

# Relatório de Auditoria Anual de Contas



Secretaria Federal de Controle Interno

## **Unidade Auditada: Associação das Pioneiras Sociais Ministério da Saúde**

Exercício: 2016

Município: Brasília - DF

Relatório nº: 201701008

UCI Executora: SFC/DS/CGSAU - Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde

---

## **Análise Gerencial**

Senhor Coordenador-Geral,

Em atendimento à determinação contida na Ordem de Serviço n.º 201701008, e consoante o estabelecido na Seção III, Capítulo VII da Instrução Normativa SFC n.º 01, de 06/04/2001, apresentamos os resultados dos exames realizados sobre a prestação de contas anual apresentada pela Associação das Pioneiras Sociais (APS).

### **1. Introdução**

Os trabalhos de campo foram realizados na sede da Unidade, no período de 19 a 30 de junho de 2017, por meio de testes de aderência de modo a verificar com razoável segurança se:

- (i) os controles internos estabelecidos pela Unidade estão em efetivo funcionamento nas áreas de acessibilidade, demonstrações contábeis e custos;
- (ii) o acesso do público externo aos serviços da instituição observam os critérios estabelecidos nos normativos. Para tanto foi aplicado modelo de regressão (variação de respostas); e
- (iii) as peças que instruíram a prestação de contas da Unidade estão em conformidade com os normativos vigentes.

Ao longo dos trabalhos, não houve a ocorrência de restrições à realização dos exames, os quais foram realizados em estrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao Serviço Público Federal.



## 2. Resultados dos trabalhos

O presente relatório trata da Auditoria Anual de Contas (AAC), referente ao exercício de 2016, da Associação das Pioneiras Sociais (APS), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública.

A APS foi instituída pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e de desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público.

A Unidade é responsável pela gestão do SARAH, rede constituída por nove hospitais de reabilitação, nas áreas neurológica e ortopédica, localizados em sete Estados e no Distrito Federal. A administração da Rede SARAH é sediada em Brasília/DF.

A APS possui Contrato de Gestão firmado com a União por intermédio do Ministério da Saúde, do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, para dar cumprimento ao estabelecido na Lei nº 8.246/91. O contrato foi firmado em 14 de novembro de 2000, pelo prazo de cinco anos, e aditivado por igual período em 2005, para o período de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010, e novamente renovado por igual prazo, em 13 de dezembro de 2010, para vigência até 31 de dezembro de 2015. Em 18 de dezembro de 2015, foi celebrado um novo Contrato de Gestão, com vigência até 31 de dezembro de 2020.

Salienta-se que a previsão constitucional do instituto da prestação de contas dá a exata dimensão de sua importância, representando um dos principais instrumentos de *accountability* do uso de recursos públicos junto à sociedade, uma vez que, para seu funcionamento, entidades como a APS, são financiadas pela sociedade, o que torna os cidadãos os principais beneficiários dos resultados a serem gerados pela atuação dessas entidades.

Nesse sentido, a DN TCU nº 156/2016 estabeleceu que os responsáveis pela gestão da APS terão as suas contas relativas ao exercício de 2016 julgadas pelo Tribunal. Os parâmetros adotados neste julgamento pressupõem que a boa gestão de recursos públicos não se restringe apenas à conformidade dos procedimentos adotados com a lei, mas, também a eficácia, eficiência e efetividade das ações.

O escopo dos trabalhos de Auditoria Anual de Contas do exercício de 2016 foi firmado em reunião realizada em 14 de novembro de 2016 entre o Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU) e a Secretaria de Controle Externo da Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU). Concordaram as unidades técnicas do TCU e da CGU, quanto às seguintes avaliações a serem contempladas no Relatório de Auditoria da APS:

1. Avaliação, considerando a natureza jurídica e o negócio da unidade jurisdicionada, da conformidade das peças exigidas nos incisos I e II do art. 13 da IN TCU nº 63/2010 com as normas que regem a elaboração de tais peças: Relatório de Gestão 2016 e Rol de Responsáveis;
2. Avaliação dos critérios de acessibilidade da população aos serviços de saúde prestados pela Instituição e dos controles internos da área responsável;



3. Avaliação da composição dos custos do contrato de gestão;
4. Avaliação dos controles internos relacionados à elaboração das demonstrações contábeis;
5. Avaliação da transparência pública de modo a verificar o atendimento ao Decreto 7.724/2012.

O Relatório de Auditoria encontra-se dividido em duas partes: Resultados dos Trabalhos, que contempla a síntese dos exames e as conclusões obtidas; e Achados de Auditoria, que contém o detalhamento das análises realizadas. Consistindo, assim, em subsídio ao julgamento das contas apresentadas pela Unidade ao TCU.

## **2.1 Avaliação da Conformidade das Peças**

A presente análise tem por objetivo avaliar a conformidade das peças que constituem o processo de contas da Unidade Prestadora de Contas (UPC) em relação aos normativos do TCU que cuidam desta questão. Foram analisados o Relatório de Gestão, o Rol de Responsáveis, o Parecer do Colegiado, o Relatório de Avaliação de Resultados de Contrato de Gestão e o Relatório de Auditoria Independente.

Verificou-se que a unidade elaborou todas as peças a ela atribuídas pelas normas do TCU para o exercício de 2016.

Verificou-se, ainda, à exceção do Rol de Responsáveis, a aderência das peças obrigatórias aos formatos e conteúdos obrigatórios estabelecidos pelas normas e orientações do TCU.

Quanto ao Rol de Responsáveis foram observadas incongruências no preenchimento das informações no sistema e-contas, as quais se referiram à ausência de informações acerca dos integrantes do Conselho de Administração da entidade, os quais deveriam estar contemplados nessa peça complementar em função da natureza de responsabilidade do cargo na estrutura organizacional da Unidade; e a ausência de informações acerca dos substitutos dos membros de diretoria e do dirigente máximo.

No intuito de solucionar tais falhas, foi solicitada as informações ausentes, as quais foram fornecidas pela APS à equipe de auditoria, que promoveu sua inserção no sistema e-contas, retificando os registros e promovendo a sua adequação às normas do Tribunal.

## **2.2 Avaliação do Cumprimento das Determinações/Recomendações do TCU**

Para o exercício de 2016 não houve expedição de Acórdãos/Decisões, pelo Tribunal de Contas da União dirigidos à unidade, com determinações específicas ao Controle Interno para acompanhamento.

## **2.3 Avaliação do Cumprimento das Recomendações da CGU**

Não há para o período em exame recomendações a serem monitoradas pela CGU, considerando que os trabalhos anteriormente realizados não geraram achados para a Unidade examinada.



Não obstante tal situação, verificamos que a APS possui uma área de Controladoria/AUDIN responsável pelo monitoramento e acompanhamento de demandas dos órgãos de controle. Para tal utiliza os sistemas Gerência de Projetos e Portal Administrativo SARA, nos quais são registrados e atualizados os andamentos e as ações realizadas para a solução de solicitações e recomendações.

De modo a mitigar riscos de intempestividade no atendimento ou de não solução das solicitações/recomendações emitidas a área implementou controles preventivos e detectivos, a exemplos da parametrização dos sistemas utilizados com a limitação do acesso apenas aos funcionários da área e aos dirigentes (segurança das informações); periodicidade dos monitoramentos; realização de reuniões periódicas com as áreas envolvidas nas demandas; e elaboração de relatórios gerenciais de solução a serem apresentados aos administradores.

Diante dos aspectos apontados, avalia-se que as medidas implementadas pela APS para o acompanhamento e monitoramento das demandas dos órgãos de controle apresentam um grau de maturidade aprimorado, fortalecendo o sistema de controles internos da Instituição e apoiando o gestor na condução das atividades administrativas, procurando corrigir falhas ou minimizando-as.

## **2.4 Avaliação do CGU/PAD**

Por tratar-se de um Serviço Social Autônomo não integrante do Sistema de Correição do Poder Executivo Federal, a APS não gerencia as informações sobre processos disciplinares no Sistema de Gestão de Processos Disciplinares/CGU-PAD, conforme determina a Portaria nº 1.043, de 24 de julho de 2007.

## **2.5 ATUAÇÃO DAS UNIDADES DA CGU - NO EXERCÍCIO**

Dentre os princípios que norteiam a Administração Pública, determinados pela Constituição Federal/88 em seu art. 37, cita-se o da Publicidade, pelo qual todos atos e fatos públicos devem ser divulgados, excetuando-se as hipóteses em que o sigilo seja indispensável, acessíveis ao público em geral e, especialmente, daqueles que serão afetados pelos atos decisórios. A publicidade se afirma como instrumento de transparência e verificação da lisura dos atos praticados, permitindo o exercício do controle, principalmente o social.

Conforme o Decreto nº 5.482/2005, art. 2º *“Os órgãos e entidades da administração pública federal, direta e indireta, deverão manter em seus respectivos sítios eletrônicos, na Rede Mundial de Computadores - Internet, página denominada Transparência Pública, para divulgação, de dados e informações relativas à sua execução orçamentária e financeira, compreendendo, entre outras, matérias relativas a licitações, contratos e convênios.”*

Com o fim de garantir o acesso às informações previstas na Constituição, em 2011 foi sancionada a Lei 12.527, denominada Lei de Acesso à Informação (LAI), que dispôs sobre os procedimentos a serem observados pelos órgãos públicos integrantes da Administração Direta dos 3 Poderes, bem como pelas autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista e demais



entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, distrito Federal e Municípios.

Em seu art. 2º incluiu, também, a aplicação das disposições da Lei, no que couber, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou instrumentos congêneres

Para o caso específico, o Decreto 7.724/2012, que regulamenta a Lei nº 12.527/2011, em seu art. 63 determinou que as entidades privadas sem fins lucrativos deveriam divulgar em seus sítios eletrônicos tão somente:

- a) Cópia do estatuto social atualizado da entidade;
- b) Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade; e
- c) Cópia integral dos convênios, contratos, termos de parcerias, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres realizados com o Poder Executivo Federal, respectivos aditivos, e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável.

Recentemente, em 2015, a Advocacia-Geral da União (AGU) mediante o parecer nº 05/2015/DECOR/CGU/AGU proferiu que:

*“I – Embora o art. 63 do Decreto do Decreto nº 7.724, de 2012 tenha relacionado providências que o Poder Executivo entende necessárias ao cumprimento da Lei 12.527, de 2011, essa norma não pode ser interpretada com um limitador à transparência exigida por Lei dessas entidades.*

*II – As entidades privadas sem fins lucrativos que recebem recursos públicos para realização de ações de interesse público estão obrigadas a dar publicidade na modalidade “transparência ativa” a informações outras além daquelas constantes no art. 63 do Decreto nº 7.724, de 2012, relacionadas à parcela de recursos públicos recebidos e à sua destinação (parágrafo único do art. 2º da Lei nº 12.527, de 2011).”.*

Nesse sentido, entende-se que cumpre, também, às entidades privadas sem fins lucrativos observar o art. 8º da Lei 12.527/2011, que define a obrigatoriedade de divulgação diversas, quando suas gestões envolverem recursos públicos.

*“Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.*

*§ 1º Na divulgação das informações a que se refere o caput, deverão constar, no mínimo:*

- I - registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público;*
- II - registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos financeiros;*
- III - registros das despesas;*



*IV - informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados;*

*V - dados gerais para o acompanhamento de programas, ações, projetos e obras de órgãos e entidades; e*

*VI - respostas a perguntas mais frequentes da sociedade.*

*§ 2º Para cumprimento do disposto no caput, os órgãos e entidades públicas deverão utilizar todos os meios e instrumentos legítimos de que dispuserem, sendo obrigatória a divulgação em sítios oficiais da rede mundial de computadores (internet)”.*

Assim, considerando a natureza jurídica da APS como entidade privada sem fins lucrativos, tem-se que o cumprimento ao atendimento às condicionalidades de transparência previstas tanto no art. 8º da Lei 12.527/2011, quanto no art. 63 do Decreto nº 7.724/2012 fazem-se obrigatórios.

De modo a verificar o atendimento às citadas normas, no que se refere à transparência das informações, foi realizada buscas no site da entidade, [www.sarah.br](http://www.sarah.br), tendo sido constatada, durante o exercício de 2016, a inexistência da divulgação da maioria das informações previstas.

Em sua manifestação sobre o assunto a APS esclareceu que estas encontravam-se dispersas no site, e as pertinentes à prestação de contas anuais encontravam disponibilizadas no site [www.associacaodaspioneiras.org.br](http://www.associacaodaspioneiras.org.br). Não obstante a veracidade dos esclarecimentos, o que se verificou foi a existência de apenas algumas das informações exigidas.

Diante da situação apontada, a APS providenciou a construção de módulo, designado “Transparência” ([www.sarah.br/a-rede-sarah/transparencia/](http://www.sarah.br/a-rede-sarah/transparencia/)), em seu site, promovendo, imediatamente, a divulgação centralizada das informações exigidas, de forma a possibilitar o acesso e o acompanhamento da gestão.

Tendo em vista a tempestividade da Unidade na adoção de medidas para solucionar a impropriedade identificada, optou-se tão somente em realizar o registro dos fatos verificados.

Cabe, apenas, reforçar junto à APS a necessidade de manutenção e a atualização periódica das informações a serem divulgadas em seu site, de modo a possibilitar a transparência das ações realizadas com recursos públicos, ampliar os subsídios para atuação do controle social e atender aos princípios da publicidade e da transparência.

## **2.6 Avaliação dos Controles Internos Administrativos**

### **Avaliação dos controles internos administrativos instituídos pela área responsável pelos atendimentos às solicitações de ingresso na Rede Sarah.**

O objetivo desta análise sobre os controles internos administrativos instituídos pela APS na área de Acessibilidade é avaliar sua qualidade e suficiência com vistas a identificar se contribuem, com razoável segurança, para o atingimento dos objetivos estratégicos da entidade. Para isso, buscou-se responder a seguinte questão de auditoria: “A estrutura e



os procedimentos de Controles Internos Administrativos em Nível de Atividade adotados pela UJ asseguram o atingimento dos seus objetivos?”.

A metodologia utilizada foi baseada no modelo de referência do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), que prevê a análise dos controles internos a partir da ótica de cinco componentes, quais sejam: ambiente de controle; avaliação de riscos; atividades de controle; informação e comunicação; e monitoramento. Esses componentes foram aplicados no nível de atividade, ou seja, aquele que analisa um determinado setor da instituição.

Com base nas informações prestadas pelo gestor, os componentes foram avaliados a partir dos elementos que os compõem, conforme estabelece a metodologia, tendo sido verificado:

O componente **ambiente de controle** atingiu um nível de maturidade, classificado como aprimorado (86%), tendo sido verificadas fragilidades quanto aos seguintes aspectos: ausência de formalização de um código de conduta e de indicadores de desempenho individual quanto à conduta dos colaboradores; ausência de treinamento periódicos voltados para os temas de integridade e ética.

Classificado com grau de maturidade intermediário (67%), o componente **avaliação de risco** apresentou fragilidades relativas à ausência de aplicação de uma metodologia para a identificação, resposta e tratamento dos riscos. Tal condição sujeita a Instituição à possibilidade de não rastreamento de situação indesejada e/ou danosas aos seus processos, que em determinados casos podem ocasionar o não comprometimento de suas atividades.

Análise realizada sobre o mapa de riscos do setor indicaram a ausência de mapeamento de riscos relativos ao processo de seleção dos pacientes no que concerne aos critérios utilizados pelo setor para o acesso do público externo aos serviços da Rede Sarah.

Corroborando com tais considerações, o item 1.1.1.3 deste relatório aponta fragilidades quanto à formalização do processo de acessibilidade, tendo em vista a necessidade de informações objetivas pós-avaliação da equipe técnica da APS. Para os casos em que os campos descritivos foram determinantes, o modelo estatístico não conseguiu explicar o acesso de pacientes nas Unidades da APS.

O componente **atividades de controle**, também foi classificado com grau de maturidade Intermediário (67%). Esse componente materializa as ações e respostas que permitem a redução ou administração dos riscos identificados. Embora, conforme visto acima, a APS não disponha de avaliação de riscos abrangente, é importante destacar que eles existem, inclusive alguns estão mapeados, o que possibilita a existência de procedimentos de controle suficientes a serem aplicados caso esses riscos ocorram.

Os aspectos de fragilidade identificados estão relacionados à abrangência dos controles e à formalização dos procedimentos.

O componente **informação e comunicação** foi classificado em nível de maturidade avançado (100%). Esse componente tem o condão de avaliar os canais de comunicação e a tempestividade das informações disseminadas na organização. Todos os agentes administrativos devem receber mensagens claras e tempestivas quanto a suas responsabilidades e ao modo como suas atividades influenciam e se relacionam com o trabalho dos demais agentes.



Quanto a este aspecto, os controles internos administrativos voltados à informação e comunicação institucionais, no âmbito do setor, estão devidamente estruturados e funcionam a contento.

Quanto ao componente **Monitoramento**, o nível de maturidade foi classificado como avançado (100%). Tal resultado se verifica pelo acompanhamento sistemático que a AUDIN realizada no setor de acessibilidade, mediante o painel eletrônico automatizado, que permite o acompanhamento das solicitações, análises dos pedidos e atendimentos na Rede.

### **Análise Geral da APS**

O nível de maturidade dos controles internos administrativos da APS, a partir da análise de cada um dos elementos, é de 84%, o que significa um **nível aprimorado** de maturidade.

Todos os componentes possuem relevância no contexto geral de análise de qualquer organização. Porém, os componentes “Avaliação de Riscos e Atividades de Controle” possuem um lugar de destaque, pois sem uma avaliação de riscos e práticas sistemáticas de acompanhamento das fragilidades não há controle adequado, por isso é possível afirmar que ele é o grande responsável pelo nível intermediário de maturidade, já que o setor não adota, amplamente, uma política de avaliação de riscos.

Considerando os aspectos apontados, entende-se que a Instituição pode e deve promover melhorias quanto à implementação de controles internos mais abrangentes, minimizando possíveis riscos no atingimento dos objetivos específicos da área.

### **2.7 Avaliação dos Resultados Quantitativos e Qualitativos da Gestão**

A auditoria realizada sobre a gestão de custos da APS teve por objetivo verificar sua adequabilidade frente às suas atribuições da Unidade. Para tanto, o ponto de partida foi a análise documental do Relatório de Gestão (RG) relativo ao exercício de 2016 apresentado pela UPC ao TCU e complementarmente a análise de informações obtidas da unidade referentes à existência de estudos quanto ao dimensionamento e suficiência da estrutura e quanto ao impacto decorrente das atividades nas decisões gerenciais da Instituição.

Da análise, concluiu-se que a estrutura da Área de Gestão de Custo permite que a apuração dos gastos da Instituição seja realizada de forma tempestiva e adequada possibilitando a adoção de medidas preventivas e mitigadoras dos riscos. Ademais, a possibilidade de a Alta Administração acessar os relatórios de custos atualizados em tempo real, possibilita a tomada de decisões com vistas ao efetivo cumprimento dos objetivos do Contrato de Gestão.

### **2.8 Avaliação dos Controles Internos Administrativos**

De modo a testar os critérios de acesso aos serviços oferecidos pela APS, em suas diversas Unidades, solicitamos à UJ os dados constantes dos formulários que são preenchidos



pelos potenciais pacientes. A APS avalia a situação e a possibilidade de atendimento a partir dos dados destes formulários, por especialidade médica.

Com a disponibilidade desses dados, utilizamos modelos estatísticos de regressão logística multinomial para captarmos as variáveis (campos dos formulários) que são significativos para explicar a decisão de admissão na rede da APS, e inspecionamos os percentuais de registros mais influentes e resíduos dos modelos. Essas duas medidas informam em que grau as decisões tomadas pela equipe técnica especializada da APS podem ser explicadas pelas variáveis objetivas – não descritivas – constantes dos formulários analisados.

Verificamos existir um determinado percentual de observações/registros influentes e resíduos extremos, de acordo com literatura especializada, por especialidade medida, indicando que uma parte da explicação sobre o acesso à rede não se encontra nas variáveis objetivas dos formulários.

Como causas do fato constatado, apontamos a correlação positiva entre observações influentes mais os resíduos e a quantidade de campos com informações descritivas, textuais, nos formulários de cada especialidade. Isso indica que parte da explicação para o acesso de potenciais pacientes se encontra em avaliações de campos descritivos procedidas pela equipe técnica especializada da APS, que não puderam ser avaliadas nos modelos estatísticos propostos – o que não implica que tais avaliações não estejam pautadas em critérios técnicos.

Sendo assim, recomendamos que a UJ proceda à inclusão de módulo ou novos formulários que consignem em campos objetivos e categóricos as avaliações que a equipe técnica efetua sobre os campos descritivos dos formulários de acesso analisados.

## **2.9 Avaliação dos Controles Internos - Demonstrações Contábeis**

A APS, em razão de sua natureza jurídica, Serviço Social Autônomo, não utiliza o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) para gerar suas informações contábeis e financeiras e conseqüentemente está dispensada da apresentação da Declaração do Contador, peça suplementar à prestação de Contas.

Nos casos de órgãos que apresentam a Declaração, a aderência dos controles internos se faria por meio da confrontação das restrições contábeis registradas no SIAFI com aquelas contempladas nesse Documento.

Considerando que a APS não se enquadra nesta situação, a avaliação da confiabilidade e efetividade dos controles internos relativos à elaboração das demonstrações contábeis e de relatórios financeiros da UPC se realizou por meio da utilização da metodologia COSO.

Assim, a análise partiu da ótica dos cinco componentes: ambiente interno; avaliação de riscos; atividades de controle; informação e comunicação; e monitoramento. Os resultados foram suportados nas informações prestadas pelo gestor. Os componentes foram avaliados a partir dos elementos que os compõem, conforme estabelece a metodologia.

As análises realizadas indicaram, com ressalva do componente Avaliação de Riscos, que os controles internos administrativos estabelecidos pela APS garantem, de forma



razoável, a confiabilidade e efetividade das demonstrações contábeis e dos relatórios financeiros produzidas pela Unidade.

Os resultados das análises sobre o componente Avaliação de Riscos indicaram que a Unidade estabeleceu fluxos e mapas de processo, descrevendo as atividades realizadas no âmbito da área contábil. Apresentou um mapa de riscos. No entanto, verificou-se que tal mapeamento provém muito mais do conhecimento e experiência da unidade do que de um processo metodológico, haja a vista a ausência de instrumentos que suportam o processo de identificação dos riscos.

Assim, concluímos que o componente se encontra parcialmente estruturado no âmbito da área contábil, considerando a não implementação de um processo metodológico institucionalizado de avaliação de riscos, havendo, portanto, possibilidades para a APS quanto à promoção de melhorias em sua gestão.

## **2. 10 Ocorrências com dano ou prejuízo**

Entre as análises realizadas pela equipe, não foi constatada ocorrência de dano ao erário.

## **3. Conclusão**

Em face dos exames realizados, verificamos que a Unidade elaborou todas as peças a ela atribuídas pelas normas do TCU para o exercício de 2016, tendo sido verificado, à exceção do Rol de Responsáveis, a aderência das peças obrigatórias aos formatos e conteúdos obrigatórios. No que concerne ao Rol foram tomadas as devidas providências para o seu ajuste no sistema e-contas.

Os resultados advindos da avaliação dos controles internos relativos à área contábil da APS indicaram, com ressalva ao componente Avaliação de Riscos, que os controles garantem, de forma razoável, a confiabilidade e efetividade das Demonstrações Contábeis e de Relatórios Financeiros. Não obstante a implementação de mapeamento dos riscos pela área, verificou-se a ausência de um processo metodológico que o suporte, havendo, portanto, possibilidades para a APS quanto à promoção de melhorias em sua gestão.

Quanto à avaliação dos controles internos administrativos da área responsável pelos atendimentos às solicitações de ingresso na Rede Sarah, foram apontadas fragilidades em seus componentes, com destaque para o componente Avaliação de Riscos, para o qual verificou-se a ausência um processo institucionalizado quanto ao mapeamento dos riscos. A metodologia aplicada indicou-se que os controles internos da área possuem um nível aprimorado de maturidade (84%) e que apesar das fragilidades encontradas, estes asseguram de forma razoável o cumprimento dos objetivos institucionais.

Avaliou-se, ainda, a partir de modelos estatísticos de regressão logística multinomial, a aderência dos acessos aos serviços da Instituição aos critérios normativos estabelecidos, tendo concluído pela existência de um determinado percentual de observações/registros indicando que uma parte da explicação sobre o acesso à rede não se encontra nas variáveis objetivas dos formulários, havendo a necessidade de correções por parte da Unidade com a inclusão de módulo ou novos formulários que consignem em campos objetivos e categóricos as avaliações que a equipe técnica efetua sobre os campos descritivos dos formulários de acesso.



No que se refere à avaliação da Transparência Pública das informações, verificou-se o não cumprimento ao atendimento às condicionalidades de transparência previstas tanto na Lei 12.527/2011, quanto no Decreto nº 7.724/2012. No entanto, após questionamento, a Unidade realizou de imediato a construção de módulo “Transparência” em seu site, promovendo a divulgação centralizada das informações exigidas ao público em geral.

Quanto à Área de Gestão de Custos da APS, as análises promovidas indicaram que a sua estrutura organizacional permite que a apuração dos gastos da Instituição seja realizada de forma tempestiva e adequada possibilitando a adoção de medidas preventivas e mitigadoras de riscos.

Tendo sido abordados os pontos requeridos pela legislação aplicável, submetemos o presente relatório à consideração superior, de modo a possibilitar a emissão do competente Certificado de Auditoria.

Brasília/DF.

Relatório supervisionado e aprovado por:

---

Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde



## 1 CONTROLES DA GESTÃO

### 1.1 CONTROLES INTERNOS

#### 1.1.1 Avaliação dos Controles Internos Administrativos

##### 1.1.1.1 INFORMAÇÃO

#### Avaliação dos controles internos da Área de Acessibilidade

##### Fato

Tendo em vista o escopo estabelecido, realizou-se, no âmbito da APS, avaliação sobre os controles internos administrativos da área responsável pelos atendimentos às solicitações de ingresso na Rede Sarah, objetivando verificar se os componentes e princípios de controles internos em nível de atividade adotados pela Instituição estão presentes, assegurando o atingimento dos seus objetivos.

Para tal utilizou-se de metodologia baseada nos conceitos e terminologias presentes nas Normas de Controle Interno do Escritório Geral de Contabilidade dos Estados Unidos, construído com fundamento no modelo de referência do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), que prevê que o processo de controles internos deve ser constituído por cinco componentes, que se relacionam entre si. É uma ferramenta mundialmente aceita e a mais recomendada para a realização deste tipo de trabalho, pois propicia padronização e alinhamento de conceitos e nomenclaturas, bem como auxilia nas avaliações e consequentes acompanhamentos.

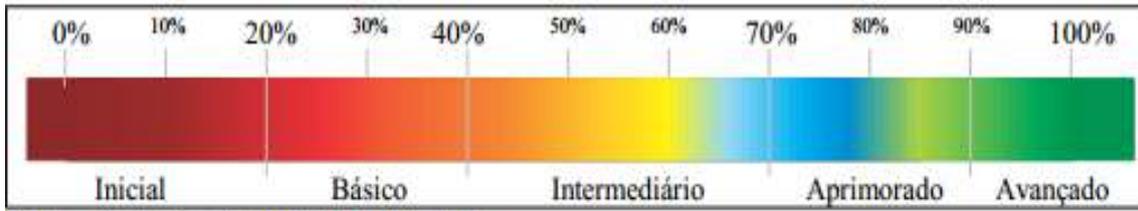
O modelo COSO prevê dois níveis de avaliação dos controles internos: entidade e atividades. Para o correto propósito deste trabalho de auditoria, a avaliação se pautou no nível de atividade, pois é o que permite visualizar **setores da organização** a partir de uma avaliação setorizada do sistema, tendo como objetivo verificar se os controles administrativos estão adequadamente concebidos e se funcionam de maneira eficaz. Em outras palavras, significa diagnosticar a presença e o funcionamento de todos os componentes e elementos da estrutura de controle interno utilizada pelo modelo de referência aqui adotado, a saber: ambiente de controle; avaliação de riscos; atividades de controle; informação e comunicação; e monitoramento.

Todos os componentes foram avaliados a partir de um conjunto de questões agrupadas por elementos que os compõem, conforme estabelece a metodologia COSO. Cada questão é composta por um ou mais procedimentos de auditoria, os quais são pontuados conforme escala abaixo, que será utilizada para subsidiar os julgamentos da equipe relacionados à conformidade documental, entrevista, questionário de pesquisa, etc., por meio da aplicação das técnicas de auditoria. Os critérios definidos na escala foram utilizados para construção das respostas possíveis previstas no Questionário de Avaliação de Controles Internos (QACI):

- 0 – Não absoluto; (0%)
- 1 – Não, mas apresentam-se aspectos positivos; (33%)
- 2 – Sim, mas apresentam-se aspectos negativos; (67%) e
- 3 – Sim absoluto: pode ser enquadrado num nível de “melhor prática” (100%).



Para avaliar os controles internos administrativos da Área de Acessibilidade da APS, foi utilizada a escala abaixo, definida pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a qual mede o nível de maturidade dos controles estabelecidos de acordo com o percentual obtido:



Fonte: Acórdão nº 568/2014 – Plenário

**Tabela para interpretação do resultado**

Pontuação Média	Interpretação	Descrição
0 a 20%	Inicial	Baixo nível de formalização: documentação sobre controles internos não disponível; ausência de comunicação sobre controles internos
20,1 a 40%	Básico	Controles internos tratados informalmente; ainda não há treinamento e comunicação sobre controles internos
40,1 a 70%	Intermediário	Há princípios e padrões documentados e treinamento básico sobre controles internos
70,1 a 90%	Aprimorado	Controles internos obedecem aos princípios estabelecidos; são supervisionados e regularmente aprimorados
90,1 a 100%	Avançado	Controles internos otimizados; princípios e processos de controles internos estão integrados aos processos de gestão da organização.

A partir das pontuações de cada questão, o quantitativo máximo de pontos possíveis a serem obtidos varia de acordo com o componente e o respectivo número de elementos. Por exemplo, no caso do componente “Informação e Comunicação”, como há dois elementos, o máximo possível de ser obtido é 06 pontos; dessa forma, se a pontuação obtida for 03 pontos, o percentual de maturidade do componente será 50%.

Essa mesma escala será utilizada tanto para a aferição do nível de maturidade de cada componente, como para saber o da APS em âmbito setorial, este obtido a partir da média aritmética do percentual de cada questão.

Dessa forma, as conclusões expostas neste trabalho são consubstanciadas e embasadas nas informações repassadas pelos gestores, nas verificações e avaliações realizadas pela equipe de auditoria nos normativos e documentações entregues pela própria APS.

## Ambiente de Controle



O ambiente de controle fornece a base, o alicerce, para todos os outros componentes do sistema de controle interno, provendo disciplina e estrutura e proporcionando a atmosfera na qual os agentes administrativos conduzem suas atividades e executam suas responsabilidades. Para mensuração desse componente, foram adotadas questões relacionadas a três elementos, conforme tabela abaixo:

<b>Elementos</b>	<b>Questões</b>	<b>Percentual obtido (%)</b>	<b>Nível de maturidade</b>
Aderência à integridade e aos valores éticos	A área estabelece e adota um código ou códigos formais de conduta e outras políticas que comunicam normas apropriadas de comportamento moral e ético esperados dos seus colaboradores, intermediários e terceiros?	67	Intermediário
	Existem indicadores e/ou processos para avaliar o desempenho das pessoas e das equipes em relação às normas de conduta da área?	67	Intermediário
	A área recebe periodicamente treinamentos focados em temas relacionados à integridade e valores éticos?	67	Intermediário
Atribuição de Autoridade e Responsabilidade	A estrutura organizacional da área está formalizada por meio de organograma complementado por manual da organização ou instrumentos normativos (resoluções, portarias, etc.) estabelecendo competências, atribuições e responsabilidades dos cargos que a compõem?	100	Avançado
	A Autoridade é adequadamente atribuída e responsabilidades são apropriadamente delegadas e comunicadas em todos os níveis da área, juntamente com procedimentos efetivos para monitorar resultados?	100	Avançado
Políticas e Práticas de	Um programa de capacitação e treinamento regular e sistemático é adotado pela área, de modo que todos os funcionários sejam adequadamente capacitados para	100	Avançado



Recursos Humanos	desempenhar suas atribuições de maneira proveitosa?		
	A área estabelece padrões para medir a qualidade e o desempenho das atividades desenvolvidas, incluindo os indicadores que serão utilizados para monitorar o cumprimento desses padrões?	100	Avançado
<b>VALORAÇÃO DO COMPONENTE</b>		<b>86</b>	<b>Aprimorado</b>

Os percentuais estão diretamente relacionados a fragilidades encontradas quando das respostas obtidas, quais sejam:

- a) inexistência de um código de conduta formalizado para os funcionários, em que pese a elaboração do documento está em andamento, conforme minuta apresentada;
- b) ausência de indicadores de desempenho individual quanto a conduta dos colaboradores;
- c) ausência de treinamentos periódicos voltados para os temas de integridade e ética.

### **Avaliação de Risco**

Um dos mais importantes componentes, a avaliação de risco é imprescindível para o sucesso do negócio da organização, pois permite que uma organização considere até que ponto os riscos podem impactar a realização de seus objetivos a partir da definição de como mensurá-los considerando a possibilidade de sua ocorrência e o impacto caso isso ocorra.

Risco é a probabilidade de ocorrência de fatores (internos ou externos) à organização que afetem ou comprometam o alcance das metas e o cumprimento dos objetivos. Para mensuração desse componente, foi adotada a questão relacionada no quadro abaixo:

<b>Elemento</b>	<b>Questão</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Nível de maturidade</b>
Identificação de Riscos	A área identifica e avalia os riscos relevantes à realização dos objetivos e estão materializados em uma política de gestão de riscos?	67	Intermediário
<b>VALORAÇÃO DO COMPONENTE</b>		<b>67</b>	<b>Intermediário</b>

O percentual está diretamente relacionado a fragilidade verificada quanto a inexistência de identificação dos riscos relativos ao processo de seleção dos



pacientes no que concerne aos critérios utilizados pelo setor para o acesso aos serviços da Rede.

### **Atividades de Controle**

Esse componente materializa as ações desenvolvidas por políticas e atividades que contribuem para assegurar que os riscos sejam geridos em níveis aceitáveis, seja pela sua mitigação ou pela eliminação.

Para mensuração desse componente, foram adotadas as questões relacionadas no quadro abaixo:

<b>Elemento</b>	<b>Questão</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Nível de maturidade</b>
Desenvolvimento e implementação de atividades de controle	As atividades de controle adotadas pelo setor são abrangentes e razoáveis e estão diretamente relacionadas com seus objetivos e riscos?	67	Intermediário
Definição de políticas e normas	Há procedimentos formalmente estabelecidos e aplicados para atuar sobre os riscos identificados em todas as atividades relevantes relacionados ao cumprimento dos objetivos do setor?	67	Intermediário
	A área revisa periodicamente as atividades de controle para determinar sua contínua relevância e as atualiza quando necessário?	67	Intermediário
<b>VALORAÇÃO DO COMPONENTE</b>		<b>67</b>	<b>Intermediário</b>

O percentual obtido foi de 67%, o que caracteriza um nível intermediário de maturidade, significando que os controles internos administrativos voltados para às atividades de controle setorial não abrangem todas as etapas de seleção dos pacientes, principalmente quanto aos possíveis riscos envolvidos nos processos de análise das prioridades (doenças x P0 ou P1). Assim como, a ausência de revisões periódicas nos procedimentos de controle estabelecidos que permitam ao setor o cumprimento dos seus objetivos.

### **Informação e Comunicação**

Esse componente tem o condão de avaliar os canais de comunicação e a tempestividade das informações disseminadas na organização. Todos os agentes administrativos devem receber mensagens claras e tempestivas quanto a suas responsabilidades e ao modo como suas atividades influenciam e se relacionam com o trabalho dos demais agentes.



Esse componente foi construído com apenas uma questão, conforme tabela:

<b>Elemento</b>	<b>Questão</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Nível de maturidade</b>
Utilização de informações	Informações relevantes para que as pessoas cumpram suas responsabilidades são identificadas e coletadas, no formato e com o detalhamento suficiente, tornando possível a condução e o controle das atividades de forma eficiente e eficaz?	100	Avançado
Disseminação de informações	O setor divulga em seu sítio da internet informações de interesse geral ou coletivo, em atendimento à Lei de Acesso à Informação?	100	Avançado
<b>VALORAÇÃO DO COMPONENTE</b>		<b>100</b>	<b>Avançado</b>

O percentual obtido foi de 100%, o que caracteriza um nível avançado de maturidade, significando que os controles internos administrativos voltados à informação e comunicação setorial estão estruturados e funcionam a contento.

### **Monitoramento**

Monitoramento é o acompanhamento das atividades de controle da entidade, com a finalidade de diminuir riscos e de implementar melhorias.

O monitoramento é realizado por meio de atividades gerenciais contínuas ou avaliações independentes ou de ambas as formas e objetiva avaliar a adequação e o funcionamento dos controles administrativos planejados, inclusive se as atividades de controles definidas estão sendo aplicadas conforme planejado.

<b>Elemento</b>	<b>Questão</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Nível de maturidade</b>
Monitoramento Contínuo	A área tem sido avaliada pela auditoria interna para assegurar que as atividades de controle são apropriadas ao risco e funcionam conforme planejado, bem como determinar se estão presentes e em funcionamento todos os seus componentes e princípios?	100	Avançado
<b>VALORAÇÃO DO COMPONENTE</b>		<b>100</b>	<b>Avançado</b>



Durante o exercício de 2016, os acompanhamentos foram realizados por meio do painel eletrônico automatizado, cuja atualização é realizada periodicamente. O painel permite identificar o total de solicitações feitas pelo site, andamento das avaliações dos pedidos e a tempestividade dessas avaliações por especialidade requerida e autorizada.

### **Análise Geral da Área**

De posse dos percentuais obtidos por cada um dos cinco componentes anteriormente expostos, para que seja encontrado o nível de maturidade dos controles internos administrativos da Área de Acessibilidade da APS, a partir de uma visão total da entidade, basta calcular uma média aritmética, que resulta em 84%, o que significa, de acordo com a escala de avaliação do TCU, que o setor está situado no **nível aprimorado** de maturidade.

A visualização de cada componente de forma separada é interessante porque possibilita que se tenha uma visão mais acurada de onde estão localizadas as principais fragilidades que levam àquele percentual. Sem isso, quaisquer análises, incluindo a identificação do foco do problema, bem como a busca de soluções, ficam comprometidas.

Todos os componentes possuem relevância no contexto geral de análise de qualquer organização. Porém, os componentes “Avaliação de Riscos e Atividades de Controle” possuem um lugar de destaque, pois sem avaliação de riscos e práticas sistemáticas de acompanhamento das fragilidades não há controle adequado, por isso é possível afirmar que ele é o grande responsável pelo nível intermediário de maturidade, já que o setor não adota, amplamente, uma política de avaliação de riscos.

Desta forma, e considerando os aspectos apontados, entende-se que a Instituição pode promover melhorias quanto à implementação de controles internos mais abrangentes, minimizando possíveis riscos no atingimento dos objetivos específicos da área.

#### **1.1.1.2 INFORMAÇÃO**

##### **Avaliação dos controles internos administrativos relativos à Elaboração da Demonstrações Contábeis da APS.**

###### **Fato**

##### **Avaliação dos controles internos administrativos relativos à Elaboração das Demonstrações Contábeis da APS**

Com o objetivo de verificar a aderência dos controles internos administrativos estabelecidos pela Associação das Pioneiras Sociais (APS), com vistas a garantir que a elaboração das demonstrações contábeis e de relatórios financeiros, são confiáveis e efetivos foi utilizada a metodologia COSO.

A avaliação se restringiu a esse método em razão da natureza jurídica da APS, Serviço Social Autônomo, a qual não permite a utilização do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) para gerar suas informações contábeis e financeiras e conseqüentemente está dispensada da apresentação da Declaração do Contador, conforme verificado no sistema e-contas do Tribunal de Contas da União.



Para os casos em que os órgãos/entidades apresentam a Declaração do Contador, a confirmação da aderência dos controles internos se faria a partir da confrontação das restrições contábeis registradas no SIAFI com aquelas contempladas na Declaração do Contador.

Assim, conforme preconiza o COSO, a análise partiu da ótica dos cinco componentes: ambiente interno; avaliação de riscos; atividades de controle; informação e comunicação; e monitoramento. Os resultados foram suportados nas informações prestadas pelo gestor.

Os componentes foram avaliados a partir dos elementos que os compõem, conforme estabelece a metodologia.

### **Ambiente Interno**

Os elementos do **ambiente interno** verificados compreenderam a **estrutura organizacional** e a **competência do pessoal** do setor responsável pela elaboração das demonstrações contábeis e dos relatórios financeiros.

A unidade dispõe de organograma, mostrando a organização do seu setor contábil, bem como de normativos referentes às atribuições, competências, rotinas internas e responsabilidades da área. Em sua composição foram estabelecidos dois setores: o de escrituração fiscal e o de escrituração contábil. O quadro de pessoal é composto de 10 funcionários, sendo 2 contadores, 5 técnicos em contabilidade, 2 técnicos em Materiais e Finanças e 1 assistente administrativo. A estrutura organizacional apresentada é apropriada para o porte e as atividades da Instituição e sua concepção favorece o cumprimento dos seus objetivos.

As habilidades e o conhecimentos dos envolvidos no processo de elaboração das demonstrações contábeis foram demonstradas a partir da documentação apresentada. As atividades relacionadas aos cargos designados para o setor estão devidamente contempladas na resolução CFC nº 560/83. A Unidade vem ao longo do ano promovendo a capacitação de seus funcionários, em cursos aderentes aos temas da área, contribuindo, assim, para o melhoramento da execução das atividades do setor, bem como da redução do risco de não atingimento dos objetivos propostos.

Considerada as informações e análises anteriores, concluímos que o componente ambiente interno se encontra bem estruturado e funciona a contento.

### **Avaliação de Riscos**

A avaliação de riscos permite que uma organização considere até que ponto eventos em potencial podem impactar a realização dos objetivos.

Os elementos da **avaliação de riscos** verificados compreenderam a **ordenação dos processos, identificação e avaliação de riscos e respostas aos riscos**.

Conforme análise realizada nas informações prestadas, a Unidade estabeleceu fluxos e mapas de processo, descrevendo as atividades realizadas no âmbito da área contábil.

No que tange à identificação, à avaliação e às respostas ao risco por parte da Instituição, foi apresentado um mapa de riscos, identificando os principais riscos considerados e as possíveis respostas às suas ocorrências.



No entanto, verificou-se que tal mapeamento provém muito mais do conhecimento e experiência da unidade do que de um processo metodológico e sistemático, haja a vista a ausência de instrumentos que suportam o processo de identificação dos riscos, a exemplo de fichas de identificação e descrição de eventos de riscos; matriz de avaliação de riscos; escala de impacto e de probabilidade, matriz de impacto x probabilidade; e níveis de riscos.

Tal situação é corroborada pela APS. Conforme informação apresentada, está sendo elaborado um plano de auditoria interna que utilizará uma matriz de auto avaliação de controle e risco (elaboradas pelos gestores das áreas) e as identificações dos riscos feita pela própria auditoria interna para desenvolver um trabalho de monitoramento. Algumas técnicas deverão ser utilizadas pela auditoria interna para promover a identificação dos riscos.

Considerando os aspectos anteriormente apresentados, concluímos que o componente avaliação de riscos encontra-se parcialmente estruturado no âmbito da área contábil, haja vista a não implementação de um processo metodológico institucionalizado de avaliação de riscos, havendo, portanto, possibilidades para a APS quanto à promoção de melhorias em sua gestão, primando em minimizar situações danosas aos seus processos que, em determinados casos, podem ocasionar o comprometimento de seus objetivos.

### **Atividades de Controle**

As atividades de controle são os procedimentos que contribuem para assegurar que as respostas aos riscos sejam executadas.

Os elementos das **atividades de controle** verificados compreenderam o estabelecimento de **procedimentos de controle e separação de responsabilidades** no setor contábil.

Verificou-se que a Unidade estabeleceu no âmbito das rotinas da área contábil diversas atividades de controle tais como a realização de verificações, conferências, conformidades, conciliações dos registros contábeis e financeiros a serem evidenciados nas demonstrações e relatórios.

O organograma apresentado denota separação das responsabilidades quanto às áreas financeira, contábil e de relatórios contábeis, situação verificada por meio de visitas aos setores descritos, bem como da análise do suporte documental referente às atribuições e competências de cada área.

Considerada as informações e análises anteriores, concluímos que o componente atividades de controle se encontra bem estruturado e funciona a contento.

### **Informação e Comunicação**

Os elementos do componente **Informação e Comunicação** verificados compreenderam a **confiabilidade e a documentação das informações** relacionadas ao setor contábil.

A unidade utiliza os seguintes mecanismos de controle, os quais são suficientes para permitir a confiança, a qualidade e a suficiências das informações contábeis: a) conciliação do disponível – extratos bancários mensais; b) controle de estoque – Inventários anuais e relatórios mensais do modulo SAP/MM; c) controle dos bens patrimoniais – Relatórios mensais do modulo SAP/AA; d) contingencias – Relatório mensal dos assessores jurídicos; e) Despesas com pessoal – relatório do sistema de folha de pagamento; e f) Obrigações tributárias acessórias – certidões do poder público.



A documentação gerada é arquivada no sistema SAP através de funcionalidades que permite a inclusão de arquivos digitais nos registros contábeis e pedidos de compras (DMS).

Considerada as informações e análises anteriores, concluímos que o componente informação e comunicação se encontra bem estruturado.

### **Monitoramento**

Quanto ao relato das deficiências identificadas verificou-se que este tem sido convenientemente tratado. As ocorrências verificadas pela área contábil são enviadas às áreas responsáveis, através de mensagens eletrônicas que são devidamente arquivadas juntamente com o processo de conciliação e no portal de aprovação SAP. A falta de conformidade na elaboração das demonstrações contábeis, caso existam, são apontadas nos relatórios de recomendação das auditorias internas e externas.

Considerada as informações e análises anteriores, concluímos que o componente monitoramento, também, se encontra bem estruturado.

### **Conclusão**

Considerando as análises realizadas, com ressalva ao componente Avaliação de Riscos, concluímos pela aderência dos controles internos administrativos estabelecidos pela APS aos componentes do controle interno estabelecidos na metodologia COSO, garantido, de forma razoável, a confiabilidade e efetividade das demonstrações contábeis e dos relatórios financeiros.

#### **1.1.1.3 CONSTATAÇÃO**

##### **Presença de outliers nos registros/observações dos pacientes que ingressaram nas Unidades da Rede Sarah.**

##### **Fato**

De modo a verificar o acesso aos serviços prestados pela Associação das Pioneiras Sociais (APS), solicitamos os dados preenchidos pelos interessados.

A APS normatizou que, para avaliação de acesso para fins de atendimento em uma de suas especialidades, os potenciais pacientes devem preencher um formulário específico para cada uma destas. A partir das respostas a estes formulários, uma equipe técnica especializada procede à avaliação dos dados, propondo encaminhamentos a estes pacientes.

As especialidades<sup>1</sup> que foram objeto de nossas análises são as seguintes:

- Ambulatório de coluna vertebral;
- Cirurgia plástica reparadora;
- Fisioterapia em ortopedia;
- Genética médica;
- Neurocirurgia;
- Oncologia;
- Pediatria do desenvolvimento;

---

<sup>1</sup> A especialidade relativa à Ortopedia não constou de nossas análises por problemas técnicos relativos ao tamanho da base de dados fornecida.



- Reabilitação em lesão medular;
- Reabilitação neurológica.

Cabe ressaltar que cada paciente que deseje pleitear atendimento na APS deve preencher este formulário ou ligar numa central telefônica e responder a esse formulário, que será preenchido pela atendente. Exceto para os casos de pacientes na faixa etária que compreende bebês de 0 a 18 meses, tendo seu agendamento realizado diretamente pelos responsáveis legais do paciente. Nesta modalidade o solicitante identifica a data e hora mais adequada à necessidade do paciente e confirma seu atendimento, para esses casos, não ocorre avaliação. Assim, considera-se que os dados constantes de tais formulários são a fonte primordial de informações para a admissão de novos pacientes. Na necessidade de informações adicionais, os avaliadores entram em contato com o potencial paciente.

De modo a possibilitar que tais dados fossem analisados a partir o método selecionado por esta equipe de auditoria, foram necessários os seguintes ajustes, ou tratamento, desses dados, de acordo com o seguinte roteiro:

1. Calculamos a idade do paciente, a partir da diferença, em dias, entre a data de solicitação do atendimento na APS e a data de nascimento do mesmo;
2. Calculamos o tempo que o paciente está sentindo os sintomas relatados no formulário, a partir da data de solicitação do atendimento na APS e a data de percepção dos sintomas relatadas pelo paciente;
3. Agregamos uma planilha de dados sobre a capacidade de atendimento da APS para as diversas especialidades e por Unidade;
4. Organizamos os registros de cada planilha por ordem de data de solicitação, e adicionalmente criamos um campo de ordem do pedido de acesso;
5. Retiramos dos dados dos formulários os campos que continham dados em formato de texto, pois se referiam a descrições de doenças, sintomas, medicamentos administrados pelos pacientes, etc;
6. Desconsideramos as informações contidas em arquivos de imagens (laudos e relatórios médicos), que são anexados aos formulários de acesso aos serviços da APS, dada a impossibilidade nesse momento de utilização desses dados para uma análise objetiva.

Com base nos dados dos formulários ora comentados, a equipe técnica especializada classifica e atribui um *status* a cada registro dessa base, que representa a decisão que esta equipe tomou em relação a cada pedido de atendimento feito por um potencial paciente. Para algumas especialidades, contamos um total de até dezessete *status* diferentes, o que geraria uma complicação para nossas análises.

Em reunião com a equipe da APS, com vistas a obter um melhor entendimento sobre estes *status*, convencionamos que os mesmos seriam substituídos por seis categorias que abarcassem todos os *status* contidos nos dados. A tabela com este resumo se encontra a seguir:

*Quadro 1 - Status avaliados de admissibilidade de novos pacientes pela APS*

<b>Status dos formulários</b>	<b>Descrição</b>	<b>Nova classificação</b>
Ajuste no Cadastro - Correção de duplicidades   desistências	Ocorre quando um paciente faz dois registros simultâneos na base ou quando ocorre uma desistência do paciente.	Não foi levada em conta nas análises
Paciente desistiu do atendimento	Paciente ganha uma avaliação positiva, ou seja, foi admitido para atendimento com base. Uma vez que o paciente foi admitido, esse <i>status</i> conta como uma avaliação positiva (admissão) do paciente.	Avaliação positiva
Paciente não compareceu ao atendimento	Paciente também teve avaliação positiva, teve sua consulta marcada, mas não compareceu. Uma vez que o	Avaliação positiva



	paciente foi admitido, esse <i>status</i> conta como uma avaliação positiva (admissão) do paciente.	
Solicitação Cancelada	O próprio paciente cancelou sua solicitação.	Não foi levada em conta nas análises
Solicitação agendada	Situação transitória. Paciente também teve avaliação positiva e teve sua consulta marcada. Uma vez que o paciente foi admitido, esse status conta como uma avaliação positiva (admissão) do paciente.	Avaliação positiva
Solicitação atendida	Paciente também teve avaliação positiva e foi atendido. Uma vez que o paciente foi admitido, esse status conta como uma avaliação positiva (admissão) do paciente.	Avaliação positiva
Solicitação avaliada	Situação transitória. Paciente também teve avaliação positiva. Uma vez que o paciente foi admitido, esse status conta como uma avaliação positiva (admissão) do paciente.	Avaliação positiva
Solicitação avaliada: Contato telefônico	Situação distinta, onde a equipe da APS teve que entrar em contato telefônico com o paciente.	Contato telefônico
Solicitação avaliada: Não atendida falta vaga	Ocorre quando não há mais vaga para novos pacientes. O postulante não é admitido.	Falta de vagas
Solicitação avaliada: Não atendida Paciente Internado		Avaliação negativa
Solicitação avaliada: Não atendida patologia	A patologia do paciente não é tratada pela APS. O postulante não é admitido.	Não atendida a patologia
Solicitação avaliada: Não atendida pendência	Situação transitória. A equipe da APS decide que necessita de mais dados/informações para a tomada de decisão.	Não foi levada em conta nas análises
Solicitação avaliada: Não atendida por falta de confirmação	Paciente também teve avaliação positiva, mas não confirmou a consulta. Uma vez que o paciente foi admitido, esse status conta como uma avaliação positiva (admissão) do paciente.	Avaliação positiva
Solicitação avaliada: Não atendida questões clínica	Situação distinta, onde a equipe da APS conclui que não é o momento clínico para atender o paciente.	Questões clínicas
Solicitação avaliada: Não atendida Solicitação de Documentos	Situação distinta, onde o paciente marca uma consulta apenas com o intuito de solicitar documentos, tais como exames.	Não foi levada em conta nas análises
Solicitação excluída pelo solicitante	O próprio paciente cancelou sua solicitação.	Não foi levada em conta nas análises

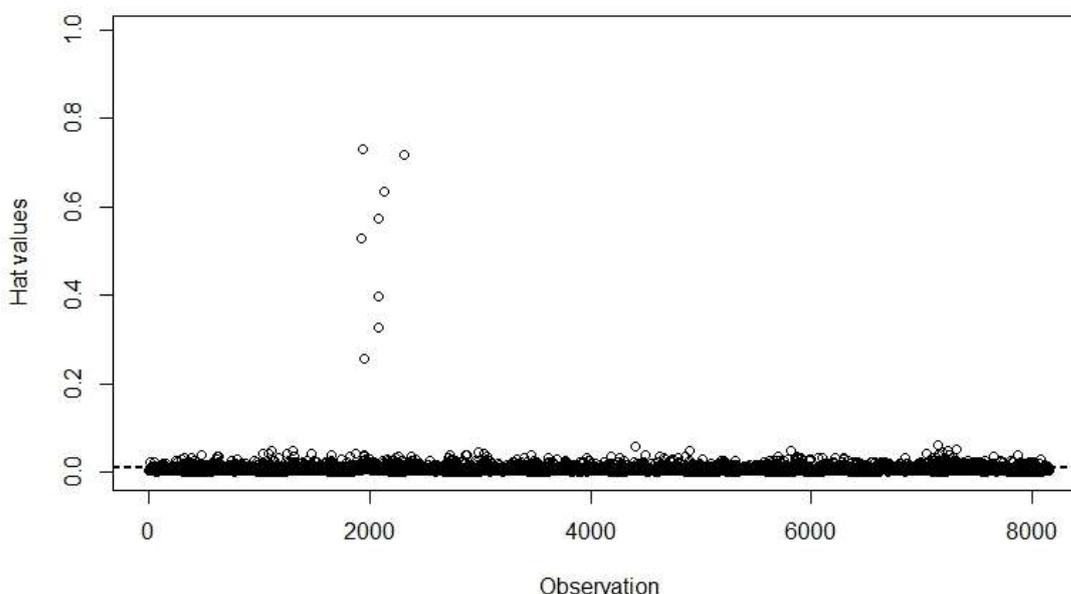
Assim, estes seis novos *status* compuseram a variável resposta para um modelo de regressão logística multinomial, onde os demais dados dos formulários preenchidos pelos potenciais pacientes figuraram como variáveis explicativas da decisão de admissão, tomada pela equipe técnica especializada da APS. Cabe ressaltar que, adicionalmente aos dados solicitados relativos aos formulários, também solicitamos as informações de capacidade de atendimento da APS, por mês e unidade. Todas as informações foram referentes ao exercício de 2016. Elaborou-se um modelo para cada uma das onze especialidades.

Em reunião de busca de soluções conjuntas com a equipe da APS, foi debatida a dinamicidade dos cadastros dos formulários, dado que a situação dos potenciais pacientes poderia se alterar ao longo do tempo. Dada essa informação adicional, é importante mencionar a limitação do modelo estatístico utilizado, que pressupõe uma situação estática dos eventos analisados.

A partir dessas considerações, salienta-se que estes modelos estatísticos de regressões foram utilizados para entendermos os critérios de decisão e julgamento das equipes técnicas especializadas da APS, e ao mesmo tempo, para avaliarmos os registros mais

influentes e incomuns – que na prática significa os casos que fugiram ao padrão de admissibilidade da equipe da APS, e que sua exclusão do ajuste da regressão causa uma mudança substancial nos valores ajustados ou nas estimativas dos coeficientes do modelo.

Gráfico 1 – Observações mais influentes em função da categoria “Avaliação positiva” em relação à categoria “Questões clínicas”, para o modelo de Reabilitação Neurológica.



O Gráfico 1 evidencia, de maneira visual, os registros que mais influentes para a especialidade de Reabilitação Neurológica. É possível notar oito registros discrepantes no lado esquerdo do gráfico. Conforme informado, esses registros fogem ao padrão de avaliação positiva.

Adicionalmente, analisamos também os resíduos do modelo, de modo a procurar os que estivessem  $\pm 2^2$ , que indicariam a presença de *outliers* nos registros, ou seja, observações que não estão nos moldes previstos. A título de exemplo, os três registros com maiores resíduos foram classificados como “Avaliação positiva”, sendo que deveriam ter sido classificados com o *status* de “Questões clínicas”, uma vez que é significativo que as avaliações positivas decorrem de existência de cuidados independentes, não haver alimentação por sonda, não haver problemas respiratórios e não haver lesão de pele. Os três não estão sob cuidados independentes, são alimentados por sonda, tem problemas respiratórios e tem lesões de pele.

Dessa maneira, totalizamos o percentual de registros/observações influentes por modelo/especialidade e também os percentuais de resíduos com valores além de  $\pm 2$ , de modo a estabelecermos um comparativo por especialidade, o qual evidenciamos a seguir:

Quadro 2 – Percentual de valores mais influentes e resíduos outliers, por especialidade.

Especialidade	Valores influentes – limite 1	Valores influentes – limite 2	Resíduos
Ambulatório de coluna vertebral	11,7%	5,76%	3,58%
Cirurgia plástica reparadora	13,2%	5,27%	3,52%
Fisioterapia em ortopedia	12,4%	6,8%	3,06%
Genética médica	10%	4,73%	3,52%
Neurocirurgia	10,5%	5,48%	1,39%

<sup>2</sup> Christensen, R., 1997. Log-Linear Models and Logistic Regression. 2nd Edn., Springer-Verlag Inc., New York, ISBN-10:0387982477, pp: 508.



Oncologia	10,8%	4,23%	3,59%
Pediatria do desenvolvimento	12,4%	6,46%	3,63%
Reabilitação em lesão medular	18,1%	9,53%	4,15%
Reabilitação neurológica	11,4%	5,35%	3,63%

O Quadro evidencia haver um padrão de *outliers* nas especialidades, que gira em torno de 3,5%. Contudo, é de se destacar a especialidade de Reabilitação em lesão medular, que apresenta parâmetros superiores às demais especialidades.

A presença de *outliers* nos registros indica a necessidade de mais fatores e variáveis que expliquem as decisões tomadas pela equipe técnica especializada da APS quanto ao acesso de potenciais pacientes aos seus serviços. Em que pese não haver um padrão de percentual de *outliers* aceitáveis, cabe ressaltar que quanto menor sua quantidade, mais segurança se tem de que o acesso aos tratamentos da APS está pautado em critérios técnicos e maior é a transparência desse processo.

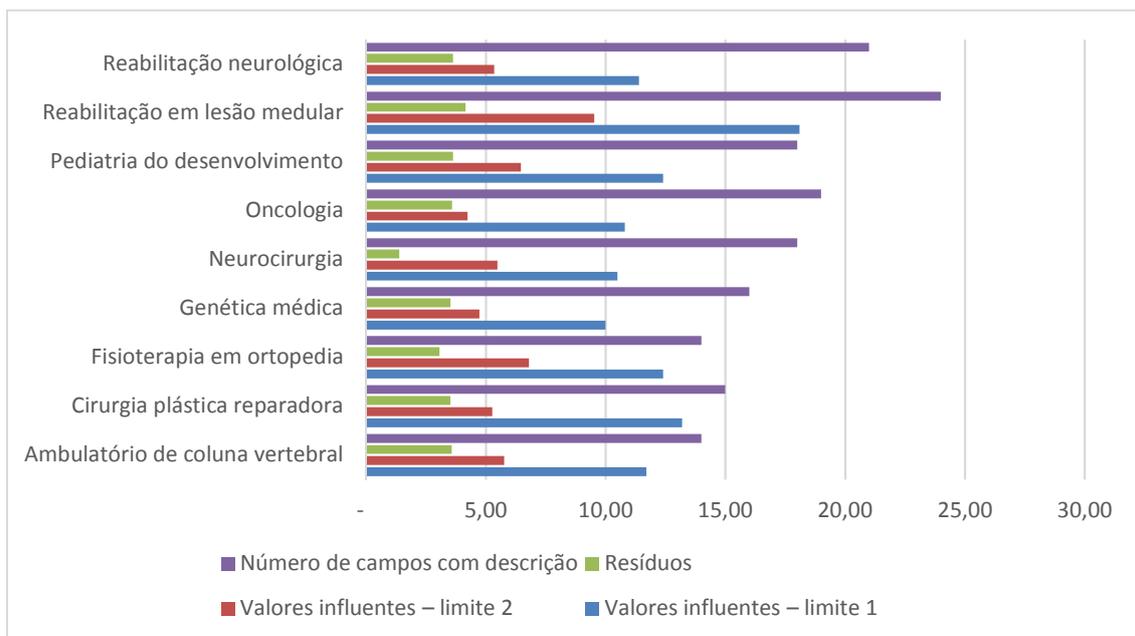
## Causa

Uma das possíveis causas da existência de observações influentes e outliers se deve a existência de campos descritivos presentes nos formulários de acesso à APS, preenchidos pelos potenciais pacientes. A título de exemplo, citam-se os campos DS\_DIAGNOSTICOSERTRATADO e DS\_PROBLEMAASERTRATADO, constante do formulário de acesso à especialidade de Neurocirurgia. Nele, o paciente descreve a sua queixa principal de saúde e a história da doença atual respectivamente, no momento do preenchimento do formulário. Há, ainda, análise de imagens de exames, laudos e documentos durante a avaliação. Assim, a equipe técnica da APS faz um julgamento técnico do caso clínico do paciente, para fins de decisão sobre a avaliação do ingresso do paciente. Contudo, como esta informação sobre quais avaliações foram feitas sobre esses campos e imagens não foram solicitados por esta equipe de auditoria, é de se esperar a existência de registros cujos modelos não explicam a decisão da equipe técnica adequadamente.

Com isso, verificamos que a quantidade de campos de descrição nos formulários é correlacionada com os limites de observações influentes dispostos no Quadro 2, e em menor grau, com os resíduos *outliers* (coeficiente de correlação de Pearson de 0,53 para o primeiro limite, 0,47 para o segundo e 0,25 para os resíduos), conforme retrata o gráfico a seguir



Gráfico 2 – Correlação entre quantidade de campos de descrição nos formulários de acesso à APS e observações mais influentes e resíduos dos modelos, por especialidade.



Assim, se faz necessária a explicitação da análise dos campos de descrição dos formulários, preferencialmente em campos categóricos ou numéricos/quantitativos, de modo a testarmos a significância destes campos para a decisão a ser tomada pela equipe técnica especializada da APS e para que avaliemos se os registros não explicados pelo modelo se reduzem, em termos percentuais.

### Manifestação da Unidade Examinada

Em manifestação da APS, sem numeração específica, a Unidade fez as seguintes considerações:

*“É importante destacar que as avaliações procedidas pela equipe técnica da APS são objetivas, sendo pautadas em definições técnicas e de eficiência e eficácia que asseguram o pleno aproveitamento dos recursos disponíveis. As diretrizes para a avaliação das solicitações encontram-se no Manual de Normas e Condutas de Avaliação das Solicitações de Atendimento e, recentemente, esses critérios de acesso foram incluídos em Aditivo ao Contrato de Gestão firmado entre a APS e a União”*

[...]

*“A criação dos campos objetivos após a avaliação da equipe técnica da APS está contemplado no item II da minuta do aditivo do Contrato de Gestão: Apresentar à Comissão Interministerial de Supervisão e Acompanhamento do Contrato de Gestão relatório semestral com o detalhamento das informações referentes ao acesso da população às diferentes unidades da Rede Sarah.*

*Este documento será avaliado em reunião já marcada com o Grupo de Trabalho Interministerial no dia 27/09/2017, as 14h00min, no Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – DAU/SAS/MS – Edifício Premium – SAF Sul – Quadra 2 – Lote 5/6 – Torre II – Sala 205 – telefone: 3315-6145, conforme evidenciado em e-mail anexo.*

*Esse detalhamento se dará por meio de parecer do avaliador sobre o caso (campo descritivo) e por meio de campos objetivos com o resultado da avaliação.*

*Essa recomendação já está em fase de implantação, por isso entendemos que poderia constar no texto dessa auditoria a fase atual desse processo.*

[...]

*Entendemos que a falta de informações objetivas pós-avaliação não altera a integridade do processo de acessibilidade da Rede SARAHA, porém como temos a oportunidade de demonstrar nossa intenção em sempre melhorar a transparência do processo, sugerimos alterar o título da constatação.*

[...]

*Para melhor exemplificar o procedimento completo adotado pela equipe técnica especializada da APS, sugerimos acrescentar informações de suma importância sobre o atendimento de bebês na faixa etária de 0 a 18 meses, e uma frase ao final do parágrafo.*

[...]

*Para melhor definir os campos descritivos, sugerimos a inclusão das palavras “documentos (a exemplo: Laudos e Relatórios) e imagem (a exemplo: Exames radiológicos e laboratoriais), pois usualmente, os documentos e imagens são mais importantes para definir a avaliação do potencial paciente do que os textos.*

Adicionalmente, por meio de resposta ao Ofício n.º 15667/2017/CGSAU/DS/SFC-CGU de 11-09/2017, referente ao processo n.º 00190.104102/2017-60, a Unidade se manifestou da seguinte forma:

*“Os princípios, critérios e parâmetros que regem o acesso aos serviços de saúde da Rede SARAHA são voltados a garantir atendimento universal, equânime e integral à população.*

*As solicitações de atendimento são realizadas por meio do preenchimento de formulários eletrônicos disponíveis no sítio da Instituição proporcionando acesso direto do usuário e assegurando agilidade no agendamento dos atendimentos. Estes formulários são compostos por campos objetivos (dados estruturados) e campos descritivos (dados não-estruturados).*

*Os formulários são analisados por equipe técnica especializada que compõe o Núcleo de Avaliação do Acesso à Reabilitação da Rede SARAHA (NAAR) que avalia de forma integrada as informações contidas nos campos objetivos e descritivos. As avaliações realizadas pelo NAAR são pautadas em critérios técnicos e parâmetros objetivos expressos no documento em anexo e disponíveis no sítio eletrônico.*

*Os dados dos formulários classificados como estruturados são campos simples com alternativa para escolha de resposta direta do tipo sim/não. Nos dados não-estruturados constam a queixa principal de saúde, a história da doença atual e anexos como relatórios médicos, imagens radiológicas e de neurofisiologia, laudos de exames complementares (laboratoriais, neurofisiológicos, radiológicos e documentação fotográfica), entre outros, que são informações determinantes para a composição da análise. Além disso, os dados não-estruturados podem evidenciar fatos referentes às condições clínicas de saúde do usuário que podem se alterar com o tempo, configurando dados extremamente importantes para definição do momento adequado do acesso.*

*Os critérios e parâmetros objetivos para análise dos campos estruturados e não estruturados dos formulários foram incluídos em minuta do Aditivo ao Contrato de*

*Gestão firmado entre a APS e a União, visando a formalização de sistema estruturado de acompanhamento. O Aditivo ao Contrato de Gestão foi escrito por um Grupo de Trabalho composto por quadro técnico do Ministério da Saúde e da Rede SARAH. Todas as solicitações de acesso podem ser auditadas com base nesses parâmetros. O documento foi distribuído a todos os membros da Comissão Interministerial em 05/09/2017 e deverá ser homologado em reunião no dia 27/09/2017, às 14h, para encaminhamento ao Ministro da Saúde.*

*Com o objetivo de capacitação constante dos profissionais que compõem a equipe técnica especializada do NAAR são oferecidos programas de educação continuada inseridos no cotidiano de trabalho como interação com os médicos consultores e equipe interdisciplinar, palestras teóricas sobre ética em saúde e treinamento técnico voltado para a área. Em 2016 foram realizadas uma série de videoconferências para treinamento das equipes locais dos NAAR e visitas técnicas em todas as unidades da Rede Sarah para padronização de condutas, critérios e parâmetros de acesso.*

*Para a avaliação do acesso a equipe da auditoria da CGU utilizou modelo estatístico de regressão logística multinomial. Nesse modelo foram considerados apenas os dados estruturados preenchidos pelo solicitante. Os dados não estruturados e a integração entre os dois tipos de dados (estruturados e não estruturados), que são determinantes para a avaliação de cada caso, não foram analisados. Com isso, o modelo utilizado explica apenas parte do ingresso de pacientes nas Unidades da APS. Ao desconsiderar campos descritivos, o modelo estatístico não consegue explicar os desfechos de parte das solicitações de ingresso nos programas da Rede SARAH, gerando aparentemente um resíduo maior do que seria o real caso a integração dos dois tipos de dados tivesse sido considerada.*

*A Rede SARAH desenvolveu um sistema de monitoramento e acompanhamento do acesso para identificar medidas preventivas ou mitigadoras de riscos. Foi criado um painel eletrônico que é atualizado sistematicamente com as posições sobre os status das avaliações de cada caso.*

*O estudo apresentado no relatório preliminar da auditoria é convergente com os esforços internos da Rede SARAH de análise contínua de dados para a tomada de decisão estratégica e ampliação do monitoramento e controle, que são premissas fundamentais da Instituição.*

*A recomendação por parte da CGU de inclusão de formulários que registrem em campo aberto a descrição objetiva do desfecho das avaliações sobre os campos descritivos está em fase de implantação, como foi exposto ao Órgão de Controle.*

*Em consonância com as diretrizes do Governo Federal sobre o tema Transformação Digital (prestação de serviço por meio eletrônico) a Rede SARAH vem constantemente aumentando a disponibilização de serviços digitais em seu sítio ([www.sarah.br](http://www.sarah.br)) para otimizar e facilitar o acesso da população aos serviços. Além das solicitações de ingresso para atendimento na Rede SARAH, estão disponíveis outras ferramentas e programas oferecidos na Rede como: comunicação instantânea com a população (chat online), outros canais de comunicação (Fale Conosco), solicitações de retorno de consultas e exames, confirmação de atendimento (por e-mail e SMS), agenda de atendimentos, atualização cadastral, resultados de exames, solicitação de documentos com validação, programas de formação continuada, programas de educação e prevenção de acidentes, publicações de artigos científicos, seleção pública, entre outros. A Rede SARAH mantém também outros canais de acesso para acolhimento da população tais como contato*



*telefônico e central de atendimento presencial para auxílio no acesso em cada uma das suas Unidades.”*

## **Análise do Controle Interno**

Avaliamos pertinentes as manifestações da Unidade e acatamos a maior parte delas. Em reunião de busca de soluções conjuntas, novos encaminhamentos foram propostos e já incorporados ao texto deste Relatório.

### **Recomendações:**

Recomendação 1: Criar módulo ou formulário que consigne as avaliações que a equipe técnica da APS realiza nos campos descritivos dos formulários que os potenciais pacientes preenchem, previamente à avaliação. Este módulo/formulário deverá registrar, com dados categóricos e objetivos as avaliações médicas feitas pela equipe técnica da APS, de modo a agregar explicação aos status de acesso dos potenciais pacientes, fazendo com que se reduzam os quantitativos de observações influentes e dos resíduos dos modelos aqui elaborados.

Recomendação 2: Promover a criação de novos campos que promovam, na medida do possível, a objetividade na análise e interpretação de informações textuais e visuais (imagens, diagnósticos e relatórios). Criar também um campo textual, a ser preenchido exclusivamente pela equipe técnica especializada da APS, para justificar as eventuais exceções que não se enquadrarem nas análises objetivas das informações já mencionadas. Assim, fica mantida uma linguagem técnica, uniforme e formal de emissão de parecer, possibilitando a aplicação de técnicas de mineração de texto e contribuindo para a objetividade das análises estatísticas do acesso.

## **2 GESTÃO OPERACIONAL**

### **2.1 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS**

#### **2.1.1 EFETIVIDADE DOS RESULTADOS OPERACIONAIS**

##### **2.1.1.1 INFORMAÇÃO**

### **Análise da Área de Custos**

#### **Fato**

A auditoria realizada sobre a gestão de custos da APS teve por objetivo verificar a adequabilidade da unidade frente às suas atribuições. Para tanto, o ponto de partida foi a análise documental do Relatório de Gestão (RG) relativo ao exercício de 2016 apresentado pela Unidade Prestadora de Contas (UPC) ao Tribunal de Contas da União (TCU) e complementarmente a análise de informações obtidas da unidade referentes à existência de estudos quanto ao dimensionamento e suficiência da estrutura e quanto ao impacto decorrente das atividades nas decisões gerenciais da Instituição.

A Área de Gestão de Custos da APS é responsável por definir e repassar aos setores diretrizes e orientações que garantam a distribuição dos gastos entre os objetos de custos (centros de custos e ordens internas) de maneira eficiente e precisa, visando minimizar as distorções nas apurações.



As informações e análises geradas pelo setor são reportadas à Direção da Rede e, quando cabível, às Lideranças dos diversos Centros de Custos, que são responsáveis pelas tomadas de decisões gerenciais e pelo planejamento operacional e estratégico relacionados à gestão de custos.

Os normativos que regem os processos de apropriação dos custos da Instituição são:

i) Norma Operacional n° 06/1997 – Estabelece procedimentos básicos para apropriação das diversas despesas com pessoal, material e serviços.

ii) Instrução Operacional n° 5/2010 – Define as formas de alocação dos gastos com investimentos (aquisição de equipamentos e edificação e adequações prediais);

iii) Instrução Operacional n° 8/2010 – Determina o registro dos gastos com treinamento de novos funcionários nas contas de Estágios e Bolsas, bem como os gastos com formação e capacitação de funcionários através de reciclagens e participação em eventos nas contas de formação e treinamento.

Além das citadas normas, a área utiliza o documento denominado Método de Apuração dos Serviços Hospitalares no qual apresenta definições e bases de cálculo dos indicadores de custos.

A metodologia utilizada para a apuração é a de Custeio por Absorção que consiste no rateamento de todos os elementos (fixos e variáveis) em cada fase da produção, assim cada unidade ou produto receberá sua parcela no custo até que o valor aplicado seja totalmente absorvido pelo custo dos serviços prestados.

Atualmente são 776 centros de custos ativos alocados conforme a natureza de função produtiva ou de função de suporte, a saber:

<b>Referências</b>	<b>Quantitativo Centros de Custos</b>
Administração Central	49
Centro de Tecnologia	19
Equipos	8
Protótipos	7
Sarah Brasília Sede	93
Sarah Brasília Lago Norte	75
Sarah Belém	49

Sarah Belo Horizonte	86
Sarah Fortaleza	77
Sarah Macapá	51
Sarah Rio de Janeiro	94
Sarah Salvador	85
Sarah São Luiz	83
<b>TOTAL</b>	<b>776</b>

O fluxo das informações no processo de controle de custos ocorrem em 3 (três) sistemas (SAP, Sistema de Pessoal e o Sistema de Registro de Produção/CNCQ):

1. SAP: Composto por 3 (três) módulos (materiais, financeiro e manutenção). Todas as informações geradas pelo sistema são encaminhadas ao setor de contabilidade e enviadas ao módulo Controladoria (custos).
2. Pessoal: Envia as informações ao módulo Controladoria (custos); e
3. CNCQ: Não possui módulos específicos. Após a análise dos dados registrados, os custos são apurados e os relatórios elaborados para fornecimento a Diretoria e as Lideranças. Neste sistema, as informações não são enviadas ao módulo Controladoria.

As informações pertinentes aos sistemas SAP e Pessoal são obrigatoriamente analisadas pelo setor de custos (módulo controladoria). Não ocorrendo incongruências nos dados lançados, os custos são apurados e os relatórios gerenciais elaborados.

A área é composta por três funcionários (dois estatísticos e um assistente administrativo) e no exercício de 2016 foram realizadas capacitações pertinentes aos sistemas utilizados pela área (SAP e QlikView).

O processo de atuação do setor está organizado em 3 (três) etapas, a saber:

#### Definições de diretrizes

Nesta etapa são repassados aos setores as diretrizes adequadas ao correto registro e alocação dos custos (gastos), bem como ao correto registro da realização de serviços e produtos (estatísticas de atendimento e produção). Competindo a Área de Gestão de Custos apurar a correta alocação dos gastos. Assim como, administrar as estruturas relativas ao sistema de apuração de custos, criando, eliminando, ativando, desativando e alterando os seguintes elementos: Centros de Custos, Centros de Lucro, Classes de Custos (primárias e secundárias), Índices, Tipos de Atividades, Ordens Internas e Ordens Estatísticas. Comunicando aos diversos setores as alterações realizadas.



## Avaliação e Consolidação

Após a conferência dos custos alocados pelos respectivos setores, a Área de Gestão de Custos consolida as informações no módulo financeiro do SAP, denominado SAP/FI. Os registros permanecem disponíveis para análise e para a realização da apuração de custos no módulo de controladoria do SAP, denominado SAP/CO, juntamente com as estatísticas de atendimentos e serviços prestados encaminhadas mensalmente pelo CNCQ - Centro Nacional de Controle de Qualidade da Rede.

Caso sejam identificados erros ou ajustes necessários, as áreas responsáveis são contatadas para que realizem as correções pontuais e implantem procedimentos corretivos definitivos, após o que, são gerados e disponibilizados os relatórios gerenciais.

## Relatórios

Finalizado o processo de apuração dos custos, os relatórios gerenciais são gerados e encaminhados aos setores respectivos. Entre estes relatórios destacam-se: i) relatórios anuais de encerramento de exercício; e ii) relatórios mensais de acompanhamento.

Além dos relatórios regulares, são atendidas as demandas pontuais a respeito de informações de custos (custo de procedimentos médicos, de exames, custos agregados de um centro de custos, entre outros.)

Durante o processo de alocação dos custos no sistema SAP pelos respectivos centros até a geração dos relatórios gerenciais há um monitoramento dos riscos inerentes ao procedimento.

Os principais pontos críticos observados em 2016 foram aqueles relacionados à correta alocação dos gastos aos objetos de custos. Destacando-se:

- i) possíveis erros na inserção das horas trabalhadas pelos profissionais que atuam em vários centros de custos (médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, etc.); e
- ii) o acompanhamento dos mais de 700 centros de custos da Rede Sarah por somente 3 (três) servidores que atualmente atuam na área, sendo 2 (dois) estatístico e 1 assistente administrativo.

Para minimizar os impactos desses riscos na gestão dos custos, o desenvolvimento dos trabalhos se dá por meio da parceria “Equipe de Custos X Lideranças dos Centros de Custos”, mediante a realização de treinamento para as lideranças de forma a possibilitar o acompanhamento e identificação dos gargalos em seus próprios centros. As orientações sobre medidas corretivas são repassadas imediatamente às áreas envolvidas (e-mails, reuniões, ligações telefônicas) e podem gerar diretrizes e orientações que, posteriormente, serão ou não incorporadas as normas.

Para gerenciamento dos riscos potenciais e reais, capazes de afetar a gestão dos custos, foram realizadas avaliações dos dados informados pelas áreas no sistema SAP (módulos: MM-materiais, FI-financeiro-contábil, CO-controladoria, PM-manutenção) de modo a identificar possíveis incongruências antes da geração dos relatórios gerenciais.



Na identificação de erros, os setores são orientados a proceder as correções necessárias, pontualmente ou mediante a implantação de procedimentos corretivos definitivos. Também são realizadas revisões das escalas de trabalho dos profissionais da área-fim (médicos, enfermeiros, terapeutas, etc.) de modo a evitar alocações de gastos indevidos.

Quanto aos procedimentos utilizados na realização de verificações, conferências, conformidades, conciliações dos registros de custos que são evidenciados nas demonstrações e relatórios, o setor realiza comparações entre o total das despesas e dos registros contábeis, considerando que possíveis divergências podem decorrer no momento dos rateios de distribuição dos gastos entre os centros de custos. Após os ajustes e permanecendo as divergências nos valores totais, estas são justificadas em nota explicativa.

Quanto à existência de diretrizes para a correta documentação das informações, a Unidade informou que os lançamentos dos custos, bem como as estatísticas de produção geradas pelo Centro Nacional de Controle de Qualidade da Rede/CNCQ são registradas no sistema SAP.

No processo de disseminação das informações, considerando que os responsáveis pelos lançamentos por centro de custo obtêm todos os dados via SAP, as comunicações entre as áreas ocorrem via e-mails, reuniões, ligações telefônicas, inclusive para cientificar aos setores sobre possíveis diretrizes e orientações implementadas pela Área de Gestão de Custos, bem como proceder correções nos lançamentos.

Após a identificação de erros e/ou impropriedades nos lançamentos no SAP, a área responsável contata diretamente às lideranças dos centros de custos, pessoalmente ou via e-mail, para que implantem procedimentos corretivos definitivos, de forma a garantir a confiabilidade e qualidade das informações geradas e comunicadas.

Ademais, o sistema gera os Relatórios de Acompanhamento de Despesas que contém as informações de acompanhamento de Gastos da Rede em séries históricas por Natureza das Despesas, por Unidade e Centros de Custos. O painel fica disponível para uso restrito da Diretoria da Rede (Alta Administração), podendo ser acessado a qualquer momento para consultar, analisar e dirimir dúvidas.

Também são gerados relatórios anuais que permitem obter uma visão comparativa dos custos dos exercícios anteriores.

A atualização das informações é de competência exclusiva da Área de Controle de Custos. O painel é mantido atualizado com dados até o mês anterior ao mês corrente.

Desta forma, conclui-se que, a estrutura da Área de Gestão de Custo permite que a apuração dos gastos da Instituição seja realizada de forma tempestiva e adequada possibilitando a adoção de medidas preventivas e mitigadoras dos riscos. Ademais, a possibilidade da Alta Administração acessar os relatórios de custos atualizados em tempo real, possibilita a tomada de decisões com vistas ao efetivo cumprimento dos objetivos do Contrato de Gestão.

# Certificado de Auditoria Anual de Contas



Secretaria Federal de Controle Interno

**Certificado:** 201701008

**Unidade(s) auditada(s):** ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS/APS

**Ministério supervisor:** MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Município (UF):** BRASÍLIA/DF

**Exercício:** 2016

1. Foram examinados os atos de gestão praticados entre 01/01/2016 e 31/12/2016 pelos responsáveis das áreas auditadas, especialmente aqueles listados no artigo 10 da Instrução Normativa TCU nº 63/2010.
2. Os exames foram efetuados por seleção de itens, conforme escopo do trabalho informado no Relatório de Auditoria Anual de Contas, em atendimento à legislação federal aplicável às áreas selecionadas e atividades examinadas, e incluíram os resultados das ações de controle, realizadas ao longo do exercício objeto de exame, sobre a gestão da unidade auditada.
3. Diante do exposto, proponho que o encaminhamento das contas dos integrantes do Rol de Responsáveis seja pela **regularidade**.
4. Ressalta-se que dentre os responsáveis certificados por Regularidade há agentes cuja gestão não foi analisada por não estar englobada no escopo da auditoria de contas, definido conforme art. 9º, § 6º, da Decisão Normativa TCU nº 147/2015.

Brasília/DF, 28 de setembro de 2017.

O presente certificado encontra-se amparado no relatório de auditoria, e a opção pela certificação foi decidida pelo:

**Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde**



# Parecer de Dirigente do Controle Interno



Presidência da República - Controladoria-Geral da União - Secretaria Federal de Controle Interno

**Parecer:** 201701008

**Unidade Auditada:** ASSOCIAÇÃO DA PIONEIRAS SOCIAIS/APS

**Ministério Supervisor:** MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Município/UF:** BRASÍLIA/DF

**Exercício:** 2016

**Autoridade Supervisora:** Ricardo José Magalhães Barros

1. Tendo em vista os aspectos observados na prestação de contas anual do exercício de 2016 da **Associação das Pioneiras Sociais (APS)** expresso a seguinte opinião acerca dos atos de gestão com base nos principais registros e recomendações formulados pela equipe de auditoria.
2. A APS foi instituída pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e de desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público.
3. A Unidade é responsável pela gestão do SARA, rede constituída por nove hospitais de reabilitação, nas áreas neurológica e ortopédica, localizados em sete Estados e no Distrito Federal. A administração da Rede SARA é sediada em Brasília/DF.
4. A Unidade Prestadora de Contas (UPC) possui Contrato de Gestão firmado com a União por intermédio do Ministério da Saúde, do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, para dar cumprimento ao estabelecido na Lei nº 8.246/91. O contrato foi firmado em 14 de novembro de 2000, pelo prazo de cinco anos, e aditivado por igual período em 2005, para o período de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010, e novamente renovado por igual prazo, em 13 de dezembro de 2010,



para vigência até 31 de dezembro de 2015. Em 18 de dezembro de 2015, foi celebrado um novo Contrato de Gestão, com vigência até 31 de dezembro de 2020.

5. Os exames realizados por seleção de itens, conforme escopo do trabalho informado no Relatório de Auditoria Anual de Contas, não apontaram constatações referentes aos atos de gestão realizados em 2016 dos agentes integrantes do rol de responsáveis, tendo sido, assim, emitido certificado de regularidade das contas.

6. Não houve para o período em exame recomendações a serem monitoradas pela CGU, considerando que os trabalhos anteriores realizados não geraram achados para a Unidade examinada. Não obstante, verificamos que a APS possui uma área de Controladoria/AUDIN responsável pelo monitoramento e acompanhamento das ações da Unidade, bem como das demandas externas. Conforme análises realizadas, a área mantém rotinas razoáveis de acompanhamento e atendimento das demandas emitidas pelos órgãos de controle.

7. As avaliações realizadas apontaram que: a) o nível de maturidade dos controles internos administrativos da APS relativos à área responsável pelos atendimentos às solicitações de ingresso na Rede Sarah, foi classificado, conforme metodologia do COSO, em aprimorado, tendo sido verificado uma maior fragilidade nos componentes “avaliação de riscos e atividades de controle”, para os quais ressaltamos a necessidade da Unidade em promover melhorias; b) quanto aos controles internos relativos à área contábil, as análises indicaram, com ressalva do componente “avaliação de riscos”, que estes garantem, de forma razoável, a confiabilidade e efetividade das demonstrações contábeis e dos relatórios produzidos pela Unidade; c) a estrutura da área de gestão de custos permite que a apuração dos gastos da Instituição seja realizada de forma tempestiva e adequada, possibilitando a adoção de medidas preventivas e mitigadoras de riscos; e d) no que tange à publicidade das informações relacionadas à parcela de recursos públicos recebidos e a sua destinação, conforme preconiza a Lei 12.527/2011 e o Decreto nº 7.724/2012, e o estabelecido pelo Parecer nº 05/2015/DECOR/CGU/AGU, verificou-se que a APS, em 2016, deixou de divulgar a maioria das informações previstas, situação tempestivamente solucionada pela Unidade com a construção de módulo em seu site promovendo, imediatamente, a divulgação das informações exigidas, possibilitando o acesso e acompanhamento da gestão dos recursos pelo público externo. Reforçou-se, apenas a necessidade de manutenção e atualização periódica das informações.



8. Assim, em atendimento às determinações contidas no inciso III, art. 9º da Lei n.º 8.443/92, combinado com o disposto no art. 151 do Decreto n.º 93.872/86 e inciso VI, art. 13 da IN/TCU/N.º 63/2010 e fundamentado no Relatório de Auditoria, acolho a conclusão expressa no Certificado de Auditoria. Desse modo, o Ministro de Estado supervisor deverá ser informado de que as peças sob a responsabilidade da CGU estão inseridas no Sistema e-Contas do TCU, com vistas à obtenção do Pronunciamento Ministerial de que trata o art. 52, da Lei n.º 8.443/92, e posterior remessa ao Tribunal de Contas da União por meio do mesmo sistema.

Brasília/DF, 28 de setembro de 2017.

Diretor de Auditoria de Políticas Sociais 1

