além disso, o mapa do estado atual pode identificar elementos como necessidades dos clientes, processos principais e secundários, sistemas de priorização de cada processo, envolvidos, custos, *lead time* e outras medidas que o time do VSM considerar relevantes.

Figura 1: Ícones usados no VSM



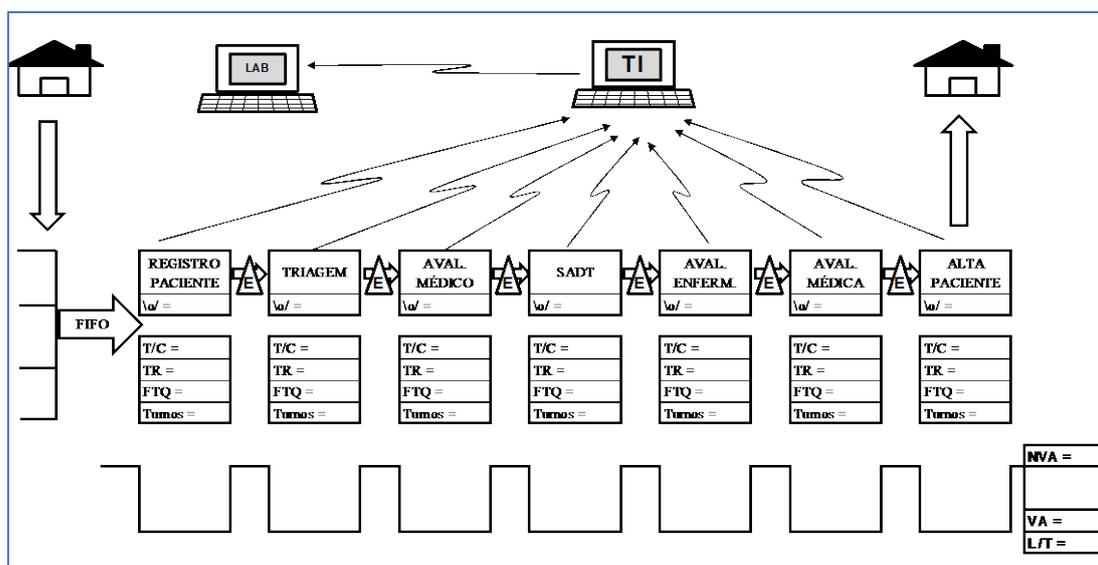
Fonte: Google Images

27. A evolução dessa fase **vai depender do nível de documentação do processo mapeado**, assim como de seu próprio *lead time*. Processos maiores naturalmente demorarão mais tempo para serem mapeados, por exemplo.

Outro fator que conta na criação do mapa atual é a **experiência da organização e do facilitador** com o mapeamento de processos.

28. É fundamental que o mapa do processo seja precedido pela **ida ao gemba**, ou seja, ao local onde as coisas acontecem, para uma observação atenta do trabalho em andamento.
29. A ideia é caminhar pela área do serviço não apenas para conhecer e ver de perto o processo de atendimento, mas para, a partir daí, analisar a forma como os processos são realizados e pensar em possíveis alternativas para resolver os problemas.
30. Nos negócios, ir ao gemba significa ir ao local onde o valor para o cliente é criado. Já na manufatura, gemba é o “chão de fábrica”.
31. Evidentemente, há projetos que duram anos ou feitos em outros países, o que impedirá a visão do todo. Ainda assim, o time não deve renunciar à ida ao gemba, na qual poderá coletar informações importantes e que passam despercebidas a quem está diretamente envolvido com o processo.
32. No VSM, os tempos são indicados inicialmente pela equipe (preferencialmente por quem executa o processo) e são preenchidos abaixo do box que representa os processos.
33. O tempo de espera entre um processo e outro é preenchido no gráfico no espaço do intervalo entre um box e o próximo box de processos. Em geral a somatória dos tempos de espera entre um processo e outro nos fornece o tempo que não agrega valor ao cliente (NVA). O somatório dos tempos abaixo dos boxes de processo nos dá o tempo de agregação de valor ao cliente (VA).
34. A somatória destes 2 tempos nos fornece o tempo total em que o cliente permaneceu no atendimento. Que em inglês é o *Lead Time (LT)* ou *Length of Stay (LOS)*.

**Figura 2: Representação gráfica de um VSM de um serviço de saúde**



35. Um indicador importante para análise no VSM é o tempo que agregou valor ao cliente (paciente) e ele é calculado pela divisão do tempo de agregação de valor (VA) sobre o Lead Time ou LOS:  $VA/LOS$ . Isso é representado por um número em percentual que representa a Taxa de Agregação de Valor (TAV).
36. Por exemplo um paciente que passou por um Pronto Socorro teve um tempo que agrega valor (VA) de 60 minutos e o tempo total que ele permaneceu neste Pronto Socorro foi de 540 minutos. A TAV será a divisão  $60/540$  com um resultado de 11,11%.
37. Isso significa que do total de 540 minutos de permanência do paciente no Pronto Socorro somente 11,11% foram versados em cuidados que o paciente necessita. O restante foi de espera entre processos(desperdícios) que podem ser melhorados.
38. Portanto, O VSM é uma ferramenta muito interessante para medir eficiência numa sequência de processos.