

Relatório de Auditoria Anual de Contas



Presidência da República

Controladoria-Geral da União

Secretaria Federal de Controle Interno

Unidade Auditada: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Exercício: 2014

Processo: 23092.000166/2014-00

Município: Porto Alegre - RS

Relatório nº: 201407929

UCI Executora: CONTROLADORIA REGIONAL DA UNIÃO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Análise Gerencial

Senhor Chefe da CGU-Regional/RS,

Em atendimento à determinação contida na Ordem de Serviço n.º 201407929, 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 pelo HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO.

1. Introdução

Os trabalhos de campo foram realizados no período de 29/05/2014 a 11/06/2014, por meio de testes, análises e consolidação de informações coletadas ao longo do exercício sob exame e a partir da apresentação do processo de contas pela unidade auditada, em estrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao Serviço Público Federal.

Nenhuma restrição foi imposta à realização dos exames.

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 Tribunal de Contas da União – TCU.

Registra-se que os Achados de Auditoria apresentados neste relatório foram estruturados, preliminarmente, em Programas e Ações Orçamentárias organizados em títulos e subtítulos, respectivamente, segundo os assuntos com os quais se relacionam



diretamente. Posteriormente, apresentam-se as informações e as constatações que não estão diretamente relacionadas a Programas/Ações Orçamentários específicos.

2. Resultados dos trabalhos

De acordo com o escopo de auditoria firmado, por meio das Atas de Reunião realizadas em 28/11/2013, entre a Secex-RS e a Controladoria Regional da União do Rio Grande do Sul (CGU-Regional/RS), e em 03/12/2013, entre a Diretoria de Auditoria da Área Social da Controladoria-Geral da União e a Secretaria de Educação, da Cultura e do Desporto – Secex Educação, do Tribunal de Contas da União, foram efetuadas as seguintes análises:

2.1 Avaliação da Conformidade das Peças

Considerando a natureza jurídica e o negócio da unidade jurisdicionada, o presente item teve como objetivo avaliar a conformidade das peças, quais sejam: o rol de responsáveis, parecer dos auditores internos e o relatório de gestão.

A metodologia adotada pela equipe consistiu na análise documental das peças, comparando-as com os conteúdos e formatos obrigatórios nos termos da DN TCU nº 127/2013, da DN TCU nº 132/2013 e da Portaria-TCU nº 175/2013.

Considerando as informações acima apresentadas e a análise realizada pela equipe de auditoria no processo de contas e no Relatório de Gestão da Unidade, é possível concluir que a Instituição apresentou as peças em conformidade com as normas do Tribunal de Contas da União para o exercício de 2013.

2.2 Avaliação da Gestão de Pessoas

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.

2.3 Avaliação da Situação das Transferências Voluntárias

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.

2.4 Avaliação da Gestão de Passivos sem Previsão Orçamentária

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.



2.5 Avaliação da Gestão de Tecnologia da Informação

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.

2.6 Avaliação da Gestão do Patrimônio Imobiliário

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.

2.7 Avaliação da Gestão Sobre as Renúncias Tributárias

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.

2.8 Avaliação do Cumprimento das Recomendações da CGU

O órgão de controle interno optou por incluir a avaliação do cumprimento das recomendações emitidas por ele considerando as seguintes questões de auditoria:

- 1) A UJ mantém uma rotina de acompanhamento e atendimento das recomendações emanadas pela CGU especialmente quanto: à instauração de TCE, à apuração de responsabilidade, ao fortalecimento do controle interno administrativo?
- 2) Estão definidos em normativos internos os responsáveis pelo processo relativo ao controle de recomendações emanadas pela CGU?
- 3) Existe identificação de riscos no que concerne ao tempestivo atendimento das recomendações emanadas pela CGU por parte da UJ?
- 4) São tomadas medidas compatíveis conforme a avaliação dos riscos do processo?

Tendo em vista que não houve trabalhos de auditoria de gestão referente ao exercício de 2012, a avaliação quanto aos controles adotados pela Unidade relacionados ao atendimento das recomendações emitidas pela CGU restringiu-se a itens ainda não verificados e à análise do atendimento geral das recomendações constantes no Plano de Providências da Unidade.

Desta forma, as seguintes questões foram formuladas ao gestor:

- 1) Há no âmbito da Unidade check-list e/ou instrução normativa, para assegurar que as tarefas rotineiras relativas ao monitoramento das recomendações da CGU sejam realizadas correta e tempestivamente?

Análise: de acordo com o gestor, foi criado por intermédio do Ato 005/2010, de 11/01/2010, um grupo de trabalho com a responsabilidade de monitorar as recomendações da CGU, em nível institucional. Além deste grupo, o monitoramento também é realizado pela Auditoria Interna e pelos respectivos gestores.

A partir do exercício de 2014, a Coordenadoria de Gestão de Auditoria Interna passará a constar em seus Relatórios de Auditoria todas as recomendações emitidas pelos Órgãos



de Controle Interno (CGU) e Controle Externo (TCU) e das Auditorias Externas, de acordo com as respectivas áreas de que se refere à recomendação. Os relatórios da Auditoria Interna são submetidos à apreciação da Administração Central e Conselho Diretor do HCPA.

Por fim, as recomendações dos órgãos de controle, da auditoria interna e externa constam do RAINT 2013, além do que, o Plano de Providências Permanente (PPP) e o monitoramento dos achados de auditoria são submetidos à aprovação do Conselho Diretor do HCPA.

2) Quanto às recomendações emitidas pela CGU, há alguma escala de prioridades na implementação das mesmas em função de eventos, gargalos e pontos críticos identificados?

Análise: conforme informações fornecidas pelo gestor, quanto às recomendações emitidas pela CGU, são sempre consideradas as recomendações que por suas especificidades tenham maior impacto na gestão da Instituição. Além disto, as recomendações são acompanhadas até a solução definitiva, sendo que neste momento não há recomendações que não foram atendidas.

3) O Hospital possui capacidade de identificar os eventos, isto é, os fatores internos e/ou externos em relação à mesma que poderiam impactar negativamente no esforço de implementar as recomendações e determinações da CGU?

Análise: segundo o gestor, o impacto das recomendações efetuadas pelo grupo de trabalho são avaliadas quanto aos impactos resultantes da implementação das recomendações, e são objeto de estudo do grupo criado pelo Ato 005/2010, sendo que, no momento, não há recomendações pendentes de atendimento.

Com base nas informações registradas no Plano de Providências Permanente e no Relatório de Gestão da unidade auditada, verificou-se que a unidade mantém uma rotina adequada de acompanhamento e atendimento das recomendações da CGU.

2.9 Avaliação da Carta de Serviços ao Cidadão

Conforme ajuste de escopo realizado nos termos do §6º do art. 9º da Decisão Normativa TCU nº 132/2013, esse tema não foi objeto de exame.

2.10 Avaliação do CGU/PAD

Verificamos que o Hospital de Clínicas não registra as informações referentes aos procedimentos disciplinares instaurados no Sistema de Gestão de Processos Disciplinares (CGU/PAD).

A norma que disciplina a utilização do Sistema CGU/PAD é a Portaria CGU nº 1.043/2007, que estabelece em seu art. 1º a obrigatoriedade de utilizar o Sistema CGU/PAD aos órgãos e entidades que compõem o Sistema de Correição do Poder Executivo Federal, criado por meio do Decreto nº 5.480/2005.

Conforme informado nos itens 3.4 e 3.5 do Relatório de Gestão, o gestor entende não ser aplicável ao Hospital o Decreto nº 5.480/2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade



de manter uma Unidade Seccional do Sistema de Correição aos órgãos que compõem a estrutura dos ministérios, suas autarquias e fundações públicas.

Conforme o gestor, por ser uma empresa pública, o HCPA não integraria o Sistema de Correição do Poder Executivo Federal, criado por meio do Decreto nº 5.480/2005. Consequentemente não seria aplicável ao Hospital a Portaria CGU nº 1.043/2007.

O gestor, por fim, informa que no ano de 2013 foram realizados três processos de sindicância, sem serem registrados no CGU/PAD, sendo que em nenhum deles foi identificado dano ao erário.

2.11 Avaliação do Parecer da Auditoria Interna

Por meio dos exames realizados, verificou-se que a unidade auditada apresentou o Parecer de Auditoria Interna.

A atual composição da Auditoria Interna do HCPA é composta por 01 Coordenador, 03 Auditores e 01 Auditor de Sistema, composição considerada adequada pela Audin para atender as necessidades do Hospital.

A Auditoria Interna está vinculada diretamente ao Conselho Diretor do Hospital.

O acompanhamento das recomendações da Auditoria Interna é realizado por meio do Plano de Providências Permanente elaborado pela CGU-RS. O monitoramento é realizado até o atendimento integral da recomendação.

Não existem recomendações do Plano de Providências Permanente pendentes de atendimento no exercício de 2013.

Desta forma, considerando a análise realizada nas contas referentes ao exercício de 2013, acima exposta, é possível concluir que a Audin do HCPA possui estrutura adequada e atua considerando os normativos estabelecidos.

As análises do Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna (PAINT) e do Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna (RAINT) da Unidade também não demonstraram inconsistências relevantes.

2.12 Avaliação dos Resultados Quantitativos e Qualitativos da Gestão

Quanto aos resultados obtidos pela gestão do Hospital em 2013, a avaliação realizada levou em consideração as seguintes questões de auditoria:

a) Os resultados quantitativos e qualitativos da gestão, em especial quanto à eficácia e eficiência dos objetivos e metas físicas e financeiras planejados ou pactuados para o exercício, foram cumpridos?

a.1) A relação Finalidade da Ação x Objeto do Gasto apresenta coerência?

a.2) Os controles internos administrativos relacionados à avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão são suficientes?



No decorrer do exercício de 2013, o Hospital de Clínicas empenhou despesas no montante de R\$ 1.021.777.110,47, das quais R\$ 947.424.038,44 foram liquidadas e R\$ 74.353.072,03 foram inscritas em Restos a Pagar. Os recursos foram executados em 07 Programas de Governo e vinculados a 21 ações (Projeto ou Atividade), conforme dados a seguir:

- 1) Programa 2109 - Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Educação, no montante de R\$ 687.934.287,10;
- 2) Programa 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no montante de R\$ 191.785.997,89;
- 3) Programa 2032 - Educação Superior - Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão, no montante de R\$ 114.532.954,04;
- 4) Programa 0901 - Operações Especiais: Cumprimento de Sentenças Judiciais - Operações Especiais, no montante de R\$ 23.535.197,49;
- 5) Programa 2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas, no montante de R\$ 2.562.708,52;
- 6) Programa 2021 - Ciência, Tecnologia e Inovação, no montante de R\$ 1.360.472,52;
- 7) Programa 0905 - Operações Especiais: Serviço da Dívida Interna (Juros e Amortizações), no montante de R\$ 65.492,91.

A seguir apresentamos as ações executadas, bem como suas respectivas representatividades em relação ao Programa ao qual pertencem:

Programa (Código Ação)	Ação (Projeto / Atividade)	Despesas Empenhadas	Representatividade no Programa
20TP	PAGAMENTO DE PESSOAL ATIVO DA UNIÃO	622.074.502,30	60,88%
0110	CONTRIBUIÇÃO A PREVIDÊNCIA PRIVADA	26.813.711,22	2,62%
2012	AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO AOS SERVIDORES	24.283.708,37	2,38%
2004	ASSISTENCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	10.310.510,00	1,01%
2011	AUXILIO-TRANSPORTE AOS SERVIDORES	2.799.798,97	0,27%
2010	ASSISTENCIA PRÉ-ESCOLAR AOS DEPENDENTES	845.300,82	0,08%
4572	CAPACITACAO DE SERVIDORES PUBLICOS FEDERAIS	806.755,42	0,08%
TOTAL	PROGRAMA 2109	687.934.287,10	100 %
8585	ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	148.694.838,13	77,53%
20G8	ATENÇÃO À SAÚDE NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	40.044.998,76	20,88%
20SP	OPERACIONALIZACAO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	2.022.861,00	1,05%
20R4	APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA	1.023.300,00	0,53%
TOTAL	PROGRAMA 2015	191.785.997,89	100 %



20RX	REESTRUTURAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES FEDERAIS	36.957.017,43	32,27%
148G	RECONSTRUÇÃO FÍSICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	34.000.000,00	29,69%
4086	FUNCIONAMENTO E GESTÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES FEDERAIS	25.086.498,67	21,90%
4005	APOIO À RESIDÊNCIA EM SAÚDE	18.489.437,94	16,14%
TOTAL	PROGRAMA 2032	114.532.954,04	100 %
0022	CUMPRIMENTO DE SENTENÇAS JUDICIAIS DEVIDAS POR EMPRESAS ESTATAIS	23.535.197,49	100%
TOTAL	OPERAÇÃO ESPECIAL 0901	23.535.197,49	100 %
20R9	PREVENÇÃO DE USO E/OU ABUSO DE DROGAS	2.251.350,52	87,85%
20IE	POLÍTICA PÚBLICA SOBRE DROGAS	311.358,00	12,15%
TOTAL	PROGRAMA 2060	2.562.708,52	100 %
2095	FOMENTO A PROJETOS DE IMPLANTACAO E RECUPERAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DE PESQUISA DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	1.091.909,69	80,26%
2997	FOMENTO A PROJETOS INSTITUCIONAIS PARA PESQUISA NO SETOR DE SAÚDE	268.562,83	19,74%
TOTAL	PROGRAMA 2021	1.360.472,52	100 %
0284	AMORTIZAÇÃO E ENCARGOS DE FINANCIAMENTO	65.492,91	100%
TOTAL	OPERAÇÃO ESPECIAL 0905	65.492,91	100 %

O Programa de maior magnitude “Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Educação” que se destina ao custeio das despesas com pessoal, no montante de R\$ 687.934.287,10, que representa o equivalente a 67,33 % das despesas empenhadas não foram incluídos no escopo da presente auditoria, nos termos da Ata de reunião realizada em 28/11/2013 entre o TCU (SECEX/RS) e a CGU/Regional-RS. Em nossos exames, não identificamos incongruências entre a finalidade das ações e o objeto dos gastos e verificamos que, em geral, a Unidade atingiu satisfatoriamente os resultados quantitativos e qualitativos da gestão, especialmente naquilo que se refere à eficácia e eficiência no cumprimento dos objetivos e metas pactuados para o exercício, à exceção da Ação 572 - “Capacitação de Servidores Públicos Federais”.

De acordo com os dados constantes na página 82 do Relatório de Gestão do HCPA de 2013, a meta estabelecida era de capacitar 5.200 funcionários. Entretanto o resultado ficou aquém do esperado, pois foram capacitados 2.856 funcionários, que representaram aproximadamente 54,92 % da meta física. Registramos que a dotação total para a citada Ação era de R\$ 826.027,00, enquanto os recursos empenhados montaram em R\$ 806.755,42, que representaram 97,67 % da dotação total.

Tendo em vista que não identificamos no corpo do Relatório de Gestão as razões para o não atingimento da meta física, o fato foi objeto de questionamento por meio da



Solicitação de Auditoria nº 201407929/010, de 10/06/2014. Em sua manifestação, mediante Ofício nº 0657/2014, de 20 de junho de 2014, o HCPA informou: “A ação projetada para 2013 previa a implantação do Programa de Excelência no Atendimento, com capacitação de todo o grupo de funcionários ao longo de 2013 e 2014 (cerca de 5.200 colaboradores).

Em 2012, foi realizada licitação na modalidade concorrência, do tipo técnica e preço (PAC 125758), tendo sido contratado (Contrato 11055) o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC/RS, único ofertante de prestação de serviço. No entanto, durante a execução da primeira fase (diagnóstico), após a instauração do processo administrativo de penalização, houve rescisão do contrato a pedido da licitada em comum acordo com o hospital.”

Merece destaque a Ação inclusa no Plano Plurianual (PPA - 2012-2015), denominada “Reconstrução Física do HCPA”. O projeto de ampliação e expansão das instalações do HCPA (Anexos I e II) monta em R\$ 418.744.664,48, sendo que no exercício de 2013 foram empenhados créditos no montante de R\$ 34.000.000,00, que representam 3,33% das despesas empenhadas da Unidade em 2013. Para termos a noção exata da importância de tal ação orçamentária, segundo os gestores, a construção dos Anexos I e II, ampliará o Hospital em quase 70 %. A execução das obras foi objeto de contratação mediante Regime Diferenciado de Contratação (RDC) nº 003/2013 (PAC 128663) e ficará a cargo do Consórcio constituído entre as empresas Tratenge Engenharia Ltda. (CNPJ 06.098.460/0001-80) e Engeform Construções e Comércio Ltda. (CNPJ 48.246.920/0001-10).

CONTROLES DA ÁREA DE MONITORAMENTO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.

Quando aos controles relacionados ao monitoramento dos resultados quantitativos e qualitativos dos objetivos e ações sob responsabilidade do HCPA, em análise à estrutura física e de pessoal, bem como da documentação e processos apresentados pela Unidade, não se identificaram inconsistências que poderiam representar riscos ao atingimento dos objetivos do HCPA.

Conforme Regimento Interno da Área Administrativa do Hospital, a área interna responsável pelo monitoramento dos resultados quantitativos e qualitativos denomina-se Coordenadoria Financeira (COFIN), vinculada à Vice-Presidência Administrativa (VPA). A Coordenadoria financeira tem por finalidade o gerenciamento do fluxo orçamentário, contábil, financeiro, fiscal, de custos, de investimentos e patrimonial da Instituição.

A referida Coordenadoria apresenta as seguintes competências, nos termos do artigo 25 do Regimento Interno da Área Administrativa do Hospital:

“Art. 25 - Competirá à Coordenadoria Financeira:

a. elaborar e acompanhar o orçamento anual e plurianual;

b. acompanhar o fluxo de investimentos;

c. controlar, acompanhar e prestar contas de convênios, projetos de pesquisa e verbas especiais;



- d. captar recursos especiais para novos projetos e investimentos;*
- e. analisar os registros de controles finalísticos de gestão da Fundação de Apoio;*
- f. manter a integração dos registros do hospital no Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI);*
- g. controlar os recursos financeiros (receita e despesa);*
- h. fiscalizar o cumprimento da legislação tributária Sistema Público de Certificação Digital (SPED);*
- i. realizar o controle fiscal de entradas e saídas de bens e mercadorias no hospital;*
- j. elaborar pareceres econômicos e financeiros;*
- k. elaborar os balancetes mensais, balanço anual e demonstrações contábeis;*
- l. executar os processos de recebimento, armazenamento e controle de bens patrimoniais;*
- m. promover o inventário anual no Hospital;*
- n. administrar a depreciação e avaliação de bens patrimoniais;*
- o. acompanhar e controlar o recebimento dos serviços prestados ao SUS e demais prestadores de serviço;*
- p. administrar e controlar os suprimentos de fundos e procedimentos de viagens;*
- q. gerenciar as importações de bens e as relações com o mercado externo;*
- r. controlar os contratos de serviço;*
- s. viabilizar operações de crédito e financiamentos;*
- t. apropriar, controlar e divulgar os custos da Instituição;*
- u. gerenciar os contratos de seguros de bens patrimoniais e de importações.”*

Para fins de consecução de seus objetivos, a Coordenadoria Financeira está estruturada da seguinte forma:

- I) Serviço de Orçamento.
- II) Serviço de Contabilidade Fiscal.
- III) Serviço de Análise e Controle.
- IV) Serviço de Contabilidade Gerencial.
- V) Serviço de Finanças.



VI) Serviço de Patrimônio.

Segundo o gestor, o monitoramento dos resultados quantitativos e qualitativos é realizado especificamente pelo Serviço de Orçamento, mediante os procedimentos e instruções operacionais da área, denominados Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Quanto à capacidade de identificar eventos ou fatores internos e externos que poderiam impactar nos objetivos da área de gestão de suprimentos e metas estratégicas estabelecidas, o gestor informa que a Coordenadoria Financeira participa das reuniões da Administração Central (AC) em que são discutidos eventos e fatores internos/externos que podem impactar a capacidade do HCPA em monitorar resultados sob sua responsabilidade. Com essas informações são tomadas medidas corretivas e os fluxos de acompanhamento podem ser alterados de acordo com os novos cenários. Novos fluxos com alterações são novamente submetidos à AC e ao Conselho Diretor (CD), se for o caso (exemplo: alteração no orçamento anual). Além disso, o HCPA participa de eventos convocados pelo MEC e pelo Ministério da Saúde visando cumprir as Políticas de Saúde e de Educação do Governo Federal.

Segundo os gestores, não existe uma escala de prioridade fixa de atuação em função dos eventos, gargalos ou pontos críticos identificados. Porém, os compromissos institucionais do HCPA são priorizados de acordo com os pressupostos constantes na missão Institucional:

1º) Assistência, Ensino e Pesquisa.

2º) Manutenção da execução orçamentária dentro do previsto.

Por fim, quanto à capacitação do pessoal da COFIN, o gestor, apresentou o Plano de Educação e Desenvolvimento de Pessoas do HCPA, desenvolvido pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas, contemplando os funcionários envolvidos como o monitoramento de resultados. Dessa forma, com base nos cursos ofertados, é possível observar que o HCPA tem atuado na capacitação de seus colaboradores que desempenham suas atividades na área de monitoramento.

2.13 Avaliação dos Indicadores de Gestão da UJ

Quanto aos resultados obtidos pela gestão do Hospital em 2013, a avaliação realizada levou em consideração a seguinte questão de auditoria: “Os indicadores instituídos para aferir o desempenho da gestão atendem aos requisitos de completude, comparabilidade, confiabilidade, acessibilidade e economicidade?”

A dimensão e a complexidade da assistência prestada no HCPA, as evidências na literatura da área e as iniciativas adotadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde no sentido de priorizar a segurança do paciente e a qualidade de sua assistência, apontam na direção da necessidade de formalização de um programa dedicado à Gestão da Qualidade Assistencial na Instituição.

Com isso, desde 1984, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre adota o Planejamento Estratégico como prática gerencial para a implementação das políticas de gestão e busca



por resultados. A metodologia do BSC - Balanced ScoreCard, implantada em 2005, que, segundo os gestores, tem se mostrado de grande valia no desdobramento e implementação das estratégias.

A Assessoria de Planejamento e Avaliação é a área responsável na Administração Central pelas atividades relacionadas ao Planejamento Estratégico. Seu papel é de articulação junto aos responsáveis pelos indicadores quanto ao acompanhamento, monitoramento e avaliação dos mesmos. Sua criação foi aprovada na 116ª Reunião do Conselho Diretor, datada de 25 de fevereiro de 1993 e suas competências encontram-se descritas no Art. 8º do Regulamento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No organograma do HCPA, a Assessoria de Planejamento e Avaliação encontra-se vinculada à Administração Central.

Segundo os gestores, a cultura de praticar Planejamento Estratégico já está solidificada no HCPA pois vem sendo cultivada desde a criação do hospital, sendo um diferencial no Modelo de Gestão dentre os Hospitais Universitários.

Os indicadores de gestão são os classificados como Indicadores Estratégicos que estão no Mapa Estratégico do HCPA, segundo a ferramenta BSC – Balanced ScoreCard.

A gestão dos principais indicadores no HCPA é conduzida e desenvolvida por grandes fóruns descritos a seguir:

a) Planejamento Estratégico -BSC – Mapa estratégico com seus indicadores (Assessoria de Planejamento e Avaliação) ressaltado neste documento de forma mais intensa. Neste contexto também é acompanhado os Indicadores táticos e Mapas com BSC setoriais de cada Serviço Assistencial.

b) Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde - QUALIS, órgão ligado à Presidência do HCPA, com funções regulamentadoras e de coordenação para integrar as atividades referentes à Qualidade e Segurança Assistenciais desenvolvidas dentro das comissões, unidades, serviços e Gerência de Risco do hospital, promovendo a padronização, sistematização e a integração das atividades relacionadas a esta gestão, bem como o seu alinhamento com as perspectivas e objetivos do Planejamento Estratégico do Hospital.

c) IQA – Conjunto de 35 Indicadores de Qualidade Assistencial, adotado pelo HCPA desde 1999, os quais foram selecionados através de um processo participativo que incluiu metodologias de revisão bibliográfica, grupos focais e enquete. Tendo como critérios adotados para a seleção destes indicadores: Disponibilidade, Confiabilidade, Validade, Simplicidade, Discriminatoriedade, Sensibilidade, Abrangência e, principalmente, Utilidade. A utilidade do indicador é avaliada por três critérios; Magnitude (abrangência do indicador), Transcendência (gravidade/relevância do processo medido) e Vulnerabilidade (possibilidade de intervenção para melhoria do indicador).

No Relatório de Gestão, a Unidade apresenta 50 indicadores de desempenho da gestão, segmentados em 05 perspectivas, quais sejam: Sociedade, Clientes, Sustentabilidade, Processos e, por fim, Aprendizado e Crescimento.



Em nossos exames, elencamos 17 indicadores de desempenho da gestão, que representam 34 % do total de indicadores apresentados, com vistas a avaliá-los sob os aspectos de completude, comparabilidade, confiabilidade, acessibilidade e economicidade.

Os indicadores selecionados para avaliação foram os seguintes:

Perspectiva Sociedade

Denominação Sintética	Descrição	Fórmula
1ª Consultas Oferecidas ao Gestor	QT de primeiras consultas ambulatoriais oferecidas para SMS.	Número Absoluto
Alta Ambulatorial	QT de altas ambulatoriais. A alta ambulatorial garante a rotatividade de pacientes, uma vez que o Hospital tem pactuado com a SMS o atendimento as primeiras consultas através do oferecimento de um percentual de suas consultas médicas realizadas todo mês. Estes casos novos precisam da infraestrutura de atendimento, exigindo dos profissionais médicos uma prescrição de alta ambulatorial dos seus pacientes que já apresentam condições de tratamento em unidades básicas ou por terem solucionado sua necessidade.	Número Absoluto
Transplantes Realizados	QT de Transplantes Realizados	Número Absoluto

Perspectiva: Clientes

Denominação Sintética	Descrição	Fórmula
Taxa de Readmissão Hospitalar em 7 dias na Clínica Médica (excluindo Emergência)	As reinternações hospitalares precoces (em até sete dias após a alta) compõe-se em um indicador importante de qualidade assistencial por refletirem o impacto dos cuidados hospitalares na condição do paciente, podendo levar a inferências fidedignas sobre a qualidade de atendimento prestada pela instituição.	(Qtde. de reinternação de urgência até 7 dias / Qtde. saídas médicas)
Tempo entre o	A Portaria 876, de 16 de maio de	Somatório (data hora



Diagnóstico (AP) e o Início da Terapia Prevista	2013, estabelece que pacientes com câncer devem receber o primeiro tratamento específico, seja cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, dentro de no máximo 60 dias após o diagnóstico. Dada a importância do tema, o HCPA optou por incluir em seu planejamento estratégico um indicador para avaliar o tempo do diagnóstico ao início do tratamento dentro da Instituição.	início tratamento - data hora do diagnóstico) / n° casos
Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação	A identificação correta dos pacientes é fundamental para prestação de uma assistência segura e, por isso, compõe o rol de Metas Internacionais de Segurança da Organização Mundial de Saúde (OMS).	(N° de respostas dos pacientes confirmando que há verificação da pulseira de identificação nas situações recomendadas / N° de situações observadas) x 100
Repetição Adequada de Resultados Alarmantes de Exames	Para garantir que resultados alarmantes de exames sejam de fato e prontamente conhecidos pela equipe assistencial, existe uma rotina de comunicação de resultados alarmantes dos exames de pacientes. Além disso, deve haver garantia de que a informação foi entendida de forma adequada pelo profissional que recebe o resultado do laboratório ou radiologia. Esta informação é passada por meio de uma ligação telefônica para a unidade onde o paciente está internado. Desde o segundo semestre de 2012, a técnica adequada prevê que o receptor registre a informação que foi dada, e repita a mesma a quem a forneceu, para que este último confirme se o profissional a compreendeu de forma correta.	(N° de comunicações efetivas registradas x 100) / N° de comunicações de resultados alarmantes de exames
Taxa de Conformidade das Áreas Assistenciais ao Plano de Medicamentos de Alta Vigilância – MAV	O indicador reflete a taxa de adesão da equipe assistencial relacionada com a segregação dos medicamentos de alta vigilância em gaveteiros, mantendo-os separados dos demais medicamentos dos pacientes, conforme preconizado pela OMS.	(N° de áreas assistenciais consideradas “Conforme” no item referente ao correto armazenamento, identificação e controle de estoque dos MAV do check-list *100)/ Total de



		áreas assistenciais visitadas no período
Taxa de Adesão a Higienização de Mãos	A Meta Internacional 5 de Segurança do Paciente – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde – descreve a lavagem de mãos como a medida preventiva primária e fundamental no controle da infecção hospitalar.	(Nº total de higienizações no mês / Nº de oportunidades para higienização de mãos no mês) x 100
Taxa de Notificação de Erros de Medicação	O indicador demonstra a taxa de notificação de erros de medicação que atingiram o paciente e que foram notificados pela equipe assistencial. Os erros de medicação estão diretamente relacionados com os desfechos clínicos dos pacientes, podendo gerar danos significativos, além de aumentar o tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, os custos decorrentes dos mesmos. A classificação dos erros segue a categorização proposta pela Sociedade Americana de Farmacêuticos Hospitalares. Este indicador foi estabelecido para o Planejamento Estratégico de 2013 e considera as notificações voluntárias de erros de medicação que atingem o paciente.	(Nº de notificações voluntárias contendo erros de medicação que atingiram o paciente / Nº de pacientes-dia) * 1.000

Perspectiva: Sustentabilidade

Denominação Sintética	Descrição	Fórmula
Comprometimento do Faturamento com o Consumo	Este indicador é acompanhado de forma estratégica desde 2006 e, desde 2012, e considerado o indicador “gatilho” para o pagamento da Remuneração Variável aos trabalhadores.	(Somatório das Requisições de materiais* 100) / Faturamento
AIH's de Alta Complexidade	A partir de 2013, foi fixado como medida da Complexidade assistencial do Hospital o número absoluto de AIH emitidas de alta complexidade.	Quantidade de autorizações de internação de alta complexidade



<p>Não Conformidade no Descarte de Resíduos</p>	<p>Ao se descartarem resíduos perigosos (biológicos, químicos, radioativos e perfurocortantes) em coletor inadequado, existe uma grande possibilidade de que algum funcionário sofra um acidente. Além do impacto à saúde física e psicológica do colaborador, o descarte inadequado pode ocasionar multas, processos por crime ambiental, acidentes com colaboradores externos e impacto ambiental, entre outros. Neste indicador, são verificados os descartes inadequados feitos nos coletores de resíduos de determinada área. O padrão do descarte de resíduos está contido em uma lista de materiais, bem como a informação sobre onde estes materiais devem ser descartados de acordo com o tipo de contaminação presente.</p>	<p>Nº de coletores auditados onde foram verificados descartes inadequados / Total de coletores auditados</p>
---	---	--

Perspectiva: Processos

Denominação Sintética	Descrição	Fórmula
<p>Tempo de Espera para Resultado de Exames – Tomografia (pacientes internados)</p>	<p>O indicador Tempo de Espera para Resultados de Exames-Tomografia (pacientes internados) mede o tempo médio entre a solicitação dos exames e a liberação do laudo.</p>	<p>Somatório dos tempos entre a solicitação e a liberação do laudo da tomografia / N° de tomografias realizadas (pacientes internados)</p>
<p>Tempo de Espera para Resultado de Exames – Ecografia (pacientes internados)</p>	<p>O indicador Tempo de Espera para Resultados de Exames-Ecografia (pacientes internados) mede o tempo médio entre a solicitação dos exames e a liberação do laudo.</p>	<p>Somatório dos tempos entre a solicitação e a liberação do laudo da ecografia / N° de ecografias realizadas</p>
<p>Taxa de Cancelamento de Cirurgias por Causas Hospitalares</p>	<p>Este indicador pretende acompanhar o quantitativo de cirurgias que são canceladas em razão de causas hospitalares, sendo elas: atraso da equipe</p>	<p>(Quantidade de cirurgias canceladas no Bloco cirúrgico por causas hospitalares / Quantidade de cirurgias marcadas com</p>



	anterior, avaliação pré-operatória incompleta, substituição por retirada de órgãos, substituição por transplante, falta de material, falta de leito, tempo de sala disponível inferior ao tempo básico, substituição por cirurgia de emergência, substituição por cirurgia eletiva, falta de equipamento, ausência de membro da equipe, horário do profissional insuficiente. O acompanhamento tem como iniciativa estratégica institucionalizar práticas de promoção de efetividade clínica na assistência ao paciente.	horário) * 100
Taxa de Exames Laboratoriais Liberados até às 9h	A taxa de exames laboratoriais liberados até às 9h reflete a adequação da entrega dos laudos em tempo hábil para a tomada de decisões, sendo calculada com base nos exames solicitados para coleta na rotina matinal com resultados liberados antes dos <i>rounds</i> médicos (que iniciam as 9h). Trata-se de indicador que pela primeira vez aparece no Planejamento Estratégico do HCPA.	$[(N^{\circ} \text{ de exames da rotina de coleta da manhã liberados até às 9h}) / (N^{\circ} \text{ de exames da rotina de coleta da manhã})] * 100$

Primeiramente, cumpre-nos registrar os seguintes conceitos dos aspectos avaliados de cada indicador:

- (a) Completude: capacidade de representar, com a maior proximidade possível, a situação que a Unidade pretende medir e de refletir os resultados das intervenções efetuadas na gestão;
- (b) Comparabilidade: capacidade de proporcionar medição da situação pretendida ao longo do tempo, por intermédio de séries históricas;
- (c) Confiabilidade: confiabilidade das fontes dos dados utilizados para o cálculo do indicador, avaliando, principalmente, se a metodologia escolhida para a coleta, processamento e divulgação é transparente e reprodutível por outros agentes, internos ou externos à unidade;
- (d) Acessibilidade: facilidade de obtenção dos dados, elaboração do indicador e de compreensão dos resultados pelo público em geral;
- (e) Economicidade: razoabilidade dos custos de obtenção do indicador em relação aos benefícios para a melhoria da gestão da unidade.



A seguir apresentamos o quadro referente aos resultados das avaliações dos atributos dos indicadores:

Quadro – Avaliação dos atributos dos indicadores

Indicador	Atributo	Atendimento do indicador ao critério
1ª Consultas Oferecidas ao Gestor	Completeness (a)	Atende
	Comparability (b)	Atende
	Reliability (c)	Atende
	Accessibility (d)	Atende
	Economicity (e)	Atende
Alta Ambulatorial	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Transplantes Realizados	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Taxa de Readmissão Hospitalar em 7 dias na Clínica Médica (excluindo Emergência)	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Tempo entre o Diagnóstico (AP) e o Início da Terapia Prevista	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Repetição Adequada de Resultados Alarmantes de Exames	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Taxa de Conformidade das Áreas Assistenciais ao Plano de Medicamentos de Alta Vigilância – MAV	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Taxa de Adesão a Higienização de Mãos	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Taxa de Notificação de Erros de Medicação	Completeness	Atende
	Comparability	Atende
	Reliability	Atende
	Accessibility	Atende
	Economicity	Atende
Comprometimento do Faturamento	Completeness	Atende



com o Consumo	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende
AIH's de Alta Complexidade	Compleitude	Atende
	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende
Não Conformidade no Descarte de Resíduos	Compleitude	Atende
	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende
Tempo de Espera para Resultado de Exames de Tomografia (pacientes internados)	Compleitude	Atende
	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende
Tempo de Espera para Resultado de Exames de Ecografia (pacientes internados)	Compleitude	Atende
	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende
Taxa de Cancelamento de Cirurgias por Causas Hospitalares	Compleitude	Atende
	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende
Taxa de Exames Laboratoriais Liberados até às 9h	Compleitude	Atende
	Comparabilidade	Atende
	Confiabilidade	Atende
	Acessibilidade	Atende
	Economicidade	Atende

Da análise dos indicadores apresentados no Relatório de Gestão, merece destaque positivo a informação de que foi obtida a almejada “Lista de Espera Zero” para os casos de transplantes de córnea, acarretando numa redução de 20 % de transplantes dessa natureza, enquanto nos demais programas, órgãos sólidos e medula óssea, houve um incremento de 13,4%, com destaque para o transplante renal e hepático.

Ao longo do presente Relatório, na parte de “Achados de Auditoria”, registramos as justificativas para aqueles indicadores que não tiveram suas metas atingidas em 2013.

CONTROLES DA ÁREA DE INDICADORES DE DESEMPENHO DA GESTÃO

Quando aos controles relacionados aos indicadores de desempenho da gestão sob responsabilidade do HCPA, em análise à estrutura física e de pessoal, bem como da documentação e processos apresentados pela Unidade, não se identificaram inconsistências que poderiam representar riscos ao atingimento dos objetivos do HCPA.

Quanto às ferramentas utilizadas para identificar os gargalos e pontos críticos da referida área, os gestores informaram que atualmente, a maior parte dos processos administrativos e assistenciais do HCPA são registrados e gerenciados através de um software próprio, o “Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários” (AGHU).



Esta ferramenta permite que quase todos os indicadores do HCPA sejam obtidos a partir do banco de dados deste aplicativo, e processados em uma ferramenta de Business Intelligence (BI), para acompanhamento mensal pelos responsáveis (administração central, coordenadores e chefes de serviços/unidades).

O desempenho e análise dos resultados dos indicadores são acompanhados pela Administração Central do HCPA (Planejamento Estratégico e mapas dos Serviços Assistenciais) e apresentados em reuniões específicas para debater os motivos (causas) dos resultados e avaliação, e auxiliam o redesenho de processos, quando indicado. São nestes momentos que vem à tona os gargalos ou pontos críticos que podem estar ocorrendo com processos de trabalho.

Os gestores reconhecem a importância dos fóruns que fazem o monitoramento dos indicadores de gestão para o cumprimento dos objetivos-chaves e metas estratégicas do Hospital.

Ressaltaram o papel da Assessoria de Planejamento e Avaliação que viabiliza o cumprimento da Sistemática de Acompanhamento dos resultados dos indicadores do Planejamento Estratégico junto a Administração Central, com reuniões mensais, onde um grupo de responsáveis pelos indicadores apresenta os resultados, bem como o plano de ação e as medidas que estão sendo adotadas para correção de rumos, se for o caso, para o cumprimento da meta estabelecida para o período.

Por fim, quanto à capacitação do pessoal, o gestor informou:

“O Plano de Capacitação Institucional do HCPA visa a aquisição e o desenvolvimento de competências institucionais necessárias ao desempenho no trabalho no HCPA. Os temas são definidos levando-se em consideração as definições estratégicas da Instituição (Planejamento Estratégico), os projetos e programas institucionais, os indicadores de qualidade assistencial e as alterações de processos ou adoção de novas tecnologias. Estes conteúdos são transversais à prática assistencial e administrativa, isto é, perpassam as diferentes especialidades e áreas e tem caráter obrigatório de participação.

A partir de 2013, os temas de capacitação são agrupados de acordo com a segmentação de público-alvo. Os conteúdos obrigatórios a serem abordados junto a todos os funcionários, com o objetivo de aperfeiçoar os processos de cuidado ao paciente e aprimorar a cultura de segurança na Instituição, compõem a Matriz de Capacitação Institucional.

Contextualizando esta Política de Capacitação do HCPA na área de indicadores de gestão, vale ressaltar que os responsáveis pelos indicadores são gestores de áreas e como tal atuam diretamente nos processos sobre os quais o indicador mede. Então a qualificação dos mesmos está associada a constante capacitação em gestão. Com a aquisição do Software SA-Performance Manager no final de 2011 para sistematização do processo de Planejamento Estratégico no HCPA, foram realizadas as seguintes capacitações para os funcionários (assessores e chefias), totalizando 296 profissionais:

- 1. Treinamento de experts para o novo Sistema BSC;*
- 2. Capacitação para operação do novo sistema informatizado de BSC;*
- 3. Capacitação para uso do sistema de documentos institucionais - SA (documents manager);*



4. Capacitação para operação do novo sistema informatizado de BSC - dashboard e apresentador.”

Dessa forma, com base nos cursos ofertados, é possível observar que o HCPA tem atuado na capacitação de seus colaboradores que desempenham suas atividades na área de indicadores de desempenho da gestão.

2.14 Avaliação da Regularidade dos Processos Licitatórios da UJ

Quanto à gestão de compras e contratações da Unidade, a avaliação realizada levou em consideração as seguintes questões de auditoria:

- i) Os processos licitatórios e as contratações e aquisições feitas por inexigibilidade e dispensa de licitação foram regulares?
- ii) Os controles administrativos relacionados à atividade de compras e contratações estão instituídos de forma a mitigar os riscos?

A metodologia utilizada consistiu na análise de processos licitatórios, dispensas e inexigibilidades realizados no exercício de 2013, selecionados por amostragem não estatística com base nos critérios de materialidade, relevância e criticidade.

Em relação aos controles internos da área de compras e contratações, analisaram-se a estrutura administrativa e de pessoal necessárias para a gestão de forma a mitigar os riscos envolvidos na execução das atividades da área.

A seguir são apresentados os quadros consolidados com os procedimentos de compras realizados pela Unidade no exercício de 2013, bem como da amostra selecionada para análise pela equipe de auditoria.

Após cada quadro é apresentado também o resultado da análise realizada.

Quadro A: Concorrência

Descrição	Quantidade de Processos	Valor Envolvido*
Processos Licitatórios	01	R\$ 1.794.676,34
Processos Avaliados	01	R\$ 1.794.676,34
Processos em que foi detectada alguma desconformidade*	nenhum	R\$ 0,00
* O valor mencionado na última linha corresponde ao total das aquisições e não indica necessariamente a existência de prejuízos.		

Análise: não foram identificadas impropriedades/irregularidades no processo de concorrência avaliado.

Quadro B: Tomada de Preços

Descrição	Quantidade de Processos	Valor Envolvido*
Processos Licitatórios	04	R\$ 1.122.868,14
Processos Avaliados	01	R\$ 834.052,14
Processos em que foi detectada alguma desconformidade*	nenhum	R\$ 0,00
* O valor mencionado na última linha corresponde ao total das aquisições e não indica necessariamente a existência de prejuízos.		



Análise: não foram identificadas impropriedades/irregularidades no processo de tomada de preços avaliado.

Quadro C: Regime Diferenciado de Contratação

Descrição	Quantidade de Processos	Valor Envolvido*
Processos Licitatórios	05	R\$ 40.611.405,58
Processos Avaliados	01	R\$ 32.018.686,00
Processos em que foi detectada alguma desconformidade*	nenhum	R\$ 0,00
* O valor mencionado na última linha corresponde ao total das aquisições e não indica necessariamente a existência de prejuízos.		

Análise: não foram identificadas impropriedades/irregularidades no processo de RDC avaliado.

Quadro D: Pregão

Descrição	Quantidade de Processos	Valor Envolvido*
Processos Licitatórios	751	R\$ 329.114.418,35
Processos Avaliados	07	R\$ 54.064.246,92
Processos em que foi detectada alguma desconformidade*	nenhum	R\$ 0,00
* O valor mencionado na última linha corresponde ao total das aquisições e não indica necessariamente a existência de prejuízos.		

Análise: não foram identificadas impropriedades/irregularidades nos pregões avaliados.

Quadro E: Dispensas de Licitação

Descrição	Quantidade de Processos	Valor Envolvido*
Processos de Dispensa	716	18.124.564,17
Processos Avaliados	33	2.721.183,90
Processos em que foi detectada alguma desconformidade*	01	R\$ 184.953,90
* O valor mencionado na última linha corresponde ao total das aquisições e não indica necessariamente a existência de prejuízos.		

Análise: Detectou-se impropriedade na aceitação de documentação insuficiente para comprovar a regularidade fiscal com a Fazenda Municipal de contribuinte proprietário de imóvel locado pelo Hospital, relativamente ao PAC nº 128844.

Quadro F: Inexigibilidade de Licitação

Descrição	Quantidade de Processos	Valor Envolvido*
Processos de Inexigibilidade	98	12.814.100,51



Processos Avaliados	08	3.804.938,34
Processos em que foi detectada alguma desconformidade*	nenhum	R\$ 0,00
* O valor mencionado na última linha corresponde ao total das aquisições e não indica necessariamente a existência de prejuízos.		

Análise: não foram identificadas impropriedades/irregularidades nos processos de inexigibilidade de licitação avaliados.

CONTROLES DA ÁREA DE GESTÃO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES

Quando aos controles relacionados à gestão de compras e contratações, em análise à estrutura física e de pessoal, bem como da documentação e processos apresentados pela Unidade, não se identificaram inconsistências que poderiam representar riscos ao atingimento dos objetivos do HCPA.

Conforme Regimento Interno da Área Administrativa do Hospital, a área interna responsável pela gestão de compras e contratações é a Coordenadoria de Suprimentos que tem por finalidade fornecer materiais, equipamentos e serviços de qualidade na quantidade e prazos adequados ao atendimento das necessidades assistenciais, de ensino e pesquisa, com preços compatíveis à sustentabilidade da organização.

Dentre suas competências, a referida Coordenadoria apresenta as seguintes responsabilidades:

- a) propor à Administração Central a política de compras, níveis de estoques, armazenagem e distribuição de produtos;
- b) gerenciar os Processos Administrativos de Compras;
- c) realizar o planejamento de suprimentos em conjunto com os diversos segmentos da Instituição;
- d) controlar as reposições de estoques, com base na classificação ABC de suprimentos;
- e) aplicar a legislação vigente às políticas de suprimentos;
- f) estabelecer controles de compras e consumo de materiais, em consonância com o orçamento da Instituição;
- g) autorizar, aos fornecedores, a entrega de bens e serviços;
- h) avaliar o desempenho dos fornecedores;
- i) elaborar relatórios mensais de acompanhamento de gestão;
- j) avaliar e buscar aprimoramento permanente da gestão dos Processos Administrativos de Compras, em parceria com a Comissão Permanente de Licitações, Consultoria Jurídica, Coordenadoria de Gestão de Auditoria Interna e Coordenadoria Financeira;
- k) certificar os Processos Administrativos de Compras quanto aos critérios de preço, qualidade e necessidade;
- l) realizar avaliação para incorporação de tecnologia de produtos em saúde;
- m) validar a Certificação Técnica de Fornecedores e Produtos, conforme legislação vigente;
- n) realizar os processos de recebimento, conferência e armazenamento, de acordo com a legislação e as normas técnicas vigentes;
- o) gerenciar os estoques físicos de produtos, através de rotinas adequadas e inventários periódicos;
- p) realizar a distribuição dos produtos, conforme necessidade das áreas, acompanhando a movimentação dos estoques;
- q) gerenciar, em conjunto com o responsável técnico, os processos de planejamento, armazenamento, produção, dispensação e controle do uso de medicamentos no âmbito do HCPA;



r) controlar, em conjunto com o responsável técnico, as atividades cadastradas e desenvolvidas na Farmácia de Programas Especiais.

Para fins de consecução de seus objetivos, a Coordenadoria de Suprimentos está estruturada da seguinte forma:

I) Serviço de Análise Técnica de Suprimentos

Conforme a Política de Suprimentos do Hospital, o Serviço de Análise Técnica visa ser referência de confiabilidade no padrão de qualidade e segurança e tecnovigilância de bens e produtos, contribuindo com a excelência para a assistência à saúde e responsabilidade social.

É composto por uma equipe multidisciplinar nas áreas de enfermagem, farmácia e administrativos que é responsável por centralizar a catalogação e avaliação técnica dos produtos adquiridos pelo HCPA.

II) Serviço de Compras

Segundo o disposto na Política de Suprimentos do HCPA, é o Serviço responsável pela realização de todos os processos de compras e contratações de obras e serviços de acordo com a legislação. São realizados pregões eletrônicos, presenciais, dispensas de licitação e inexibibilidades. Para os casos de obras de serviços de engenharia são realizadas tomadas de preços, concorrências e RDC cujo processamento da licitação é realizado por comissão específica.

A equipe é composta por analistas de suprimentos, compradores e agentes administrativos.

De acordo com a especialização de cada área são definidos grupos de atuação de cada profissional:

GRUPO DE COMPRAS I: material médico hospitalar, medicamentos e órtese e prótese;

GRUPO DE COMPRAS II: materiais de engenharia, equipamento de proteção, ferramentas e material elétrico, serviços, obras, material químico;

GRUPO DE COMPRAS III: material de diagnóstico, projeto e pesquisa e material odontológico;

GRUPO DE COMPRAS IV: equipamentos, material de informática, material de expediente, higiene, limpeza e segurança, brinquedos e jogos de psicologia, materiais de gráfica, utensílios de nutrição e roupa.

Nesses grupos atuam analistas e compradores, sendo alguns nomeados pregoeiros.

III) Serviço de Controle e Distribuição de Suprimentos que contempla também a Seção de Áreas Cirúrgicas e a Seção de Gráfica e Documentação;

Conforme a Política de Suprimentos, o Serviço desenvolve atividades ligadas ao controle de entrega, estocagem e a distribuição dos materiais nas áreas assistenciais.

Está dividido em Almoxarifado Central e Almoxarifados Satélites em áreas estratégicas do hospital.

O Almoxarifado Central está organizado em três áreas básicas: o Recebimento (por onde entram os materiais entregues no HCPA); os Vãos de Estocagem (onde ficam acondicionados os materiais) e a Expedição (de onde saem os materiais que serão entregues nas áreas assistenciais e administrativas).



Todos os produtos que chegam ao HCPA são recebidos de forma centralizada na área de recebimentos localizada junto ao Almoxarifado Central (com exceção dos gêneros alimentícios, materiais de rouparia/lavanderia, materiais de engenharia e bens patrimoniais).

Quando o material chega ao Recebimento é conferido inicialmente se existe pedido programado e saldo na Autorização de Fornecimento. Após, é revisada a quantidade e/ou volumes em relação à Nota Fiscal, prazo de validade e a temperatura para os materiais que são refrigerados.

Ao término desta conferência e após a liberação do fornecedor, o funcionário revisa e identifica qual o vão de estocagem para onde o material será encaminhado. É emitido o documento chamado de Nota de Recebimento (NR) que acompanha o material.

Nas situações em que é encontrada alguma irregularidade, logo após o recebimento do material, é feito um Boletim de Ocorrência e encaminhada a situação ao Serviço de Análise Técnica para que proceda com as providências necessárias, bem como o bloqueio do material com problema no sistema.

IV) Serviço de Planejamento de Suprimentos

Segundo a Política de Suprimentos do Hospital, o Serviço de Planejamento tem como principal função realizar o planejamento dos materiais padronizados bem como executar e controlar o abastecimento dos materiais estocáveis para o Serviço de Controle e Distribuição de Suprimentos.

A equipe é composta por analistas de suprimentos e agentes administrativos para o desenvolvimento das atividades citadas.

Realiza ainda o controle dos níveis de estoque e programação de reposições cíclicas.

De acordo com a especialização de cada área são definidos grupos de atuação de cada profissional que atua no Serviço.

V) Serviço de Farmácia que contempla também a Seção de Gerência e Logística de Medicamentos, Seção Central de Misturas Intravenosas, Seção de Farmácia Semi-Industrial e Seção de Farmácia Clínica.

Segundo a Política de Suprimentos do HCPA, como regra geral é adotada a modalidade de licitação pregão eletrônico, pois estimula a competitividade em nível nacional.

Uma preocupação no planejamento é a necessidade de montar lotes adequados à realidade do mercado a fim de adquirir materiais adequados às necessidades da instituição conforme legislação vigente. Desta forma, as licitações são desenhadas com o foco no nicho de mercado, isto é, identificando os possíveis fornecedores dentro de um conjunto de materiais que sejam concorrentes entre si.

A definição do pregoeiro de acordo com os itens de compra é um ponto importante no processo. No processo de negociação com o fornecedor o pregoeiro necessita ter maior conhecimento com o tema e mercado ofertante e dos problemas vivenciados pelo hospital.

A participação do usuário desde o planejamento até a execução dos pregões é outro fator determinante, na medida em que o processo de negociação segue inclusive durante as sessões. Caso haja questionamentos técnicos quanto aos itens licitados ou necessidade de tomada de decisão imediata em função de um impasse na negociação, a participação do usuário desde a abertura do pregão é um fator que fortalece todo o processo.

Ainda conforme a Política de Suprimentos, a implementação da mesma pressupõe um trabalho conjunto das áreas-chave envolvidas, conforme o tipo de material. Esse trabalho envolve a participação das áreas abaixo:



- D) Coordenadoria de Suprimentos;
- II) Coordenadoria Financeira;
- III) Comissão de Licitações;
- IV) Consultoria Jurídica;
- V) Auditoria Interna; e
- VI) Área usuária.

Ainda segundo o gestor, conforme informado por meio do Ofício CS-CGU 014/2014, de 04 de junho de 2014, os procedimentos e instruções operacionais (POP) da área de suprimentos são disponibilizados aos funcionários através do sistema GEO (Gestão Estratégica e Operacional), no módulo Document Manager, disponível na intranet para consultas.

Segundo informado no mesmo documento, os processos de compras e contratações seguem fluxos padronizados e são acompanhados através do Sistema AGHWEB para identificar anomalias em seu andamento de forma que se possam tomar ações corretivas.

Quanto à capacidade de identificar eventos ou fatores internos e externos que poderiam impactar nos objetivos da área de gestão de suprimentos e metas estratégicas estabelecidas, o gestor informa que na organização da estrutura de suprimentos existe uma área específica de planejamento que mantém interação permanente com as áreas internas, bem como monitoramento de mercado de forma a conseguir previamente realizar ações corretivas para evitar o desabastecimento do HCPA.

As atividades rotineiras estão padronizadas em procedimentos operacionais padrão (POP) disponíveis na intranet no sistema GEO.

Em relação acompanhamento da área de suprimentos, o gestor informa que existem diversos indicadores em todas as áreas, compilados mensalmente, nos quais é possível identificar fragilidades e acompanhar a eficácia e eficiência dos processos de compras e contratações. Como exemplo, cita o percentual de não atendimento nas requisições que possui como meta o valor de < 3,5% (menor de três vírgula cinco por cento).

Quanto à capacitação do pessoal da área de gestão de suprimentos, o gestor, por meio do CI CGP nº 127/2014, de 04 de junho de 2014, apresentou o Plano de Educação e Desenvolvimento de Pessoas do HCPA, a Matriz de Capacitação Institucional e o Plano de Capacitação Setorial da Coordenadoria de Suprimentos.

Em análise à documentação apresentada, identificaram-se a realização ou o planejamento de capacitações nas seguintes áreas:

Tema da Capacitação a ser Executada	Motivo/Justificativa da Capacitação	Público Alvo
Negociação	Capacitar compradores	Analistas/Compradores
Formação de Pregoeiros	Reciclagem e novos colaboradores	Novos Funcionários
Legislação vigente	Atualização	Analistas/Compradores
Formação de preço de referência	Melhorar processo interno de validação de preços	Equipe de Apoio
Boas práticas de pregão eletrônico	Reciclagem e boas práticas	Pregoeiros



Contratação de Serviços	Capacitar para planejamento de contratações de serviços	Chefia, Analistas e Pregoeiros
Gestão Estratégica de Estoques	Ampliar a organização do planejamento logístico	Analistas, Assistentes Administrativos e Comprador
Administração de compras	Melhorar a gestão de processos	Analistas, Assistentes Administrativos e Comprador
Gestão em Logística de Operações Empresárias e Globais	Melhorar a gestão de processos	Analistas, Assistentes Administrativos e Comprador
Pregoeiro	Necessidade de conhecimento Legal (LEI)	Analistas, Assistentes Administrativos e Comprador
Participação em eventos de administração e suprimentos	Desenvolver e reconhecer novas tecnologias	Analistas e Chefia

Com base nos cursos ofertados, é possível observar que o HCPA tem atuado na capacitação de seus colaboradores que desempenham suas atividades na área de licitações/compras, o que contribui para o aperfeiçoamento dos controles internos da Unidade.

2.15 Avaliação do Cumprimento das Determinações/Recomendações do TCU

O órgão de controle interno optou por incluir a avaliação do cumprimento dos acórdãos para a Unidade considerando a seguinte questão de auditoria: caso haja uma determinação específica do TCU à CGU para ser verificada na Auditoria Anual de Contas junto à Unidade Jurisdicionada, a mesma foi atendida?

A metodologia consistiu no levantamento de todos os Acórdãos que haja determinação para a Unidade e seja citada a CGU com posterior verificação do atendimento do mesmo.

Com base no levantamento realizado, foi identificado o seguinte Acórdão para verificação, qual seja:

1) Acórdão nº 705/2014 – TCU – 1ª Câmara

*“1.8.3 determinar ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre que adote as providências pertinentes à verificação da regularidade da acumulação de cargos e empregos públicos da empregada B. M. de A. A. B. (CPF ***.128.800-**), aplicando as medidas previstas no art. 133 da Lei 8.112/90 em caso de incompatibilidade de horários ou eventual prejuízo às atividades exercidas em cada um dos cargos/empregos licitamente cumulados, bem como informe nas próximas contas as medidas adotadas.”*

Análise: conforme informações e documentação apresentadas pelo gestor, a empregada se desligou do Hospital Nossa Senhora da Conceição em 30/12/2012. Verifica-se, portanto, o atendimento da determinação.



Quando aos controles relacionados ao acompanhamento e implementação das determinações do TCU, conforme informações prestadas pela Unidade, através do Ato 005/2010, o presidente do HCPA constituiu grupo de trabalho com a responsabilidade de elaborar as respostas aos questionamentos feitos pela Controladoria-Geral da União (CGU), Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério da Saúde (MS), Ministério Público Federal (MPF) e Auditorias Externas.

Ainda segundo a Unidade, a partir do exercício de 2014, a Coordenadoria de Auditoria Interna fará constar em seus Relatórios todas as recomendações emitidas pelos Órgãos de Controle Interno (CGU), Controle Externo (TCU) e Auditorias Externas, de acordo com as respectivas áreas a que se referem as recomendações. Os Relatórios da Auditoria Interna são submetidos à apreciação da Administração Central e do Conselho Diretor do HCPA.

Também conforme a Unidade, as recomendações dos Órgãos de controle, da Auditoria Interna e da Auditoria Externa constam no RAINTE de 2013, no Plano de Providências Permanente e no monitoramento dos achados de auditoria que são submetidos para aprovação do Conselho Diretor do hospital.

Com base nas informações prestadas pelo gestor, é possível observar que a Unidade está estruturada para atender às deliberações exaradas pelo TCU, pois conforme Ato nº 005/2010, houve a criação de grupo de trabalho para acompanhamento das demandas dos Órgãos de Controle.

Considerando o atendimento ao Acórdão nº 705/2014 – TCU - 1ª Câmara, e as informações dispostas no item 9.1 (Tratamento das Deliberações Exaradas em Acórdãos do TCU) do Relatório de Gestão, verifica-se também que a Unidade não possui deliberações do TCU pendentes de atendimento.

Desta forma, considerando a estrutura adotada para acompanhamento das deliberações do TCU e a inexistência de pendências com o referido Órgão de Controle, é possível considerar que os controles internos da Unidade relativos ao presente item de análise estão adequados.

2. 16 Ocorrências com dano ou prejuízo

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

3. Conclusão

O servidor Marcelo Araujo não teve sua assinatura aposta neste relatório, pois não estava presente quando da geração deste documento, por motivo previsto legalmente. No entanto, atuou efetivamente como membro da equipe responsável pela ação de controle.

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.



Porto Alegre/RS, 27 de agosto de 2014.

Relatório supervisionado e aprovado por:

Chefe da Controladoria Regional da União no Estado do Rio Grande Do Sul

Achados da Auditoria - nº 201407929

1 GESTÃO OPERACIONAL

1.1 Programação dos Objetivos e Metas

1.1.1 ORIGEM DO PROGRAMA/PROJETO

1.1.1.1 INFORMAÇÃO

Informação básica das principais ações sob responsabilidade da UJ.



Fato

Trata-se das informações básicas das principais ações executadas pelo HCPA. Conforme já mencionado anteriormente, o Programa de maior magnitude “Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Educação” que destina-se ao custeio das despesas com pessoal, no montante de R\$ 687.934.287,10, que representa o equivalente a 67,33 % das despesas empenhadas não foram incluídos no escopo da presente auditoria, nos termos da Ata de reunião realizada em 28/11/2013 entre o TCU (SECEX/RS) e a CGU/Regional-RS.

Relembramos que, no decorrer de 2013, o HCPA executou despesas vinculadas a 7 Programas, conforme discriminado a seguir:

- 1) Programa 2109 - Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Educação, no montante de R\$ 687.934.287,10;
- 2) Programa 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no montante de R\$ 191.785.997,89;
- 3) Programa 2032 - Educação Superior - Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão, no montante de R\$ 114.532.954,04;
- 4) Programa 0901 - Operações Especiais: Cumprimento de Sentenças Judiciais - Operações Especiais, no montante de R\$ 23.535.197,49;
- 5) Programa 2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas, no montante de R\$ 2.562.708,52;
- 6) Programa 2021 - Ciência, Tecnologia e Inovação, no montante de R\$ 1.360.472,52;
- 7) Programa 0905 - Operações Especiais: Serviço da Dívida Interna (Juros e Amortizações), no montante de R\$ 65.492,91.

No levantamento dessas informações foram considerados os critérios de materialidade, relevância e criticidade, além da vinculação finalística à missão do Hospital, com extensão correspondendo a 85,91% das despesas executadas pela UJ excluídas as despesas vinculadas a pessoal (Programa 2109), conforme discriminado a seguir:

Prog	Ação (Projeto / Atividade) - descrição	Finalidade	Forma de implementação/ detalhamento	Representatividade (*)
2015	8585 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Repasse direto de recursos financeiros, transferidos fundo a fundo, para o custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no Sistema Único de Saúde, viabilizando, de forma descentralizada, a Atenção à Saúde da População nos Estados e Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual.	Direta e Descentralizada. Transferência direta de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais, conforme critérios estabelecidos pelo MS e pactuados com os demais gestores do SUS nas instâncias colegiadas - Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.	44,54%
2015	20G8 - ATENÇÃO À SAÚDE NOS	Transferência de recursos financeiros aos hospitais	Descentralizada.	12,00%



	SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	universitários das Instituições Federais de Ensino Superior – IFES a fim de viabilizar o alcance das metas previstas nos instrumentos de contratualização firmados. Contribuir com a oferta de ações e serviços de saúde nos Hospitais Públicos Universitários Promover ações e serviços de saúde, ensino e pesquisa de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS junto ao Ministério da Educação – MEC, mediante contratualização de metas qualitativas e quantitativas relativas aos hospitais universitários das Instituições Federais de Ensino Superior – IFES.	Transferência de recursos financeiros para os hospitais universitários das Instituições Federais de Ensino Superior – IFES, de acordo com os instrumentos de contratualização firmados.	
2015	20SP- OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	Implementação e ampliação da atividade de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos, em bases epidemiológicas e em sintonia com os planos de regionalização e de regulação assistencial; padronização das ações, rotinas e levantamento estatísticos. Formulação de indicadores de qualidade que permitam ampliar o acesso, aprimorar e monitorar o processo de doação/transplante, bem como o gasto público nessa ação de saúde; disponibilização de equipamentos e infraestrutura para viabilizar à notificação de casos diagnosticados de morte encefálica por parte das instituições hospitalares; adequação de Sistemas Informatizado para melhor gerenciamento dos dados bem como da lista de espera em transplantes; criação de centros de referencia regionais em transplantes em que possa ser atendida a população brasileira, em especial nos locais e regiões onde ainda não existam tais procedimentos. Manutenção do financiamento regular do sistema, desde a identificação do potencial doador de órgãos no processo de doação, os transplantes e a manutenção pós-transplante dos receptores. Realização de vistorias técnicas, para autorização e reavaliações para fins de credenciamentos dos serviços junto ao Ministério da Saúde. Fomento e implantação de novos leitos de transplantes de medula óssea em especial os halogênicos	Direta e Descentralizada. Documentação definida pelas bases normativas específicas, enviadas pelos gestores estaduais e municipais ao Ministério da Saúde.	0,61%



		em hospitais de referência, bem como implantação de bancos de sangue de cordão; Monitoramento e controle da política Nacional de Transplantes de Medula Óssea, com o acompanhamento e controle do Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula óssea (REDOME), ampliando a possibilidade de transplantes de medula óssea a partir de doadores não aparentados, em parceria com o INCA. Revisão e atualização de todo o regulamento técnico em transplantes do País, bem como atualização da política nacional de transplantes, com sua reorientação, integração e adequação junto às redes assistenciais em especial à rede de atendimento as urgências e emergências. Efetivar e consolidar os princípios e diretrizes da Política Nacional de transplantes por meio de subsídios técnicos e financeiros para garantir a execução das atividades desenvolvidas no processo doação-transplante a fim de aumentar o número e a qualidade dos transplantes realizados no país, com consequente diminuição do número de pacientes em lista de espera.		
2032	20RX - REESTRUTURAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES FEDERAIS	Não informada no Cadastro de Ações Orçamentárias Integrantes da LOA 2013.	Não informada no Cadastro de Ações Orçamentárias Integrantes da LOA 2013.	11,07%
2032	148G - RECONSTRUÇÃO FÍSICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	Construção do Prédio anexo I, com aproximadamente 42.000,00 m ² distribuídos em 13 pavimentos, para as instalações da nova Unidade de Tratamento Intensivo (CTI), com capacidade para cento e cinco leitos e demais áreas físicas com interface nas atividades desta unidade, como: A Unidade do Bloco Cirúrgico (UBC), com trinta salas, o Centro de Materiais Esterelizados (CME), a Recuperação Pós-Anestésica e Laboratórios de Diagnósticos, a fim de ampliá-las e adequá-las às exigências legais e técnicas que foram incorporadas a estas unidades desde a construção do prédio do HCPA; e Construção do Prédio do Anexo II, com aproximadamente 22.000 m ² distribuídos em 06 pavimentos, para as instalações de áreas	Direta. Execução direta pelo HCPA, com a contratação de serviços, aquisição de equipamentos e instalações, conforme estabelecido no projeto executivo do prédio anexo I e do prédio anexo II.	10,18%



		assistenciais, do térreo ao 3º pavimento, como farmácia de programas especiais, fisioterapia, hemodiálise, hospital dia e centro de endoscopia, comportando, ainda, do 4º ao 6º pavimento, diversas áreas administrativas, as quais não atuam diretamente no atendimento ao paciente, bem como a ampliação de novas vagas para estacionamento no subsolo, sanando um dos principais problemas associados à construção das novas áreas e dos acessos viários aos demais prédios já existentes. Construir dois prédios no Terreno do Conjunto Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.		
2032	4086 - FUNCIONAMENTO E GESTÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES FEDERAIS	Manutenção das atividades para o funcionamento e melhoria da qualidade dos serviços hospitalares prestados à comunidade, bem como restauração/modernização das edificações/instalações, com vistas a um adequado estado de uso, por meio de obras de pequeno vulto que envolvam ampliação/reforma/adaptação e aquisição e/ou reposição de materiais, inclusive aqueles inerentes às pequenas obras, observados os limites da legislação vigente. Assegurar condições de funcionamento dos Hospitais de Ensino.	Direta. Ação padronizada setorial executada pelas unidades, obedecidas as normas legais que regem as mesmas.	7,51%

(*) Representatividade calculada sobre o total das despesas excluindo-se as despesas do Programa 2015.

1.2 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1.2.1 RESULTADOS DA MISSÃO INSTITUCIONAL

1.2.1.1 INFORMAÇÃO

Justificativas para os indicadores de desempenho de gestão que não atingiram a meta estabelecida para 2013.

Fato

Analisando-se os dados consignados no Relatório de Gestão do Hospital, relativamente aos indicadores de desempenho avaliados, identificamos casos de não atingimento das metas pactuadas para o exercício de 2013, para os quais a Instituição apresentou, no decorrer dos trabalhos de auditoria, os esclarecimentos a seguir:

A) Indicador “Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação” :

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
-----------	---------	-----------	----------------



Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação	(Nº de respostas dos pacientes confirmando que ha verificação da pulseira de identificação nas situações recomendadas / Nº de situações observadas) x 100	>90%	64,25
--	---	------	-------

Justificativa do HCPA: “Preliminarmente, há que se considerar que os indicadores que mensuram o atingimento das Metas Internacionais de Segurança, envolvem mudanças recentes que estão sendo incorporadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde do HCPA. As intervenções educacionais propostas incluem, inclusive a discussão dos resultados com as equipes, para que as mesmas possam entender a importância da melhoria dos processos e ajudem a definir a melhor maneira de implantar as mudanças. É sabido que mudanças de processo levam tempo para serem incorporadas e sedimentadas nas equipes de trabalho e o processo de melhoria da qualidade é contínuo. Além disso, há que ser levado em consideração as limitações do processo de mensuração deste tipo de indicador.

Na “Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação”, o indicador mede a percepção do paciente em relação ao uso. Pode haver momentos em que ele não percebe que a pulseira está sendo utilizada, porque não conhece o processo. Esta limitação aponta um viés que vai diminuir a taxa de adesão ao uso da pulseira, podemos então considerar que o valor observado é o valor mínimo, e o valor real é maior.

O processo de mensuração deste tipo de indicador será muito mais fidedigno quando viabilizarmos um registro eletrônico do ato do cuidado ao paciente na beira do leito. Projetos de inovação estão em estudos para que leitores de código de barras ou “tags” de RFID possam ser acessados nas pulseiras do paciente para contra-chequear a administração correta dos itens que foram prescritos.”

B) Indicador “Repetição Adequada de Resultados Alarmantes de Exames” :

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
Repetição Adequada de Resultados Alarmantes de Exames	(Nº de comunicações efetivas registradas x 100) / Nº de comunicações de resultados alarmantes de exames	> 90%	72,50%

Justificativa do HCPA: “Preliminarmente, há que se considerar que os indicadores que mensuram o atingimento das Metas Internacionais de Segurança, envolvem mudanças recentes que estão sendo incorporadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde do HCPA. As intervenções educacionais propostas incluem, inclusive a discussão dos resultados com as equipes, para que as mesmas possam entender a importância da melhoria dos processos e ajudem a definir a melhor maneira de implantar as mudanças. É sabido que mudanças de processo levam tempo para serem incorporadas e sedimentadas nas equipes de trabalho e o processo de melhoria da qualidade é contínuo.



Além disso, há que ser levado em consideração as limitações do processo de mensuração deste tipo de indicador.

Em relação ao processo medido pelo indicador “*Repetição adequada de resultados alarmantes de exame*”, cabe salientar que a medida aponta a adequação da resposta do receptor da informação, mas que, no caso desse receptor não repetir adequadamente, o informante solicita esta confirmação, garantindo a segurança do processo. Desde o segundo semestre de 2012, a técnica adequada prevê que o receptor registre a informação que foi dada em um formulário específico e repita a mesma a quem a forneceu, para que este último confirme se o profissional a compreendeu de forma correta. Um banco de dados com os resultados registrados neste formulário é gerado a cada mês e estes dados são acompanhados pelo Programa QUALIS.

A taxa de adesão está abaixo da meta, sem muita variação durante o ano de 2013. Entretanto, observou-se que a taxa melhorou em relação ao ano de sua implantação (2012). Para 2014, um treinamento para melhorar a adesão à técnica adequada é necessário, principalmente a partir da chegada dos novos residentes (março). Todos os tópicos referentes às metas internacionais de segurança terão uma campanha de divulgação específica na recepção aos residentes. Assim como, para outras metas que demandam mudanças de comportamento e de cultura vigente, o trabalho é a longo prazo e os resultados vão aparecendo paulatinamente.”

C) Indicador “Taxa de Conformidade das Áreas Assistenciais ao Plano de Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)”:

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
Taxa de Conformidade das Áreas Assistenciais ao Plano de Medicamentos de Alta Vigilância – MAV	(Nº de áreas assistenciais consideradas “Conforme” nº item referente ao correto armazenamento, identificação e controle de estoque dos MAV do check-list *100) / Total de áreas assistenciais visitadas no período	> 95%	85,50%

Justificativa do HCPA: “O resultado de 85,5% foi decorrente de um processo que está em construção na instituição e que implica no entendimento de todos os atores em relação ao que são medicamentos de alta vigilância e quais os cuidados necessários com os mesmos. Este assunto ainda é recente na literatura internacional, o *Institute for Safe Medication Practices-ISMP* publicou em 2012 uma lista de medicamentos de alta vigilância e tem publicado artigos no sentido de alertar os profissionais de saúde sobre o assunto. No Brasil, as iniciativas em relação ao tema ainda são isoladas, porém após a publicação dos Protocolos de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde, em setembro de 2013, o assunto deve ser difundido entre os profissionais de saúde no país.”



D) Indicador “Taxa de Adesão a Higienização de Mãos”:

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
Taxa de Adesão a Higienização de Mãos	$(N^{\circ} \text{ total de higienizações no mês} / N^{\circ} \text{ de oportunidades para higienização de mãos no mês}) \times 100$	>80%	60,33%

Justificativa do HCPA: “O não atingimento da meta de 80% neste indicador no ano de 2013 foi decorrente da ampliação das áreas assistenciais a serem medidas. A partir de 2013 todas as unidades do hospital passaram a fazer parte das medições. É sabido que quando se agregam novas áreas onde não se observava a medição de lavagem de mãos, inicialmente as taxas são mais baixas e acabaram “puxando” a média geral desta taxa para baixo.

A metodologia de apuração deste indicador segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo padrão ouro a realização da observação direta dos profissionais nas unidades assistenciais. Da observação é gerado um indicador Taxa de Adesão que é calculado dividindo-se o número de higienizações observadas pelo número de oportunidades para higienizar. As oportunidades de higienizar são definidas conforme os 5 momentos da OMS.

Durante todos os turnos, por um período de 30 minutos, são observados os profissionais das unidades assistenciais do hospital. Em um período de um mês são realizadas pelo menos 200 observações por unidade.”

E) Indicador “Taxa de Notificação de Erros de Medicação”:

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
Taxa de Notificação de Erros de Medicação	$(N^{\circ} \text{ de notificações voluntárias contendo erros de medicação que atingiram o paciente} / N^{\circ} \text{ de pacientes-dia}) * 1.000$	<0,5	0,91

Justificativa do HCPA: “Inicialmente, temos que considerar que quando da definição da meta em 0,5, não dispúnhamos de uma série histórica robusta para este indicador, tampouco havia algum referencial externo para o mesmo. A partir de dados um tanto incipientes, definimos a meta neste patamar, mesmo entendendo o alto desafio que estávamos nos impondo.

Em 2013 o resultado médio obtido foi de 0,91% e se tem trabalhado fortemente na divulgação interna da importância desta notificação. À medida que a divulgação interna sobre a importância de notificar se intensifica, o esperado é que a taxa aumente até termos uma fotografia de seu comportamento real na instituição. Somente conhecedores dos erros, poderemos trabalhar institucionalmente em sua prevenção. Conforme abordado no protocolo do Ministério da Saúde onde descreve que “em todo o



mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes”. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde. Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos. Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde. Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção.”

F) Indicador “Não Conformidade no Descarte de Resíduos”:

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
Não Conformidade no Descarte de Resíduos	Nº de coletores auditados onde foram verificados descartes inadequados / Total de coletores auditados	<10%	29,42%

Justificativa do HCPA: “A segregação correta dos resíduos é sabidamente, uma questão cultural e mudanças neste contexto dependem fundamentalmente de um processo educativo. Não obstante, por tratar-se de uma meta que abrange, não somente o processo educativo dos trabalhadores, mas de estudantes, funcionários terceirizados e até do público em geral, seu alcance é ainda mais desafiador. A análise dos resultados deste indicador, não pode se afastar desta premissa. Fundamentalmente, os resultados buscados não foram atingidos, em função do ainda grande número de pessoas que continua descartando resíduos sem observar o contêiner correto, por falta de conscientização que só o tempo e reforço de campanhas poderão reverter. O processo educacional, através de capacitações e campanhas institucionais são as ferramentas utilizadas pelo hospital e estão sendo intensificadas ao longo de 2014.”

G) Tempo de Espera para Resultados de Exames – Ecografia (pacientes internados):

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
------------------	----------------	------------------	-----------------------



Tempo de Espera para Resultado de Exames – Ecografia (pacientes internados)	Somatório dos tempos entre a solicitação e a liberação do laudo da ecografia / N° de ecografias realizadas	< 36 h	62,68 h
---	--	--------	---------

Justificativa do HCPA: “A meta estabelecida para o indicador para 2013 foi de <36h. O resultado ficou acima da meta estipulada de 36 horas, inclusive com um pequeno incremento do tempo médio de espera, que passou de 59,54 horas em 2012 para 62,68 horas em 2013. Apesar de não se ter atingido a meta, o indicador permaneceu dentro da faixa de variação dos últimos cinco anos, quando variou entre 45,78 horas e 75,25 horas. Identificaram-se alguns fatores responsáveis pela extrapolação da meta:

- O equipamento da sala de procedimentos não estava integrado ao sistema de digitalização de imagens, sendo o laudo emitido manualmente para posterior digitação e liberação, o que normalmente ocorria no dia ou semana seguinte.
- Exames realizados pelos médicos residentes, que necessitam de revisão por um médico contratado, muitas vezes eram validados no dia seguinte.
- Limitação do serviço de transporte dos pacientes internados, que não permite o agendamento de um maior número de pacientes nas agendas regulares.
- Aumento da taxa de ocupação da Emergência com conseqüente aumento das solicitações de ecografias urgentes.
- Aumento da demanda ambulatorial de pacientes de maior complexidade, fazendo com que sejam geradas solicitações que são agendadas em caráter de urgência.
- Vale ressaltar que este é um exame operador dependente (médico) e que para ser possível aumentar a produção, necessita-se aumentar o quadro.

Ainda no ano de 2013, buscando melhora do indicador, foram implementadas iniciativas tais como: a sala de procedimentos da Ecografia foi inserida no sistema de digitalização de imagens; os médicos contratados e médicos residentes foram orientados a procurar liberar os laudos no sistema com a maior brevidade possível; foi criado um sistema de monitoramento para identificar e comunicar aos médicos executantes sobre os casos de exames realizados e sem resultado liberado no tempo estabelecido na meta do indicador.”

H) Taxa de exames Laboratoriais Liberados (até as 9h):

Indicador	Fórmula	Meta 2013	Resultado 2013
Taxa de Exames Laboratoriais Liberados até às 9h.	$[(N^\circ \text{ de exames da rotina de coleta da manhã liberados até às 9h}) / (N^\circ \text{ de exames da rotina de coleta da manhã})] * 100$	> 60%	52,60%



Justificativa do HCPA: “A análise do resultado do indicador no ano de 2013 mostra uma nítida mudança de patamar a partir de abril. Durante aquele mês, o horário de início da coleta da rotina matinal passou das 7h para as 6h, graças ao rearranjo do horário de entrada de 6 dos 14 coletadores do horário da manhã, que passaram a entrar as 6h nos dias úteis, de segundas a sextas-feiras. O percentual de exames liberados até às 9h, que de janeiro a março vinha se mantendo em torno de 38%, passou para aproximadamente 58% nos últimos três trimestres do ano. Ao se analisarem os resultados por dia da semana, observa-se que de segunda-feira a sexta-feira cerca de 66% dos exames foram liberados antes das 9h, atingindo a meta institucional de >60% dos exames liberados até as 9h. Nos finais de semana, apenas 38% dos exames foram liberados até às 9h, o que acabou comprometendo a meta para esse indicador.

Para 2014, novas mudanças nos processos estão sendo implementadas, como a antecipação do horário de entrada dos coletadores nos finais de semana, medida que deve prontamente aumentar a taxa de exames laboratoriais liberados até às 9h. Adicionalmente, a logística de processamento dos exames dentro do laboratório está sendo revista e ganhos nos tempos para execução dos exames também devem impactar positivamente no indicador, possibilitando atingir a meta institucional.”

2 GESTÃO DO SUPRIMENTO DE BENS/SERVIÇOS

2.1 CONTRATOS DE OBRAS, COMPRAS E SERVIÇOS

2.1.1 CONTRATOS SEM LICITAÇÃO

2.1.1.1 CONSTATAÇÃO

Locação de imóvel sem comprovação de Regularidade Fiscal do proprietário junto à Fazenda Municipal.

Fato

Em relação ao PAC 128844 (Dispensa de Licitação com base no Inciso X do artigo 24 da Lei nº 8.666/93), destinado para locação de imóvel situado na Avenida Bento Gonçalves, nº 2032 – Porto Alegre/RS, para instalação do Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS), identificamos a locação de imóvel cujo proprietário se encontra em débito com a Fazenda Pública Municipal (Porto Alegre/RS), conforme consta na “Certidão Geral Positiva de Débitos de Tributos Municipais”, emitida em 13/05/2013, às 16:09:35, em nome da empresa Santa Paulina Participações Ltda. (CNPJ: 05.433.387/0001-93), constante às fls. 115 do referido processo, contrariando o inciso III do artigo 29 da Lei nº 8.666/93.

Causa

Análise e interpretação equivocada da documentação constante do processo.

Manifestação da Unidade Examinada

Em resposta à Solicitação de Auditoria nº 201407929/006, mediante Ofício nº 0639/2014-HCPA/CONJUR, de 13 de junho de 2014, os gestores informaram: “Entendemos que a empresa Santa Paulina Participações Ltda. estava habilitada, tendo



em vista que apresentou os comprovantes do andamento do processo judicial nº 001/1.10.0191380-0, conforme documento anexo nas páginas 116 e 117 do processo.”

Análise do Controle Interno

A documentação citada pelo HCPA em sua manifestação e constante às páginas 116 e 117 do processo não garante, de forma inequívoca, que os fatos pelos quais motivaram a impossibilidade de emissão da Certidão de Regularidade Fiscal junto à Fazenda Municipal (Certidão Negativa) estão integralmente contemplados na citada ação de execução fiscal. Ressaltamos que na Certidão Positiva não são esclarecidos os fatos geradores dos débitos tampouco no extrato de consulta de andamento do Processo de Execução Fiscal nº 001/1.10.0191380-0, extraído do site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, em 14/05/2013 e ora argumentado pelo HCPA como documento suficiente para possibilitar a contratação.

O documento hábil para tal finalidade seria a Certidão Positiva com Efeitos de Negativa, emitida pela Secretaria Municipal da Fazenda. Em Porto Alegre, a emissão da Certidão é regulamentada pelo Decreto Municipal nº 14.560, de 27 de maio de 2004, especificamente em seus artigos 3º e 4º, conforme transcrito a seguir:

“(…)

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Art. 3º Será emitida a “Certidão Negativa de Débitos” quando não existir débitos lançados e/ou inscritos em nome do sujeito passivo ou em relação ao imóvel objeto do pedido.

Parágrafo único. A existência de débitos lançados e não vencidos de IPTU, TCL e ISSQN - Trabalho Pessoal não impedirá a emissão da certidão referida no “caput”.

CERTIDÃO POSITIVA, COM EFEITOS DE NEGATIVA

Art. 4º Será emitida “Certidão Positiva, com Efeitos de Negativa” quando, em relação ao sujeito passivo requerente, constar a existência de débito perante o Município:

I - cuja exigibilidade esteja suspensa em virtude de:

a) moratória;

b) depósito do seu montante integral;

c) impugnação ou recurso, nos termos das leis reguladoras do processo tributário administrativo;

d) concessão de medida liminar em mandado de segurança;

e) concessão de medida liminar ou de tutela antecipada, em outras espécies de ação judicial;

f) parcelamento;



g) penhora efetivada no curso da cobrança executiva

II - cujo lançamento se encontre no prazo legal de impugnação, ressalvado o disposto no parágrafo único do artigo 3º.

Parágrafo único. A certidão de que trata este artigo terá os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos.

(...)"

Recomendações:

Recomendação 1: Para o caso em tela, requisitar da empresa Santa Paulina Participações Ltda. (CNPJ: 05.433.387/0001-93) a comprovação da regularidade fiscal junto à Fazenda Municipal mediante a apresentação Certidão Positiva com Efeitos de Negativa, com vistas ao atendimento ao inciso III do artigo 29 da Lei nº 8.666/93.

Recomendação 2: Exigir dos contratados a comprovação da regularidade fiscal junto à Fazenda Municipal mediante Certidão (Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa) expedida pela autoridade competente, com vistas ao atendimento ao inciso III do artigo 29 da Lei nº 8.666/93.

3 CONTROLES DA GESTÃO

3.1 CONTROLES INTERNOS

3.1.1 AUDITORIA DE PROCESSOS DE CONTAS

3.1.1.1 INFORMAÇÃO

Atendimento das recomendações da CGU.

Fato

Quanto ao atendimento das recomendações da CGU, em análise aos pontos constantes no Plano de Providências Permanente, verificou-se a seguinte situação:

Número do Relatório de Auditoria de Contas	Item do Relatório	Situação Atual das Recomendações	Item específico da 2ª parte do Relatório
201203072	2.1.1.1. Inexistência de regramento que limite valores máximos de despesas com hotelaria de empregados em viagem e colaboradores	O assunto está pendente de atendimento, sem impacto na gestão. Os limites para ressarcimento de diárias estabelecidos no regramento interno das "Normas de Afastamento de Pessoal a Serviço e/ou a interesse do	A recomendação está sendo monitorada via Plano de Providências Permanente.



	eventuais.	HCPA, de 1º de julho de 2012", está sendo objeto de análise conjunta da CGU/RS e do Órgão Central em Brasília.	
201108994	2.1.1.2. Falta de atualização de informações no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG).	O assunto está pendente de atendimento, sem impacto na gestão. Com relação ao cadastramento no SIASG de todas as contratações, inclusive as que não geraram contratos, informamos que o assunto está sendo objeto de análise conjunta da CGU-Regional/RS e do Órgão Central em Brasília.	A recomendação está sendo monitorada via Plano de Providências Permanente.
201203072	2.1.1.3. Inexistência de regramento que limite valores máximos para pagamento de refeições de empregados em viagem com uso do CPGF.	O assunto está pendente de atendimento, sem impacto na gestão. Os limites para ressarcimento de diárias estabelecidos no regramento interno das "Normas de Afastamento de Pessoal a Serviço e/ou a interesse do HCPA, de 1º de julho de 2012", está sendo objeto de análise conjunta da CGU/RS e do Órgão Central em Brasília.	A recomendação está sendo monitorada via Plano de Providências Permanente.

Com base no levantamento realizado, concluiu-se que o HCPA vem realizando um trabalho para atender às recomendações formuladas pelos Órgãos de Controle Interno.

Ressalta-se que há recomendações pendentes que estão sob análise conjunta da CGU-Regional/RS e do Órgão Central em Brasília.



Certificado de Auditoria Anual de Contas



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

Certificado: 201407929

Processo: 23092.000166/2014-00

Unidade(s) Auditada(s): HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Ministério Supervisor: MINISTERIO DA EDUCACAO

Município (UF): Porto Alegre (RS)

Exercício: 2014

1. Foram examinados os atos de gestão praticados entre 01/01/2013 e 31/12/2013 pelos responsáveis pelas 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 inserido neste processo, 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, disponível nas folhas 002 a 008 do processo, seja pela **regularidade**.

Porto Alegre (RS), 27 de agosto de 2014.

Chefe da Controladoria Regional da União no Estado do Rio Grande Do Sul

Parecer de Dirigente do Controle Interno



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

Parecer: 201407929

Processo: 23092.000166/2014-00

Unidade Auditada: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Ministério Supervisor: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Município/UF: Porto Alegre/RS

Exercício: 2013

Autoridade Supervisora: José Henrique Paim – Ministro de Estado da Educação

1. Em conclusão aos encaminhamentos sob a responsabilidade da CGU quanto ao processo de contas do exercício da Unidade acima referida, expresso opinião acerca dos atos de gestão referente ao exercício de 2013, a partir dos principais registros e recomendações formulados pela equipe de auditoria.
2. Os resultados dos trabalhos de auditoria identificaram alguns indicadores de desempenho de gestão que não atingiram a meta estabelecida para o exercício, porém as informações apresentadas justificaram esse reverso.
3. Em relação às recomendações do Plano de Providências Permanente, verificou-se a existência de recomendações exaradas por esta Controladoria à Unidade pendente de atendimento. As recomendações tratam do estabelecimento de regras internas que determinem tetos para realização de gastos com hospedagem em hotéis quando da ocorrência de viagens a serviço por empregados do HCPA e do custeio da recepção hoteleira a convidados oficiais, bem como para refeições e outras despesas de empregados e do lançamento, no sistema corporativo, de informações referentes a contratos e convênios firmados. A não implementação dessas recomendações não impactou a gestão e as citadas recomendações estão sendo objeto de análise por esta Controladoria.
4. Quanto à qualidade e suficiência dos controles internos administrativos da área que realiza a avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão, não se identificaram inconsistências que possam representar riscos ao atingimento dos objetivos do HCPA. O monitoramento dos resultados é realizado por meio de procedimentos e de instruções operacionais da área, denominados Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Ainda, a Unidade identifica eventos internos e/ou externos que possam impactar o atingimento desses objetivos.

1

5. Com relação a práticas administrativas que tenham resultado em impactos positivos sobre as operações da Unidade, cita-se a adoção de planejamento estratégico, baseado na metodologia do BSC - Balanced ScoreCard, como prática gerencial para a implementação das políticas de gestão e busca por resultados, bem como a definição de uma área específica responsável por esse planejamento estratégico. Pode-se citar, também, a utilização de indicadores de gestão, os quais são os classificados como indicadores estratégicos que estão, segundo a ferramenta BSC – Balanced ScoreCard, no Mapa Estratégico do HCPA.

6. 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 processo deve ser encaminhado ao Ministro de Estado supervisor, 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.

Brasília/DF, 4 de setembro de 2014.

Diretor de Auditoria da Área Social