



Sumário

- 1** | APRESENTAÇÃO.
- 2** | DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS DE HOSPITALARES - EBSEH
 - 2.1 Criação
 - 2.2 Finalidade
 - 2.3 Atuação
- 3** | DA AUDITORIA INTERNA DA EBSEH
 - 3.1 Missão e valores
 - 3.2 Estrutura Organizacional
- 4** | ALOCAÇÃO EFETIVA DA FORÇA DE TRABALHO DA AUDITORIA INTERNA
 - 4.1 Força de Trabalho da AUDIN
 - 4.2 Alocação da Força de Trabalho

5 | DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE AUDITORIA INTERNA PREVISTOS E NÃO PREVISTOS NO PAINT/2024

- 5.1 Serviços de auditoria previstos no PAINT/2024
- 5.2 Demonstrativo das ações de auditoria por temas, macroprocessos
- 5.3 Demonstrativo das ações de auditoria Obrigatórias
- 5.4 Serviços de Assessoramento

6 | MONITORAMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DA AUDITORIA INTERNA

- 6.1 Recomendações no âmbito da Sede
- 6.2 Recomendações no âmbito das unidades filiais

7 | FATOS RELEVANTES QUE IMPACTARAM A ATUAÇÃO DA AUDITORIA INTERNA

- 7.1 Integração da Auditoria Interna
- 7.2 I Concurso de Boas Práticas de Controle Interno da Rede Ebserh
- 7.3 Projetos submetidos no Portal do Conhecimento
- 7.4 Participação no Congresso Mundial de Hospitais - IHF
- 7.5 Utilização do Painel Gerencial - PPP Online
- 7.6 Utilização do Painel Gerencial de Tarefa por HU
- 7.7 Pesquisa de Qualidade dos trabalhos da auditoria interna

8 | AÇÕES DE CAPACITAÇÃO REALIZADAS

9 | ANÁLISE CONSOLIDADA ACERCA DO NÍVEL DE MATUREZA DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, DE GERENCIAMENTO DE RISCO E DE CONTROLES INTERNOS DO ÓRGÃO OU DA ENTIDADE COM BASE NOS TRABALHOS REALIZADOS

- 9.1 Auditorias executadas na Administração Central
 - 9.1.1 Governança do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHUX - Sede
 - 9.1.2 Realizar Compras Centralizadas
 - 9.1.3 Gerir Estoques
 - 9.1.4 Contratualização Sus e Processamento De Informações Assistenciais - Sede
 - 9.1.5 Política de Transações com Partes Relacionadas - Sede
 - 9.1.6 Planejamento Assistencial em um Hospital Universitário - Sede
 - 9.1.7 Avaliar o grau de eficiência, eficácia e efetividade da Governança da Administração Central da Ebserh nas ações judiciais relacionadas ao adicional de insalubridade
- 9.2 Auditoria executadas nos Hospitais Universitário da Rede
 - 9.2.1 - Acordo Objetivo De Compromissos (AOC) - 2024
 - 9.2.2 - Gerir Atividades de Preceptorial nos Ambulatórios e Blocos Cirúrgicos
 - 9.2.3 - Gerir Custo
 - 9.2.4 - Gerir Horas Extras e Rescisões Contratuais
 - 9.2.5 - Promover Segurança e Saúde dos Trabalhadores
- 9.3 - Boas práticas observadas nos Hospitais Universitários
 - 9.3.1 Controle de Contratos por Competência: Um Instrumento de Gestão Transparente e Responsável - HC-UFU
 - 9.3.2 Apuração de custos no HUMAP/UFMS
 - 9.3.3 Bate Mapa das cirurgias programadas - CH-UFC

10 | BENEFÍCIOS FINANCEIROS E NÃO FINANCEIROS DECORRENTES DA ATUAÇÃO DA AUDITORIA INTERNA

11 | ANÁLISE CONSOLIDADA DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE GESTÃO E MELHORIA DA QUALIDADE - PGMQ

12 | CONCLUSÃO

ANEXOS

Anexo I QUADRO DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE AUDITORIA INTERNA PREVISTOS NO PAINT/2024, CONTENDO O DETALHAMENTO DOS TRABALHOS

Anexo II QUADRO DEMONSTRATIVO DAS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO REALIZADAS EM 2024

Anexo III QUADRO DEMONSTRATIVO DOS BENEFÍCIOS FINANCEIROS

Anexo IV QUADRO DEMONSTRATIVO DOS BENEFÍCIOS NÃO FINANCEIRO

1 - Apresentação

Em conformidade com a Instrução Normativa SFC/CGU n. 5, de 27 de agosto de 2021, esta unidade de Auditoria Interna (AUDIN) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) apresenta o seu Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna (RAINT), exercício 2024.

O presente relatório tem como fundamento as Ações de Controle previstas no Plano Anual de Auditoria Interna para o exercício de 2024 (PAINT/2024). As diretrizes para a elaboração e o conteúdo do RAINTE estão estabelecidas no art. 11 da Instrução Normativa mencionada, conforme detalhado a seguir:

- I - quadro demonstrativo da alocação efetiva da força de trabalho durante a vigência do PAINT;
- II - posição sobre a execução dos serviços de auditoria previstos no PAINT, relacionando aqueles finalizados, não concluídos, não realizados e realizados sem previsão no PAINT;
- III - descrição dos fatos relevantes que impactaram a execução dos serviços de auditoria;
- IV - quadro demonstrativo do valor dos benefícios financeiros e do quantitativo dos benefícios não financeiros auferidos em decorrência da atuação da UAIG ao longo do exercício, conforme as disposições da Instrução Normativa nº 10, de 28 de abril de 2020, da CGU;
- V - informe sobre os resultados do Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade - PGMQ.

As informações deste relatório estão sistematizadas em tópicos específicos, visando a maior objetividade e clareza na apresentação e no relato dos resultados dos trabalhos realizados por esta Unidade

Os Hospitais Universitários (HU) com contrato firmado com a Ebserh estão demonstrados a seguir:

ORDEM	SIGLA	HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (HU)
1	CHC-UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
2	CHC-UFPR	Maternidade Vítor Ferreira do Amaral da UFPR
3	CH-UFC	Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC
4	CII-UFC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand da UFC
5	CH-UFRJ	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
6	CH-UFRJ	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
7	CH-UFRJ	Maternidade Escola
8	CHU-UFPA	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
9	CHU-UFPA	Hospital Universitário João de Barros Barreto
10	HC-UFMG	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
11	HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
12	HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
13	HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
14	HDT-UFNT	Hospital de Doenças Tropicais
15	HE-UFPEl	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
16	HUAB-UFRN	Hospital Universitário Maternidade Ana Bezerra
17	HUAC-UFCE	Hospital Universitário Alcides Carneiro
18	HUAP-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro
19	HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília
20	HUCAM-UFES	Hospital Cassiano Antônio de Moraes
21	HU-FURG	Hospital Universitário Miguel Dr. Riet Corrêa Jr.
22	HUGG-UNIRIO	Hospital Universidade Gálgée e Guinle
23	HUGV-UFAM	Hospital Universitário Getúlio Vargas
24	HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira
25	HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Müller
26	HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto
27	HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley
28	HUMAP-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
29	HUOL-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes
30	HUPAA-UFAL	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
31	HUPES-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
32	HU-UFFJ	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
33	HU-UFG	Hospital Universitário da Universidade Federal de Goiás
34	HU-UFGD	Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
35	HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
36	HU-UFPI	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
37	HU-UFS	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
38	HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
39	HU-UFSCar	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos
40	HU-UFSM	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria
41	HU-UFRR	Hospital Universitário Federal de Roraima
42	HU-UNIFAP	Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá
43	HU-UNIVASF	Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco
44	MCO-UFBA	Maternidade Escola Clímério de Oliveira
45	MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco

Tabela 1- Fonte: Auditoria Interna Ebserh

3 - Da Auditoria Interna da Ebserh

A Auditoria Interna da Ebserh constitui-se em uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores da empresa no acompanhamento da execução dos programas de governo, na comprovação do nível de execução das metas, no alcance dos objetivos e na adequação do gerenciamento. Recebe orientação normativa e supervisão técnica do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, de acordo com o *caput* do artigo 15, do Decreto nº 3.591/2000.

A missão da Auditoria Interna da Ebserh é aumentar e proteger o valor organizacional, fornecendo avaliação, assessoria e conhecimentos objetivos baseados em riscos.

A atuação da Auditoria Interna da Ebserh e os fundamentos que devem ser considerados para o cumprimento dessa missão tem como suporte o Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna do Poder Executivo Federal aprovado pela Instrução Normativa nº 3/2017 da Secretaria Federal de Controle Interno, bem como o Manual de Orientações Técnicas da Atividade de Auditoria Interna Governamental determinado pelo Art. 3º da Instrução Normativa nº 13/2020 da Secretaria Federal de Controle Interno.

A Auditoria Interna da Ebserh tem como valores: integridade, ética, simplicidade e praticidade, visão institucional, visão e estratégia global, imparcialidade, objetividade e zelo profissional. Tais valores são diretrizes para que a Auditoria Interna da Ebserh venha produzir impactos com a sua atuação.

A Unidade de Auditoria Interna da Ebserh (AUDIN), no exercício de suas competências, atua com vinculação hierárquica ao Conselho de Administração, nos termos do art. 15, §3º do Decreto nº 3.591/2000, recebendo apoio administrativo da Presidência da Ebserh, responsável por prover os meios e condições necessárias à execução de suas atribuições.

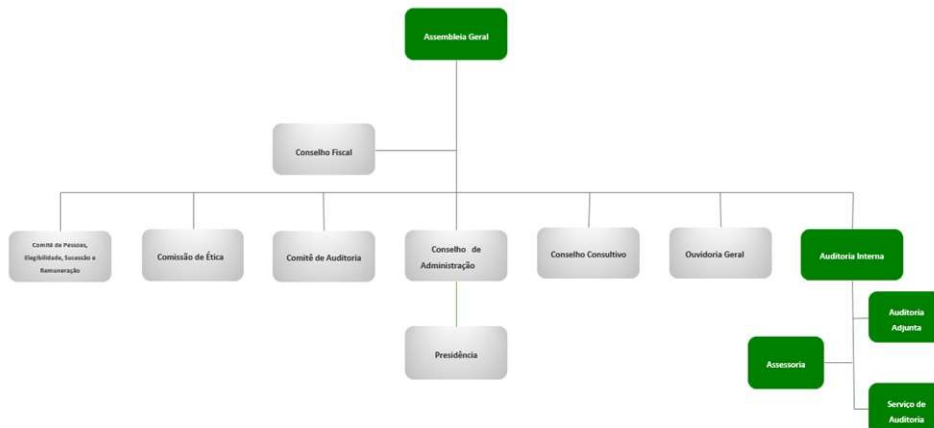


Figura 2 - Organograma da estrutura da unidade da Auditoria Interna

4.1 Força de Trabalho da AUDIN

A força de trabalho da Auditoria Interna da Ebserh no exercício de 2024 contou com 73 (setenta e três) colaboradores, assim distribuídos:

a) na Sede da empresa estão lotados 08 (oito) colaboradores:

- ü 1 (um) Auditor Geral;
- ü 1 (um) Auditor Geral Adjunto;
- ü 1 (um) Auditor Assessor;
- ü 1 (um) Auditor Chefe de Serviço de Auditoria; e
- ü 4 (quatro) empregados públicos.

b) nas Unidades filiais estão lotados 65 (sessenta e cinco) colaboradores:

- ü 39 (trinta e nove) Auditores Chefes de Unidade Hospitalar; e
- ü 26 (vinte e seis) empregados/servidores públicos.

Segue abaixo o detalhamento da força de trabalho da Auditoria Interna da Ebserh:

EQUIPE DA AUDITORIA INTERNA EBSERH		EXERCÍCIO DE 2024
Unidade	Nome	Cargo/Função
Sede	Adriano Augusto de Souza	Auditor Geral
Sede	Paulo Henrique Fernandes Cavalcante	Auditor Geral Adjunto
Sede	Cássio Maurílio batista Souza	Chefe de Serviço de Auditoria
Sede	Leonardo Fernandes Lins de Vasconcelos	Auditor Assessor
Sede	Iara Freitas dos Santos Castro	Analista Administrativo
Sede	Rafaela Maria Silva do Nascimento	Enfermeira
Sede	Luciane Echeverria de Oliveira	Assistente Administrativo
Sede	Marcelo Oliano Machado	Assistente Administrativo
HUGV-UFAM	Adriana Helmer	Auditora Chefe
HC-UFMG	Alfredo Fernandes de Jesus	Auditor Chefe
CH-UFC	Ana Paula Rodrigues Freire	Auditora Chefe
	Samara Karine Carvalho Sena	Fisioterapeuta
HU-UFGD	André Luiz de Souza Ferreira	Auditor Chefe
	Cleuza Lima Nunes	Assistente Administrativo
HUOL-UFRN	Carlos Alexandre Batista da Fé	Auditor Chefe
	Vanessa de Souza Castro Pinheiro	Assistente Administrativo
HC-UFG	Cleomenes Viana Batista	Auditor Chefe
	Natalina Mendes Pereira	Assistente Administrativo
HU-UFSCAR	Cynthia Corrêa de Souza	Auditora Chefe
HU-UFJF	Dalila Patricia Fernandes Soares	Auditora Chefe
HUCAM-UFES	Dielson Cláudio dos Santos	Auditor Chefe
	Ana Carolina Quinelato Christ	Analista Administrativo
	Mariângela Gomes Poltronieri Prata	Enfermeira em Auditoria e Pesquisa
HE-UFPEL	Douglas Aparecido da Silva	Auditor Chefe
	Edson de Meneses Fernandes	Auditor Chefe
CHC-UFPR	Heloise Helena Berger Ploszaj	Analista Administrativo
	Julyanna Gomes Vieira	Enfermeira
Unidade	Nome	Cargo/Função
HC-UFU	Eduardo Eutímio Blumer	Auditor Chefe
	Fernando da Silva Oliveira	Analista Administrativo
HUB-UnB	Eduardo Miraglia	Auditor Chefe
	Fagner dos Santos Oliveira	Assistente Administrativo
HUJM-UFMT	Ester Cordeiro Ferreira	Auditora Chefe
	Claudia Antonielli Garcia de Almeida	Assistente Administrativo
HUJB-UFMG	Eudes Gonçalves da Silva	Auditor Chefe
HU-FURG	Franco Omoto	Auditor Chefe
	Carin Elizabeth Roll Corrêa	Assistente Administrativo
	Gabriel Aragão Wright	Auditor Chefe
HULW-UFPPB	Francisca Noberto da Silva Oliveira	Analista Administrativo
	Rosinéa Lins de Araújo Carneiro	Farmacêutica
	Ionas Cardoso dos Santos	Auditor Chefe
MEJC-UFRN	Elisandra Epaminondas Almeida da Silva	Técnico em Secretariado
HC-UFPE	Ivanildo Alves de Carvalho Filho	Auditor Chefe
HUMAP-UFMS	Janaina Gonçalves Theodoro de Faria	Auditora Chefe
	Luciana Duarte de Oliveira	Enfermeira
HUPAA-UFAL	João Luiz Rodrigues	Auditor Chefe
	Sisino Borges de Santana	Assistente Administrativo
HU-UFMA	José Ivanildo Primo	Auditor Chefe
	Michael Pereira Silva Americo	Assistente Administrativo
	Tais Silva Carvalho	Assistente Administrativo
CHU-UFPA	José Roberto de Oliveira Negrão	Auditor Chefe
	Marcia Tereza Correa Neri	Técnico de Contabilidade
HU-UFPI	José William Gomes da Silva	Auditor Chefe
	Vivyanne de Melo Sousa	Assistente Administrativo
HU-UFSC	Evilly Carine Dias Bezerra	Analista Administrativo
	Júlio Cesar Peres Simi	Auditor Chefe

HUPES-UFBA	Karla Micheline Oliveira Boaventura	Auditor Chefe
HDT-UFNT	Laise Cristina Costa e Silva Coelho	Auditora Chefe
HU-UNIFAP	Leandro Antunes Santos	Auditor Chefe
HUAC-UFMG	Ludinaura Regina Souza dos Santos	Auditora Chefe
	Bruna Pinheiro de Lima	Assistente Administrativo
HU-UFS	Manoel Gomes Marciupe Neto	Auditor Chefe
HC-UFTM	Marcel Jesus Diniz	Auditor Chefe
	Gabriella Moura Ferrreira	Assistente Administrativo
HUSM-UFSM	Marco Aurélio Ferreira da Cunha	Auditor Chefe
HUL-UFS	Marco Otavio dos Santos Vianna	Auditor Chefe
	Josino Vieira Santana Junior	Assistente Administrativo
Unidade	Nome	Cargo/Função
HUGG-UNIRIO	Marcos Antônio Pimentel	Auditor Chefe
CH-UFRJ	Mauro Hiroshi Horie	Auditor Chefe
HUAP-UFF	Meg Tatiany Torres dos Santos	Auditora Chefe Substituta
HUAB-UFRN	Reinaldo Alves de Almeida Filho	Auditor Chefe
HU-UNIVASF	Severino Souza de Queiroz	Auditor Chefe
	Adriana Soares de Lima Leandro	Enfermeira
MCO-UFBA	Tathiane Ribeiro da Silva	Auditora Chefe

Tabela 2 - Fonte: Auditoria Interna Ebsersh

4.2 Alocação da Força de Trabalho

A execução das ações da Auditoria Interna no exercício de 2024 comprometeu o quantitativo de 116.416,00 (cento e dezesseis mil, quatrocentos e dezesseis) horas. Esse quantitativo compreendeu o somatório de horas de trabalho utilizados em todas as ações empreendidas pela Auditoria Interna no exercício de 2024, ou seja, serviços de auditoria, facilitações, capacitações, entre outros.

Atividade	HH Realizado
Serviços de Auditoria	53.880
Capacitação dos Auditores	6.917
Monitoramento de Recomendações	12.880
Gestão e Melhoria da Qualidade	1.800
Gestão Interna da UAIG	35.363
Levantamento de informações para órgãos de controle interno ou externo	2.280
Reserva Técnica (demandas extraordinárias)	3.296
Outros	0
	116.416,00

5 - Demonstrativo da execução dos serviços de auditoria interna previstos e não previstos no PAINT/2024

5.1 Serviços de auditoria previstos no PAINT/2024

No PAINT/2024, foram previstas 160 (cento e sessenta) ações de auditoria, das quais 155 (cento e cinquenta e cinco) foram concluídas, 01 (uma) cancelada, e 04 (quatro) reprogramadas.



Figura 6 - Fonte - Auditoria Interna - 22/01/2025

O demonstrativo completo da execução dos serviços de auditoria previstos no PAINT/2024, contendo o detalhamento dos trabalhos finalizados, não concluídos (em execução), não realizados (cancelados), e reprogramados estão evidenciados no Anexo I.

Os motivos de cancelamento/reprogramações foram derivados de falecimento do auditor chefe da MEJC/UFRN, o que ensejou a necessidade de realização de processo seletivo para o HUL-UFS, além de ter ocorrido a necessidade de ajustes devido a licença saúde por quase 9 meses do auditor chefe do HUAP-UFF e de licença maternidade da auditora chefe do HDT-UFNT.

5.2 Demonstrativo das ações de auditoria por temas e macroprocessos

O planejamento das ações desenvolvidas em 2024 pela unidade de Auditoria Interna foi focado nos riscos relevantes no âmbito de cada processo gerencial, finalístico e de suporte existente na Cadeia de Valor da Ebsersh.

O desdobramento destas ações totalizou o quantitativo de 24 (vinte e quatro) processos da cadeia de valor da Ebsersh avaliados pela auditoria, conforme priorização contida no planejamento das ações do exercício de 2024, a seguir:

Ordem	Processo Gerencial, finalístico ou de Suporte	Temas avaliados	Classificação
1	Gerir Contrato de Objetivos (planejar a aplicação dos recursos da rede Ebsersh, formalizar contrato de objetivos, gerir a execução dos planos de aplicação e avaliar a execução dos planos de aplicação e dos contratos de objetivos)	Acordo Organizativo de Compromissos (AOC)	Avaliação de Riscos
2	Gerir Custos (Apurar custos hospitalares, mensurar custos hospitalares, analisar custos hospitalares e monitorar custos hospitalares)	Gerir Custos	Avaliação de Riscos
3	Gerir contratos e Atas de Registro de Preços (formalizar contratação, fiscalizar contratação, formalizar e gerir ARP, gerir suporte em contratos, monitorar contratações da rede e subsidiar serviços compartilhados em Contratos e Atas).	Gerir contratos de Terceirização com dedicação exclusiva de mão de obra	Avaliação de Riscos
		Dispensas e Inexigibilidades	Avaliação de Riscos
	Realizar Compras Centralizadas (gerir categorias de compra, definir estratégias)	Realizar Compras Centralizadas	Avaliação de Riscos

4	de compra e planejar compras centralizadas)	OPME	Avaliação de Riscos
5	Gerir Planejamento Orçamentário (consolidar a estimativa de despesas e receitas da rede para o exercício, autorizar liberações de parcelas do orçamento e realizar adequações no planejamento orçamentário).	Demonstrações Contábeis da Ebserh - Sede	Obrigatório
6	Gerir Contabilidade (Gerir cadastros em sistemas oficiais, gerir registros contábeis, elaborar relatórios e documentos contábeis, elaborar declarações para órgãos fazendários/fisco, promover auditoria contábil e realizar conformidade de registro de gestão das transações)	Demonstrações Contábeis da Ebserh - Sede	Obrigatório
7	Gerir Estoque (realizar planejamento de insumos, requisitar compra de material não padronizado, requisitar (re) suprimento de material de consumo, receber material de consumo, armazenar material de consumo, distribuir material de consumo e realizar movimentação de estoque na rede)	Estoques	Avaliação de Riscos
8	Gerir Orçamento (emitir e gerenciar empenho, realizar liquidação de despesa e pagamento, gerir alterações orçamentárias, gerir movimentação de créditos, emitir disponibilidade orçamentária, realizar monitoramento e avaliação do orçamento da Rede Ebserh e elaborar peças orçamentárias para o cumprimento das obrigações legais).	Gerir Execução Orçamentária e Financeira	Avaliação de Riscos
9	Gerir Finanças (elaborar programação financeira mensal, apurar recursos a repassar, monitorar disponibilidades financeiras e realizar apuração para encerramento do exercício).	Gerir Execução Orçamentária e Financeira	Avaliação de Riscos
10	Gerir Relacionamento com o Parlamento (Gerir agenda com parlamentares, acompanhar representações da empresa no parlamento, realizar articulações para viabilizar emendas parlamentares e monitorar projetos de lei de interesse da empresa)	Gerir Relacionamento com o Parlamento	Avaliação de Riscos
11	Prover Soluções de Sistemas de Informação (gerir necessidade de sistemas de informação, desenvolver sistemas de informação e implantar sistemas de informação)	Prover Soluções De Sistemas de Informação (AGHU)	Obrigatório
12	Promover Segurança e Saúde dos Trabalhadores (realizar inspeções de segurança, gerir programas de segurança do trabalho, emitir laudo de insalubridade e/ou periculosidade, Gerir acidentes de trabalho, Gerir prontuário médico dos trabalhadores, Gerir Programas de Saúde ocupacional).	Promover Segurança e Saúde dos Trabalhadores	Avaliação de Riscos
13	Gerir Atividades de Preceptoría (gerir modelo de atuação da supervisão e preceptoría na rede Ebserh e planejar qualificação de preceptores)	Gerir Atividades de Preceptoría nos Ambulatórios e Blocos Cirúrgicos	Avaliação de Riscos
14	Gerir Manutenção Predial (avaliar viabilidade da manutenção predial e equipamentos de infraestrutura, elaborar plano de manutenção preventiva predial e equipamentos de infraestrutura, planejar manutenção predial e equipamentos de infraestrutura e realizar manutenção predial, equipamentos de infraestrutura e atualizar cadastro de infraestrutura física)	Gerir obras	Avaliação de Riscos
15	Gerir Obras (fiscalizar obra, monitorar obra e receber obra, gerir plano diretor físico, realizar avaliação técnica especializada, avaliar viabilidade do projeto e elaborar projetos de arquitetura e engenharia, fiscalizar obra, monitorar obra e receber obra)	Gerir obras	Avaliação de Riscos
16	Gerir Remuneração, Benefícios e Direitos de Colaboradores (gerir folha de pagamento e benefícios, gerir folha de pagamento complementar, reapresentar pagamentos revolidos, gerir saldos negativos e reposição ao erário, gerir o benefício auxílio alimentação/refeição, gerir ajuda de custo e mobiliário, gerir recolhimento de contribuições trabalhistas, realizar pagamento de verbas de exercícios anteriores, gerir ressarcimento de salários e encargos realizado pela Ebserh e gerir ressarcimento de salários e encargos para Ebserh).	Gerir Horas Extras e Rescisões Contratuais	Avaliação de Riscos
17	Gerir Remuneração, Benefícios e Direitos de Colaboradores (gerir folha de pagamento e benefícios, gerir folha de pagamento complementar, reapresentar pagamentos revolidos, gerir saldos negativos e reposição ao erário, gerir o benefício auxílio alimentação/refeição, gerir ajuda de custo e mobiliário, gerir recolhimento de contribuições trabalhistas, realizar pagamento de verbas de exercícios anteriores, gerir ressarcimento de salários e encargos realizado pela Ebserh e gerir ressarcimento de salários e encargos para Ebserh).	Remunerações dos Administradores e Conselheiros da Ebserh - Sede	Obrigatório
18	Realizar Prática de Ensino (gerir escala dos residentes, monitorar treinamentos em serviço dos residentes, realizar treinamento em serviço dos residentes e gerir mobilidade em rede nos estágios opcionais das residências)	Planejamento Assistencial em um Hospital Universitário Avaliação dos Serviços de Oncologia	Avaliação de Riscos
19	Realizar Gestão Patrimonial (incorporar bens permanentes, gerir movimentações de bens permanentes, realizar depreciação de bens permanentes, realizar desfazimento de bens permanentes e realizar gestão documental de móveis e imóveis)	Demonstrações Contábeis da Ebserh - Sede	Obrigatório
20	Gerir relações trabalhistas (realizar negociações trabalhistas - ACT, gerir demandas dos empregados - CFT, mensurar clima organizacional, gerir iniciativas de conscientização e prevenção de assédio moral e gerir resolução de conflitos).	Avaliar o grau de eficiência, eficácia e efetividade da Governança da Administração Central da Ebserh nas ações judiciais relacionadas ao adicional de insalubridade.	Avaliação de Riscos
21	Desenvolver e Reter Pessoas (promover capacitação, gerir avaliação de desempenho, gerir progressão funcional de carreira, acompanhar período de experiência, gerir afastamentos para capacitações fora do país e gerir plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) e plano de cargos comissionados e funções gratificadas (PCCFG)	Desenvolver e Reter Pessoas	Obrigatório
22	Prover Profissionais (promover concursos públicos e processos seletivos, convocar aprovados em concursos públicos e processos seletivos, realizar integração, contratação e lotação de colaboradores, nomear gestores para cargos comissionados e funções gratificadas e movimentar colaboradores)	Prover Profissionais para Serviços Complementares de Saúde	Avaliação de Riscos
23	Gerir riscos (Realizar Identificação e avaliação dos eventos de riscos, estabelecer atividades de controle para os riscos priorizados e monitorar os riscos)	Transações com Partes Relacionadas - Sede	Obrigatório
24	Gerir Instrumento Formal de Contratualização (formalizar instrumento de contratualização SUS e monitorar desempenho da contratualização)	Contratualização SUS	Avaliação de Riscos
25	Gerir Cooperações Técnicas (prospectar parcerias, formalizar parcerias, contratar consultoria, apoiar a execução das atividades da parceria, incorporar produto da parceria, finalizar parceria e identificar parcerias na rede)	Associações de Amigos dos Hospitais Universitários	Avaliação de Riscos

5.3 Serviços de Assessoramento

De acordo com a "Orientação Prática: Serviços de Auditoria" da CGU, os assessoramentos representam atividades conduzidas pelos auditores para apoiar, mediar ou coordenar discussões relacionadas ao aprimoramento dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos. Nessas situações, o auditor age de forma neutra, utilizando ferramentas e técnicas para auxiliar os gestores na construção de soluções, no entendimento dos processos e na tomada de decisões. Além disso, o assessoramento tem como objetivo oferecer orientação estratégica para o aperfeiçoamento de políticas públicas, governança organizacional, gerenciamento de riscos e controles internos, contribuindo para a melhoria contínua das operações da unidade auditada e na construção de soluções e respostas.

Em 2024, a Auditoria Interna (AUDIN) realizou 524 atividades de assessoramentos.

6 - Monitoramento das Recomendações da Auditoria Interna

O monitoramento ocorre no sistema E-aud e alcança as determinações e recomendações feitas pelo TCU, as recomendações feitas pela CGU e pela própria Auditoria Interna. Os resultados estão consolidados em tabelas e gráficos abaixo.

6.1 Recomendações no âmbito da Sede

Diretorias	Atendidas	Parcialmente Atendidas	Não Atendidas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Inovação - DEPI	100,00%	0%	0%
Presidência	97,00%	3,00%	0%
Diretoria de Administração e Infraestrutura - DAI	96,00%	3,00%	1,00%
Diretoria de Gestão de Pessoas - DGP	95,00%	4,00%	1,00%
Vice-presidência	91,00%	8,00%	1,00%
Diretoria de Orçamento e Finanças - DOF	91,00%	8,00%	1,00%
Diretoria de Assistência à Saúde - DAS	91,00%	9,00%	0%
Diretoria de Tecnologia da Informação - DTI	90,00%	10,00%	0%

Fonte: Auditoria Interna da Ebserh - extraído em 08/02/2024

Os resultados do monitoramento do Plano de Providências Permanente - PPP, demonstram a alta resolutividade da Administração Central da Ebserh nas determinações e das recomendações feitas pelos órgãos de controle interno e externo e pela própria Auditoria Interna, indicando o impacto exitoso do monitoramento.

6.2 Recomendações no âmbito das unidades filiais

As demonstrações dos monitoramentos realizados contemplaram 38 (trinta e oito) unidades de auditoria da rede Ebserh, exceto a unidade do CH-UFRJ, tendo em vista que o primeiro auditor interno foi nomeado em outubro de 2024, logo os monitoramentos serão apresentados apenas no Relatório de Atividades de Auditoria Interna do exercício de 2025.

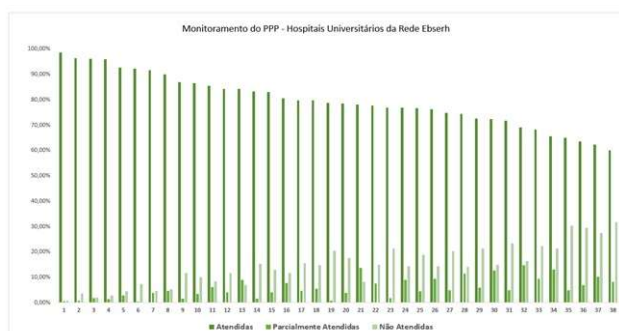
Seguem as referências dos monitoramentos realizados pelas unidades de auditoria nas filiais, no exercício de 2024:

Ordem	Hospitais	Atendidas	Parcialmente Atendidas	Não Atendidas
1	HUMAP-UFMS	98,59%	0,61%	0,81%
2	HDT-UFNT	96,36%	0,81%	3,62%
3	CH-UFC	96,28%	1,71%	2,02%
4	HUB-UNB	95,90%	1,30%	2,81%
5	HULW-UFPB	92,74%	2,81%	4,46%
6	HU-UNIVASF	92,30%	0,39%	7,31%
7	HUCAM-UFES	91,57%	3,83%	4,60%
8	HU-UFPI	90,05%	4,62%	5,33%
9	HUOL-UFRN	86,93%	1,51%	11,56%
10	HC-UFPE	86,46%	3,53%	10,01%
11	HU-UFJF	85,50%	6,13%	8,36%
12	HC-UFU	84,33%	4,08%	11,60%
13	HUAC-UFCG	84,24%	8,94%	6,82%
14	HUSM-UFMS	83,21%	1,49%	15,30%
15	HC-UFG	83,11%	4,11%	12,79%
16	HUJB-UFCG	80,58%	7,77%	11,65%
17	HU-UFMA	79,86%	4,68%	15,46%
18	HUAB-UFRN	79,83%	5,52%	14,64%
19	HU-UFES	78,65%	0,81%	20,54%
20	MEJC-UFRN	78,46%	3,85%	17,69%
21	HUM-UFMT	78,07%	13,74%	8,19%
22	HUL-UFES	77,61%	7,54%	14,86%
23	HUGV-UFAM	76,91%	1,77%	21,32%
24	CHC-UFPR	76,79%	8,88%	14,33%
25	CHU-UFPA	76,70%	4,42%	18,88%
26	MCO-UFBA	76,36%	9,32%	14,32%
27	HUAP-UFF	74,80%	4,88%	20,33%
28	HU-UFGD	74,49%	11,49%	14,02%
29	HUPAA-UFAL	72,66%	5,96%	21,38%
30	HU-UFSC	72,41%	12,64%	14,94%
31	HU-FURG	71,72%	4,92%	23,36%
32	HC-UFMG	69,02%	14,61%	16,37%
33	HE-UFPEL	68,33%	9,44%	22,22%
34	HC-UFMT	65,53%	13,15%	21,32%
35	HUPES-UFBA	64,91%	4,88%	30,21%
36	HU-UFSCAR	63,57%	6,98%	29,46%
37	HU-UNIFAP	62,39%	10,26%	27,35%
38	HUGG-UNIRIO	60,16%	8,13%	31,71%

Tabela 4 - Fonte: Sistema SIG-Auditoria extraído em 07/01/2024

Destaca-se que todas as unidades hospitalares alcançaram percentuais de atendimentos a partir de 60% das recomendações monitoradas.

Segue abaixo demonstrativo dos percentuais alcançados acerca dos monitoramentos realizados pelas unidades filiais, no exercício de 2024.



7 - Fatos relevantes que impactaram a atuação da AUDIN

Em atenção ao previsto na IN 05/2021 da CGU, apresentamos a seguir fatos relevantes que impactaram de forma positiva a atuação da Auditoria Interna no ano de 2024:

7.1 Integração da Auditoria Interna

- **Videoconferências:** realização periódica de videoconferências com toda a equipe da Auditoria, sede e filiais, com a finalidade de atualização de conhecimentos, capacitação, discussão de procedimentos, troca de experiências, melhoria nas práticas de auditoria, tendo como base agregar valor à gestão, e esclarecer informações e assuntos administrativos. Essa atividade permitiu que a Auditoria Interna mantivesse a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.
- **Informativo de Atividades de Auditoria Interna:** encaminhamento de 92 (noventa e dois) informes internos à equipe da auditoria interna, a fim de atualizar e de disponibilizar informações entre os colaboradores da Auditoria Interna - Ebserh.
- **Organização da Documentação para o Projeto de Auditoria:** com o objetivo de padronizar a atuação da auditoria interna da Ebserh em temas que são consolidados para reuniões de busca conjunta de soluções com as Diretorias da Sede da Ebserh, foram realizados os seguintes procedimentos de planejamento:
 - a) **Tarefas de Auditoria:** contém as seguintes orientações: objetivo, escopo, período de execução, local, questões estratégicas a serem verificadas (são construídas a partir de uma avaliação de risco), principais riscos específicos do trabalho, procedimentos de auditoria, metodologia sugerida específica do objeto/objetivo do trabalho e fluxo de execução;
 - b) **Matriz de Planejamento:** questões de auditoria, subquestões de auditoria, critério, informações requeridas, fontes das informações, detalhamento dos procedimentos, possíveis limitações para a execução da auditoria e possíveis achados;
 - c) **Matriz de Achados:** questões de auditoria, subquestões de auditoria (opcional), situação encontrada (possíveis achados), critério, evidências, causas, efeitos, boas práticas, sugestões de recomendações e **benefícios financeiros e não financeiros esperados** (art. 17, inc. VII, da IN/SFC nº 09/2018);
 - d) **Caderno de Procedimentos:** Este caderno tem por finalidade fornecer diretrizes em nível de detalhamento para execução do Projeto (passo a passo);
 - e) **Relatórios de Auditoria ou Nota Técnica:** contém as seguintes fases: trabalho de campo, apresentação dos achados ao gestor, reunião para apresentação dos achados e busca conjunta de solução, emissão de Relatório Preliminar, manifestação do gestor e emissão do Relatório Definitivo de Auditoria;
 - f) **Comunicação dos Resultados do Trabalho:** Auditado, Presidência, Conselhos de Administração, Conselho Fiscal, SFC/CGU e TCU.
 - g) **Validação dos Mapeamentos dos Projetos de Auditoria, referentes ao exercício do PAINT 2024:** Encaminhamento dos novos projetos de auditoria para validação pelas Diretorias responsáveis pelos temas, a fim de garantir que a descrição ou o desenho elaborado pela auditoria interna esteja alinhado com a realidade. Essa validação visa reduzir o risco de erros na emissão da opinião da auditoria interna, assegurar a precisão na avaliação a ser realizada e maximizar o valor agregado dos trabalhos de auditoria para a Unidade Auditada.
 - h) **Aprovação dos Projetos de Auditoria no PAINT 2024:** Após a validação dos mapeamentos pelas Diretorias Finalísticas, os coordenadores apresentam os projetos à Auditoria Geral, na sede da Empresa. A avaliação é realizada no formato de banca, onde a Auditoria Geral analisa e procede à avaliação e aprovação final dos projetos.
 - i) **Implantação de Calculadora Amostral para Dimensionamento de Homem/Hora:** Desenvolvimento e implementação de uma calculadora para o dimensionamento de homem/hora, com o objetivo de auxiliar no planejamento dos projetos de auditoria. A ferramenta visa otimizar a alocação de recursos humanos e o tempo necessário para a execução das auditorias, proporcionando maior eficiência no processo.
- **Implantação de Novas Auditorias Internas:** para Implantação de novas auditorias internas decorrentes de vacância e de eventual não preenchimento do presente exercício, devem ser verificados os seguintes procedimentos:
 - a) **Semana de Ambientação de novos auditores:** planejamento e execução do processo de seleção, de ambientação e de instalação das novas Auditorias Internas nos Hospitais Universitários Federais.
 - b) **Visitas in loco aos HU:** além de possuir como foco, a priori, a instalação de auditor chefe no HU, as visitas *in loco* nos Hospitais têm como objetivo, contínuo, a coleta de informações e de diagnósticos referentes à realidade dos HU.
 - c) **Visitas in loco aos Órgãos de Controle:** apresentação da Ebserh e da sua Unidade de Auditoria Interna às regionais dos órgãos de controle nos Estados (CGU e TCU), por meio de visitas *in loco*.
 - d) **Movimentação de Auditores Chefes:** Quando há vacância de um cargo comissionado de Auditor Chefe em uma das unidades filiais, a vaga é primeiramente disponibilizada aos auditores da rede, por meio de um processo seletivo de movimentação interna. Esse processo é iniciado com a comunicação, via informe de auditoria, a todos os Auditores da rede sobre a abertura da vaga, seguida de um prazo para que os interessados, que atendam aos critérios exigidos, manifestem interesse.

O processo de seleção utiliza indicadores de desempenho quantitativos e qualitativos, os quais possibilitarão ou não a candidatura no processo. Os critérios são:

 - 100%: Avaliação de Desempenho GDC dos últimos 2 anos
 - >= 2 anos: Tempo de atuação como Auditor Chefe na atual Unidade Hospitalar.
 - e) **Processos Seletivos para Auditores Chefes:** Após a conclusão do processo de movimentação interna, é realizado um Processo Seletivo para o preenchimento do cargo comissionado de Auditor Chefe remanescente. Para isso, a Diretoria de Gestão de Pessoas publica um edital, especificando os requisitos obrigatórios para a seleção, que é conduzida por uma Comissão de Seleção nomeada por meio de Portaria e publicada no Boletim de Serviço da Empresa, dando ampla divulgação e transparência ao processo.

A seleção ocorre em duas fases:

- 1ª Fase: Análise Curricular, de caráter eliminatório e classificatório; e
- 2ª Fase: Entrevista, também de caráter eliminatório e classificatório.

Ao final da 2ª fase, o candidato com a melhor classificação será indicado para o cargo de Auditor Chefe da filial.

7.2 I Concurso de Boas Práticas de Controle Interno da Rede Ebserh

A Auditoria Interna da Ebserh Sede promoveu o I Concurso de Boas Práticas de Controle Interno, com o objetivo de estimular, reconhecer, premiar e promover a disseminação de boas práticas de controle interno gerenciais, finalísticas ou de suporte. Essas práticas devem estar relacionadas ao aprimoramento da eficiência operacional, transparência, integridade, gestão e governança dos controles internos no âmbito da Administração Central e dos Hospitais Universitários Federais administrados pela Ebserh.

O concurso foi direcionado a todos os setores da Administração Central, representadas pela Presidência, Vice-Presidência e suas Diretorias, além de todas as unidades dos Hospitais Universitários vinculados à Rede Ebserh, por meio de suas Superintendências. O concurso premiou as duas melhores práticas de controle interno nas seguintes categorias:

- Aprimoramento de Processos Gerenciais e de Suporte para a Assistência à Saúde;
- Aprimoramento de Processos Gerenciais e de Suporte para o Ensino e a Pesquisa;
- Aprimoramento de Processos Gerenciais e de Suporte Administrativo.

Para concorrer, as iniciativas de controle interno deveriam atender aos seguintes critérios: criatividade e inovação, aplicabilidade, replicabilidade, prevenção de riscos, valor agregado, monitoramento, custo-benefício e formalização. Dentre as 193 propostas recebidas, 15 foram selecionadas como finalistas pela Comissão Julgadora, sendo as cinco práticas mais bem avaliadas em cada categoria.

A seguir estão demonstradas as duas práticas, com melhor classificação, organizadas por categoria:

7.2.1 Categoria: Aprimoramento de Processos Finalísticos Assistenciais

1ª Colocada - Lista de Espera Cirúrgica (LEC): gestão eficiente, informatizada e transparente - CHC-UFPR

A realização do mapeamento do processo de gestão da Lista de Espera Cirúrgica (LEC), seguida de sua informatização, possibilitou a definição de premissas norteadoras, a padronização e a orientação da gestão da LEC no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR). Além disso, proporcionou a publicização e a transparência das informações, beneficiando tanto a administração quanto os pacientes e demais envolvidos no processo, e retirou a pessoalidade e subjetividade do contexto em que a LEC estava inserida.

2ª Colocada - Dashboard de Monitoramento em Tempo Real dos Indicadores de Desempenho do Convênio com o Gestor SUS - HU-UFPI

A gestão por indicadores é uma abordagem de administração que utiliza métricas específicas para medir e monitorizar o desempenho de uma organização, projeto ou processo. Esses indicadores permitem que gestores e equipes acompanhem o progresso em relação aos objetivos estratégicos e operacionais, identificando áreas que precisam de melhorias e garantindo que as ações estejam alinhadas com as metas estabelecidas. Assim, é possível acompanhar os resultados e poder realizar uma tomada de decisão de forma rápida e precisa, mitigando os riscos e falhas, otimizando tempo, uso dos recursos financeiros e humanos.

Resultados positivos foram observados:

- Aumento exponencial no cumprimento das metas do Convênio com o Gestor SUS, na medida que o painel foi implementado.
- Democratização no processo de pactuação das metas contratualizadas com a participação das áreas;
- Monitoramento do cumprimento das metas contratuais em tempo real;
- Diagnóstico precoce das causas que impactam no cumprimento das metas por unidade;
- Intervenção precoce e assertiva nas causas que impactam no cumprimento das metas contratuais, otimização de mão de obra, reorganização de procedimentos clínicos e cirúrgicos, reorganização das agendas aumentando a produtividade;
- Habilitação de serviços que já eram executados.

7.2.2 Categoria: Aprimoramento de Processos de Suporte Gerencial e Administrativo

1ª Colocada - Implantação da Gestão de Custos - HUMAP-UFMS

Através do Painel de Gestão de Custos foi possível verificar melhora no Percentual da Receita Contratualizada em relação aos custos(exceto Pessoal). Este indicador representa o quanto a receita contratualizada representa frente aos custos do Hospital(exceto pessoal). Com os dados do Painel é possível verificar que o Hospital está evoluindo nesse indicador, saindo de 72% em 2022 para 81% em 2024, sendo a meta da EBSERH. A Gestão de Custos contribuiu para melhora desse indicador fornecendo informações no momento da negociação da contratualização, além de relatórios periódicos e apoio na tomada de decisão da Gestão na abertura e fechamento de serviços. Ainda podemos destacar como benéficos: Melhoria de diversos fluxos no HUMAP, sendo a implantação do módulo de dispensação farmacêutica um deles. Difusão da cultura de Gestão de Custos no HUMAP.

2ª Colocada - Institucionalização da Automação de Processos através de linguagem de programação. - HU-UFJF

Foi instituído um grupo de trabalho composto por profissionais com expertise em automação de processos e gestão estratégica da inovação, com o objetivo de consolidar o conhecimento de diversos projetos piloto em andamento no hospital e promover avanços em áreas como: gestão do conhecimento, definição de metodologias, capacitação, descentralização, priorização e eficiência operacional por meio da automação.

Nos projetos piloto que resultaram na institucionalização das boas práticas, foram identificadas tarefas repetitivas e rotineiras, passíveis de automação. O processo de trabalho foi analisado para viabilizar sua automação e, em seguida, foi instalado um software programado em Python® para automatizar os procedimentos.

Foram observados como resultados positivos os pontos abaixo:

1. Redução de erros manuais: Redução de erros de digitação e preenchimento de formulários;
2. Redução de custos: Por fazer com que as atividades sejam executadas de forma mais rápida, a automação tem ajudado a reduzir custos em até R\$ 3.240,38 por mês por colaborador. Vide detalhes em planilha anexa de evidências.
3. Redução de tempo de ciclo de atividades: a velocidade da automação contribui para alcançar prazos pactuados com antecedência, auferindo eficiência nos processos de trabalho. A economia de tempo chega até a 115 horas por mês por colaborador.
4. Maior utilização do potencial intelectual dos trabalhadores: redução de tarefas rotineiras, repetitivas e de baixo valor agregado e liberação dos funcionários para se concentrarem em tarefas mais criativas, complexas e de alto valor agregado, conferindo motivação ao trabalho desafiador;
5. Aumenta conformidade processual: Ao automatizar processos, é possível alcançar padronização e conformidade legal dos procedimentos, garantindo que as obrigações acessórias sejam preenchidas de acordo com as regulamentações vigentes.

7.2.3 Categoria: Aprimoramento de Processos de Ensino e Pesquisa

1ª Colocada Informatização da Gestão dos Programas de Residência do CHC-UFPR/Ebserh: Integrando Processos e Sistemas desde a Matrícula à Titulação dos Residentes - CHC-UFPR

O sistema realiza o controle de todo o processo de gestão da residência, da entrada do residente até sua certificação, contemplando todas as fases do processo:

- Cadastro dos Programas e Preceptores: Todos os programas são inseridos no sistema, contemplando suas especificidades e número de vagas;
- Gestão do Processo Seletivo: Após a emissão da lista dos candidatos aprovados pelo concurso Enare (início em 2022), efetua-se a carga no sistema com os dados dos residentes;
- Gestão dos Processos: Realiza o envio automatizado do processo SEI e controle para pagamento das Bolsas; geração automática de processos individualizados para cada residente, com informações e documentos em anexo, endereçados ao Departamento de Administração de Pessoal da UFPR subsidiando a implementação das bolsas, bem como a prevenção de pagamentos indevidos com a necessidade de geração de GRU de ressarcimento ao erário;
- Gestão do Cadastro e Módulos de Acesso do Residente: O residente e administradores podem acessar os dados para evolução do histórico durante a residência;
- Gestão da Conclusão da Residência até a Titulação: Trabalho de Conclusão da Residência; Controle Acadêmico do status dos residentes -Titulação; Emissão de Histórico Escolar; Solicitação, Emissão e Controle da entrega de Certificados; e
- Emissão de Relatórios de Todos os Processos da Residência: Geração automática de planilha em excel ou pdf (vide anexo), subsidiando as informações para atuação do processo operacional e a elaboração de indicadores das residências.

2ª Colocada - Mapa de vagas do ENARE 2024/2025 - DEPI

Nas edições anteriores do Enare, a oferta de programas e vagas só podia ser visualizada por meio de acesso ao Edital da Residência Médica e anexos ou por acesso Edital da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e anexos.

Sendo assim, a única visualização possível da informação de programas e vagas estava atrelada a um dos Editais. A adoção do mapa de visualização de programas e vagas permitiu ao candidato ampla visualização da oferta no Enare com possibilidade de diversos formatos de busca, por estado, município, programa, instituição, tipo de residência, inclusive verificar ao mesmo tempo oferta da residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde em um único acesso e local.

A visualização de programas e vagas no Enare 2024/2025, em formato sistêmico para visualização do público pode ser realizada pelo site do Enare — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (www.gov.br) <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/exame-nacional-deresidencia-enar>

7.2.4 Além disso, 95 projetos foram integrados ao Portal do Conhecimento. Esse espaço é um ambiente colaborativo dedicado ao compartilhamento de ideias inovadoras, soluções eficazes e iniciativas que geram impacto positivo em nossa atuação, com o objetivo de promover a troca de experiências e fortalecer a disseminação de boas práticas na rede de hospitais administrados pela Ebserh. Os projetos podem ser acessados através do link: <https://intranet.ebserh.gov.br/conhecimento/auditoria-interna>.

7.3. Participação no Congresso Mundial de Hospitais - IHF

A Auditoria Interna marcou presença na 47ª edição do Congresso Mundial de Hospitais (WHC), promovido pela International Hospital Federation (IHF), que aconteceu de 09 a 12 de setembro de 2024, no Windsor Convention & Expor Center, Rio de Janeiro/RJ.

Uma das principais atrações foi a apresentação dos abstracts selecionados pela comissão julgadora da IHF. Ao todo, foram avaliados mais de 900 trabalhos do mundo inteiro, 93 da rede Ebserh, dos quais 65, provenientes da administração central e dos hospitais da Ebserh, foram selecionadas. Entre eles, a auditoria Interna fora selecionada para apresentar o abstract: "Innovation and Learning – Implementation of the 1st Ebserh's training course in internal government .

7.4 Utilização do Painel PPP Online

A Auditoria Interna utiliza o Plano de Providências Permanente (PPP) como instrumento para consolidar as recomendações emitidas para a Ebserh, e em consonância com o artigo 14, § 3º da IN/SFC nº 09, de 09/10/2018, até maio de 2024, foi utilizado o "Módulo Auditoria", desenvolvido no Sistema de Informações Gerenciais - SIG, com objetivo de realizar o monitoramento das recomendações e das determinações, pelos HU e pela Sede - Ebserh, expedidas pelos órgãos de controle interno e externo, pela Auditoria Interna e pelos Conselhos de Administração e Fiscal da Ebserh.

A Auditoria Interna, no exercício de 2024, atualizou o layout do painel de dados desenvolvido a partir da ferramenta Power BI destinado a organizar, analisar e monitorar a execução dos trabalhos em execução nas unidades de auditoria da Rede Ebserh.

Dentre os benefícios que ilustram seu benefício destacamos: auxiliar na comparação de dados históricos, na definição de estratégias de ação e no cumprimento de metas, além da melhoria no acompanhamento da previsão de conclusão das auditorias realizadas.

O Painel Emissão de Tarefa por HU está demonstrado nas imagens a seguir:

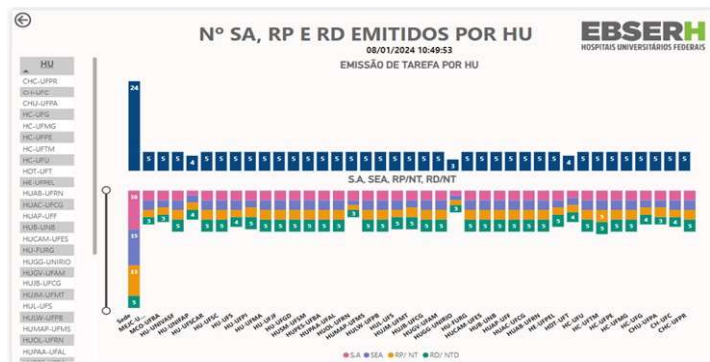


Figura 8 - Fonte: Painel Power Bi da Auditoria - extraído em 11/01/2024

Essa ferramenta gerencial permite a visualização da execução das etapas do processo da auditoria como: emissão de documentos, cronograma, andamento das ações e supervisores dos temas de auditoria.

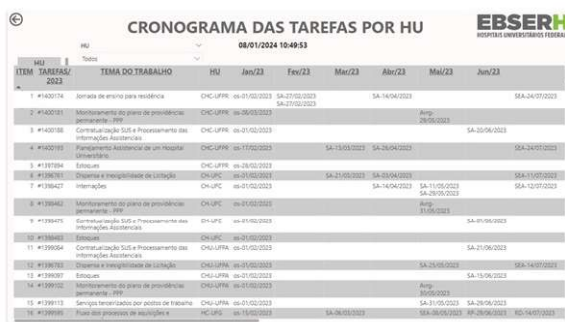


Figura 9 - Fonte: Painel Power Bi da Auditoria - extraído em 11/01/2024

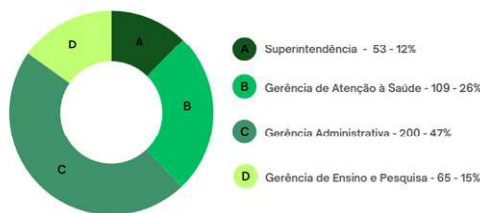
7.6 Pesquisa de qualidade dos trabalhos da auditoria interna

Com vistas a avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Auditoria Interna, foi realizada a coleta de dados para avaliação pelos gestores da qualidade dos trabalhos desenvolvidos pela unidade da auditoria interna da rede Ebserh.

O objetivo dessa coleta anual é obter um feedback dos gestores da rede acerca sobre a relevância e qualidade do trabalho de auditoria realizado, visando utilizar as informações coletadas como insumos para a melhoria e aprimoramento dos trabalhos desenvolvidos pela Auditoria Interna.

Segue a consolidação dos resultados que foram obtidas a partir das respostas encaminhadas pelos gestores da rede:

1. Unidade Vinculada:



2. A auditoria tratou de tema(s) relevante(s) da unidade auditada.



3. Os prazos estabelecidos pela equipe de auditoria para a apresentação de documentos, informações e/ou esclarecimentos foram razoáveis.



4. A Reunião de Busca Conjunta de Soluções contribuiu para a construção de recomendações relevantes, oportunas e exequíveis.



5. As informações contidas no relatório de auditoria são relevantes.



Figura 10 - Fonte: Auditoria Interna da Ebsersh

Destes resultados, verificamos a necessidade de reavaliar de forma global no PAINT 2025 os prazos estabelecidos pela equipe de auditoria para a apresentação de documentos, informações e/ou esclarecimentos, pois esse item teve o concordo parcialmente próximo ao concordo totalmente, além de algumas revisões serem necessárias no PAINT 2025, para os casos pontuais.

8 - Ações de capacitação realizadas

Conforme recomendação da Instrução Normativa SFC nº 5, de 27/08/2021, são previstas 40 horas anuais de capacitação para cada auditor, incluindo o titular da unidade.

O PAINT/2024 estabeleceu uma previsão total de 2.720 horas destinadas a ações de capacitação. Entretanto, a Auditoria Interna da Ebsersh superou essa meta, totalizando 6.917 horas de capacitação realizadas em 2024, demonstrando um comprometimento com o desenvolvimento profissional contínuo e a excelência técnica. As horas excedentes foram remanejadas do quantitativo destinado à Gestão Interna da Unidade de Auditoria.

O quadro demonstrativo das ações de capacitação realizadas em 2024, com o quantitativo de colaboradores qualificados, carga horária e temas abordados, encontra-se detalhado no Anexo II deste relatório.

9 - Análise consolidada acerca do nível de maturação dos processos de governança, de gerenciamento de risco e de controles internos do órgão ou da entidade com base nos trabalhos realizados

A contribuição da Unidade de Auditoria Interna tem agregado valor no aperfeiçoamento dos controles internos, na governança, no gerenciamento de risco e estimulado às iniciativas de transparência.

Os resultados dos trabalhos culminam na elaboração de Relatórios Definitivos de Auditoria Interna e Notas Técnicas, que são encaminhados ao gestor e aos órgãos colegiados, para conhecimento das fragilidades verificadas com vistas à adoção de providências preventivas e corretivas, cujas implementações são sistematicamente monitoradas pela unidade de Auditoria Interna.

A seguir, estão demonstradas, de forma sintetizada, as principais avaliações de controles realizadas em 2024, bem como as boas práticas detectadas:

9.1 - Auditorias executadas na Administração Central

Dentre os trabalhos realizados pela Auditoria Interna na Administração Central da empresa, apresentamos, a seguir, os principais achados de cinco temas de Auditoria realizados no exercício de 2024:

9.1.1 Governança do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHUX

9.1.1.1 Quais as principais conclusões alcançadas?

1. Deficiências no alinhamento das necessidades das áreas assistenciais com as funcionalidades do Sistema AGHU.
2. Não utilização de informações gerenciais em tempo real das atividades assistenciais pelo AGHU.
3. Inadequação dos módulos e dos registros do AGHU em relação aos processos de trabalho das áreas assistenciais e administrativas.
4. Utilização de sistemas complementares ao AGHU.

9.1.1.2 Principais Recomendações:

1. À Diretoria de Atenção à Saúde (DAS): Implantar, em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, com o apoio da DTI, rotina de levantamentos de fluxos de processos de trabalho e padronizações de procedimentos, além de estudos prévios acerca das necessidades identificadas pelo Hospitais Universitários, antes do pedido de inserção de novo módulo e/ou funcionalidade no AGHUX, de forma a espelhar, facilitar a implantação dos mesmos no Sistema AGHUX e tornar mais célere as fases de definição de requisitos, de design e de arquitetura.
2. À Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI): Implementar no AGHU, em até 150 (cento e cinquenta) dias, um painel em tempo real da gestão dos leitos hospitalares, contendo pelo menos a situação de cada leito.
3. À Diretoria de Atenção à Saúde (DAS): No prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, emitir diretrizes para a Rede Ebsersh padronizando o uso das funcionalidades do AGHU: a movimentação de prontuários; o gerenciamento de pacientes com indicação cirúrgica que ainda não têm previsão de realização do procedimento; solicitação de exames;

disponibilização de laudos no AGHU; integração de Resultados de Exames Externos; cadastro de leitos; utilização da certificação digital para assinatura dos documentos Evolução, Anamneses e Prescrições; planejamento de cirurgias; cirurgias realizadas; e nota de consumo de forma geral e para OPME em todos os Hospitais Universitários da Rede Ebserh.

4. À Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI): Definir, em até 150 (cento e cinquenta) dias, diretrizes sobre o uso de sistemas complementares ao AGHU, estabelecendo, em parceria com a DAS, critérios sobre a obrigatoriedade para utilização de cada módulo/funcionalidade do AGHU, bem como quando é aceitável utilizar sistemas complementares, estabelecendo um procedimento para aprovação e monitoramento desses sistemas complementares.

9.1.2 Gerir Estoques

9.1.2.1 Quais as principais conclusões alcançadas:

01. Fragilidades no acompanhamento de uso de rotinas de fornecimento/recebimento de materiais por meio de empréstimo, permuta e doações de materiais pela Rede Ebserh.
02. Deficiência no monitoramento dos itens de estoque próximo ao vencimento e dos níveis de estoque na rede Ebserh.
03. Deficiência no monitoramento dos principais indicadores de estoque.
04. Ausência de formalização de instruções, normativos ou POPs disciplinando as rotinas de inventário periódico ou rotativos no âmbito das Filiais Ebserh.

9.1.2.2 Quais as principais recomendações emitidas:

01. Publicar, em até 180 dias, a Norma Operacional que estabeleça responsabilidades, normatiza e padroniza os procedimentos relacionados à movimentação de bens na Rede Ebserh, em fase de análise e aprovação da Governança da DAL.
02. Realizar agenda específica com os gestores dos hospitais da Rede Ebserh após publicação da norma supracitada, a fim de orientá-los quanto aos critérios e processos de transferência de materiais de consumo, seja entre as filiais da Rede Ebserh, seja com outros entes.
03. Elaborar um indicador de monitoramento mensal das movimentações de empréstimos, permutas e doação realizadas com outros hospitais ente federativos.
04. Concluir, em até 180 dias, o desenvolvimento do Novo Painel de Gestão de Estoque, disponibilizando novas ferramentas, visando aprimorar a gestão dos lotes e validades.
05. Publicar, em até 180 dias, a Norma Operacional de Inventário Físico de Estoques e Bens na Rede Ebserh. (Processo 23477.009644/2021-03).

9.1.3 Contratualização SUS e Processamento de Informações Assistenciais

9.1.3.1 Quais as principais conclusões alcançadas?

1. Falha no monitoramento e avaliação dos indicadores dos Instrumentos Formais de Contratualização (IFC);
2. Falha no monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho financeiro da Alta e Média Complexidade e FAEC; e
3. Falha na conciliação entre a produção aprovada dos HUFs e a receita SUS.

9.1.3.2 Quais as principais recomendações foram emitidas?

1. À Diretoria de Atenção à Saúde: Implementar a solução tecnológica em desenvolvimento visando assegurar controles eficazes e contínuos sobre a contratualização e os resultados obtidos pelos hospitais da rede.
2. À Diretoria de Atenção à Saúde: Estudar soluções, definir e implementar, em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, em parceria com a Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF), diretrizes e controles de monitoramento acerca da conciliação da Receita SUS e o processamento das informações assistenciais no âmbito dos HUFs e da Sede, bem como o fluxo da comunicação quanto ao atingimento das metas e alertas quando desse não atingimento.

9.1.4 Política de Transações com Partes Relacionadas

9.1.4.1 Quais as principais conclusões alcançadas?

1. Baixa Implementação de Recomendações dos Relatórios Definitivos de Auditoria nos Hospitais HE-UFPEL e HUGV-UFAM;
2. Cadastro de Pessoal-Chave da Ebserh incompleto;
3. Descumprimento do Regulamento de Pessoal no CHC-UFPR.

9.1.4.2 Quais as principais recomendações emitidas?

1. Providenciar em até 180 dias o atendimento total das recomendações classificadas como não atendidas dos relatórios de auditoria interna apresentados nesse achado, assegurando a implementação das medidas corretivas dentro dos prazos estipulados e adotando monitoramento contínuo para garantir a eficácia das ações, visando o fortalecimento dos controles internos e à mitigação de riscos operacionais e de conformidade.
2. Implementar, no período de até 180 (cento e oitenta) dias, a atualização dos cadastros dos membros próximos da família do pessoal considerado "Pessoa Chave", no âmbito da rede Ebserh.
3. Orientar todos os colaboradores do Hospital sobre a necessidade de cumprimento do art. 39 (inciso IX) do Regulamento de Pessoal da Ebserh.

9.1.5 Avaliação dos Processos e Controles Relacionados À Governança da Administração Central da Ebserh Frente aos Adicionais de Insalubridade.

9.1.5.1 Quais as principais conclusões alcançadas?

1. Fragilidades no monitoramento das inspeções locais pela DGP;
2. Fragilidades nos Controles de Cadastro e Fluxo de Pagamento de Adicionais de Insalubridade Decorrentes de Sentenças Judiciais.

9.1.5.2 Quais as principais recomendações emitidas?

1. Desenvolver, em até 180 dias, fluxo de acompanhamento periódico dos planos de monitoramento desenvolvidos pelos GTs, bem como do acompanhamento da efetiva realização das ações de inspeção apresentadas pelos GTs.
2. Realizar apuração administrativa, em até 180 dias, para atestar a inconsistência no cadastro do percentual de adicional de insalubridade determinado judicialmente e, se necessário, apurar a causa. Se confirmada a inconsistência, desenvolver solução gerencial para evitar novos casos, revisar os pagamentos já realizados e adotar medidas administrativas para reposição ao erário deste recurso financeiro.

9.1.6 Avaliação dos Processos e Controles Relacionados À Governança da Administração Central da Ebserh Frente aos Adicionais de Insalubridade.

9.1.6.1 Quais as principais conclusões alcançadas?

1. Fragilidades no monitoramento das inspeções locais pela DGP;
2. Fragilidades nos Controles de Cadastro e Fluxo de Pagamento de Adicionais de Insalubridade Decorrentes de Sentenças Judiciais.

9.1.6.2 Quais as principais recomendações emitidas?

1. Desenvolver, em até 180 dias, fluxo de acompanhamento periódico dos planos de monitoramento desenvolvidos pelos GTs, bem como do acompanhamento da efetiva realização das ações de inspeção apresentadas pelos GTs.
2. Realizar apuração administrativa, em até 180 dias, para atestar a inconsistência no cadastro do percentual de adicional de insalubridade determinado judicialmente e, se necessário, apurar a causa. Se confirmada a inconsistência, desenvolver solução gerencial para evitar novos casos, revisar os pagamentos já realizados e adotar medidas administrativas para reposição ao erário deste recurso financeiro.

9.2 - Auditoria executadas nos Hospitais Universitário da Rede

Dentre os trabalhos realizados pela Auditoria Interna nos Hospitais Universitários da Rede Ebserh, apresentamos, a seguir, os principais achados de cinco temas de Auditoria realizados no exercício de 2024:

9.2.1 - Acordo Objetivo de Compromissos (AOC) - 2024

A ação de controle sobre o tema Acordo Objetivo de Compromissos (AOC) foi desenvolvida em 36 (trinta e seis) Unidades Hospitalares da Ebserh, com o propósito de análise e avaliação da conformidade da execução dos Acordos Organizacionais de Compromissos (AOC) e seus planos de custeio e investimentos no âmbito dos Hospitais Universitários vinculado à Ebserh. O principal achado da ação de controle está demonstrado a seguir:

- Em 14 das 36 Unidades Hospitalares foi observado falhas no monitoramento do Acordo Organizativo pelo Colegiado Executivo: CH-UFC; HC-UFMG; HC-UFU; HE-UFPEL; HUGG-UNIRIO; HUGV-UFAM; HUL-UFS; HUMAP-UFMS; HUPAA-UFAL; HUPES-UFBA; HUSM-UFMS; HU-UFS; HU-UNIFAP; MEJC-UFRN.

9.2.2 - Gerir Atividades de Preceptorias nos Ambulatórios e Blocos Cirúrgicos

A ação de controle sobre a gestão das atividades de preceptorias nos ambulatórios e blocos cirúrgicos foi realizada em 15 (quinze) Unidades Hospitalares da Ebserh, com o objetivo de avaliar as

atividades de preceptoria, quanto à qualificação dos preceptores no processo ensino-aprendizagem e ao acompanhamento das atividades práticas dos residentes; e avaliar a gestão da fila para a realização de exames e consultas ambulatoriais; e cirurgias eletivas.

- Em 15 Unidades Hospitalares (100% das avaliadas), foi observado a gestão da oferta de cirurgias eletivas em desacordo com os preceitos da Norma Operacional - SEI nº 2/2023/DEPAS-EBSERH. (HC-UFPE, HUAB-UFRN, HUB-UNB, HUGV-UFAM, HUJM-UFMT, HUPES-UFBA, HU-UFS, MCO-UFBA, CH-UFC, HDT-UFNT, HU-UNIVASF, HC-UFG, HU-FURG, HU-UFMG e HU-UFPI);
- Em 12 das 15 Unidades Hospitalares, foi observada ausência de protocolo de acesso para a realização de consultas ambulatoriais e/ou exames de apoio diagnóstico. (HC-UFPE, HUAB-UFRN, HUB-UNB, HUJM-UFMT, HUPES-UFBA, MCO-UFBA, HU-UFPI, HU-UNIVASF, HU-FURG, HU-UFMG, HU-UFS e CH-UFC); e
- Em 9 das 15 Unidades Hospitalares, foi observada gestão e organização da oferta de consultas ambulatoriais e/ou exames de apoio diagnóstico não concentradas no Núcleo Interno de Regulação e/ou sem regulação por meio do gestor local do SUS. (HC-UFPE, HU-UFS, CH-UFC, HU-UNIVASF, HU-FURG, HU-UFMG, HUAB-UFRN, MCO-UFBA e HUJM-UFMT).

9.2.3 - Gerir Custo

A ação de controle sobre o tema Gerir Custo foi realizada em 10 (dez) Unidades Hospitalares da Ebserh, com o objetivo de avaliar os processos e controles internos das atividades relacionadas à gestão de custos nos Hospitais Universitários da Rede Ebserh. Os principais achados da ação de controle estão demonstrados a seguir:

- Em 8 das 10 Unidades Hospitalares auditadas, foi observado que a Unidade Hospitalar não implementou controles internos capazes de guardar os dados de períodos encerrados, uma vez que o sistema ApuraSUS não possui trava permitindo a reabertura dos períodos de fechamento de custos. (HUJB-UFMG, HUSM-UFMS, CHC-UFPR, HC-UFU, HU-FURG, HUMAP-UFMS, HE-UFPEL, HUJM-UFMT);
- Em 7 das 10 Unidades Hospitalares auditadas, foi observada a ausência de definição formal do modo de extração dos dados e responsabilidades de cada Unidade ou Setor envolvido no processo de apuração dos custos. (HUJB-UFMG, HUSM-UFMS, CHC-UFPR, HC-UFU, HU-FURG, HE-UFPEL, HUJM-UFMT); e
- Em 6 das 10 Unidades Hospitalares auditadas, foi observada a ausência de indicadores e metas de custos. (HUJB-UFMG, HUSM-UFMS, CHC-UFPR, HC-UFU, HU-FURG, HUMAP-UFMS).

9.2.4 - Gerir Horas Extras e Rescisões Contratuais

- Em 10 das 15 Unidades Hospitalares auditadas foi identificada "Realização de horas extras mensalmente pelos mesmos colaboradores, incorrendo em risco de habitualidade." (HU-UNIVASF, HUL-UFU, HC-UFPE, HC-UFU, HU-UFSCAR, HUPAA-UFAL, HUGG-UNIRIO, HU-UFMG, CHU-UFPA e HU-UFSC);
- Em 8 das 15 Unidades Hospitalares auditadas foi identificada "Ausência de registro de entrada e/ou saída do plantão remunerado por hora extra no ponto eletrônico." (HC-UFPE, HU-UFSC, HUAB-UFRN, HUPAA-UFAL, HUGG-UNIRIO, HC-UFMT, HUOL-UFRN e HC-UFU); e
- Em 6 das 15 Unidades Hospitalares auditadas foi identificada "Falha na instrução de processos de rescisão de contrato de trabalho." (HC-UFU, HUL-UFU, HUAB-UFRN, HUPAA-UFAL, HUGG-UNIRIO e HU-UFJF).

9.2.5 - Promover Segurança e Saúde dos Trabalhadores

- Em 15 das 21 Unidades Hospitalares foi identificada "Falha na realização das inspeções para identificação/ avaliação dos riscos" (HUAC-UFMG, HU-UFMG, HU-UFMA; HUAB-UFRN; HUSM-UFMS; HULW/UFPB; HUJB-UFMG; MCO-UFBA; HC-UFSC; CHC-UFPR; HUJB-UFMT; HU-UFS; HU-UFPI; HU-UNIFAP; HUB-UNB);
- Em 14 das 21 Unidades Hospitalares foi observada "Falta de treinamentos relacionados a trabalhos executados em ambientes insalubres" (HUAC-UFMG; HU-UFSCar; HU-UFMA; HUAB-UFRN; HUSM-UFMS; HUJB-UFMG; MCO-UFBA; HC-UFSC; CHC-UFPR; HUJB-UFMT; HU-UFS; HU-UFPI; HU-UNIFAP; HUGV-UFAM);
- Em 13 das 21 Unidades Hospitalares foi identificada "Falta de monitoramento do Plano de Ação do Caderno de Segurança e/ou de visita técnica e/ ou de Consultoria" (HUAC-UFMG, HDT-UFNT, HU-UFMG; HC-UFMG; HUAB-UFRN; HUSM-UFMS; HU-UFJF; MCO-UFBA; CHC-UFPR; HUJB-UFMT; HU-UFS; HU-UFPI; HU-UNIFAP);
- Em 12 das 21 Unidades Hospitalares foi observada "Falha no procedimento relacionado a acidentes de trabalho ocorridos em ambientes insalubres" (HU-UFMG; HC-UFMG; HU-UFSCar; HUAB-UFRN; HUSM-UFMS; HUJB-UFMG; MCO-UFBA; HC-UFSC; CHC-UFPR; HUJB-UFMT; HU-UFPI; HUB-UNB); e
- Em 12 das 21 Unidades Hospitalares foi identificada "Falta de fornecimento de Equipamento de Proteção Individual" (HUAC-UFMG; HU-UFMA; HUAB-UFRN; HUSM-UFMS; HU-UFJF; HUJB-UFMG; MCO-UFBA; HC-UFSC; HUJB-UFMT; HU-UFS; HU-UNIFAP; HUB-UNB).

9.2.6 O que recomendamos para melhoria dos controles relacionados aos itens 9.2.1 a 9.2.5?

Registramos que para todos esses achados identificados nos hospitais universitários nos itens 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.4 e 9.2.5 foram feitas recomendações à gestão do hospital universitário para resolução dos problemas encontrados; e que encontra-se previsto na agenda do PAINT 2025 a discussão com as Diretorias envolvidas sobre necessidades de aprimoramento nos controles relacionados à governança de cada um desses 5 temas avaliados.

9.3 - Boas práticas observadas nos Hospitais Universitários

9.3.1 Controle de Contratos por Competência: Um Instrumento de Gestão Transparente e Responsável - HC-UFU

O Controle de Contratos por Competência é um relatório desenvolvido pelo Setor de Contabilidade do HC-UFU no sistema Tesouro Gerencial STN, projetado para fornecer uma visão detalhada e precisa dos custos hospitalares. Este relatório foi adotado como o modelo oficial pela Rede Ebserh para demonstrar os custos efetivos nos meses de competência, ou seja, quando de fato ocorreu o custo ou a prestação do serviço.

Características do Relatório:

- Demonstração de Custos por Competência: Fornece uma demonstração detalhada dos custos consumidos mensalmente. Ao apresentar o valor exato do custo no mês de competência, ele garante que os gestores hospitalares tenham uma visão clara e precisa dos recursos empregados, promovendo uma alocação mais racional e informada dos recursos públicos.
- Classificação por Natureza de Despesa: Detalha os custos por tipo de despesa orçamentária, facilitando a compreensão e a análise dos diferentes componentes de custos.
- Precisão e Detalhamento: Apresenta o valor exato dos custos no mês de competência, juntamente com o documento contábil correspondente à liquidação da despesa, e o número do processo SEI onde constam a documentação, nota fiscal, e os atos de ordenação do gestor responsável.

9.3.2 Apuração de custos no HUMAP/UFMS

Foram identificadas boas práticas a partir da apuração de custos no HUMAP/UFMS, tais como: Ampliação da enfermaria da clínica médica: para auxiliar a Gestão na tomada de decisão acerca de ampliação de leitos no hospital, o Setor de Contabilidade - SCONT realizou estudo de custos para ampliação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, UTI Adulto, CTI Pediátrico, Serviço de Enfermaria Pediátrica e Unidade do AVC, por meio do Relatório SEI nº 20/2024 (39616193) e do Relatório SEI nº 24/2024 (39921777), com classificação de itens de custos por centro de custos da Apuração e Gestão de Custos do SUS - APURASUS, identificando o custo do paciente dia com os leitos existentes atualmente e impacto financeiro de leitos ampliados, conforme tabelas extraídas dos referido relatórios abaixo:

IMPACTO FINANCEIRO							
CENTRO DE CUSTO	HABILITAÇÃO	QTD DE LEITOS AMPLIADOS	RECEITA POR LEITO HABILITADO	RECEITA TOTAL	CUSTO POR LEITO AMPLIADO	CUSTO TOTAL LEITOS AMPLIADOS	IMPACTO FINANCEIRO TOTAL MENSAL
SERVICO DE UTI NEONATAL	4	4	16.200,00	64.800,00	17.638,90	70.555,60	- 1.438,00
SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL - CANGURU	4	4	4.000,00	16.000,00	7.621,98	30.407,28	- 14.407,28
TOTAL				80.800,00		101.542,88	- 20.645,88

*O impacto financeiro total foi calculado considerando a receita total gerada com a ampliação dos leitos subtraindo o custo total com os leitos ampliados

IMPACTO FINANCEIRO							
CENTRO DE CUSTO	HABILITAÇÃO	QTD DE LEITOS AMPLIADOS	RECEITA POR LEITO HABILITADO	RECEITA TOTAL	CUSTO POR LEITO AMPLIADO	CUSTO TOTAL LEITOS AMPLIADOS	IMPACTO FINANCEIRO TOTAL MENSAL
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	3	3	16.200,00	48.600,00	37.413,40	37.413,40	- 21.213,40
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVO PEDIATRICO	3	2	16.200,00	48.600,00	22.611,99	45.223,98	- 6.411,99
SERVICO DE ENFERMARIA PEDIATRICA	4	4	15.700,00	62.800,00	11.397,23	45.599,32	- 4.392,67
UNIDADE DO AVC(PAM ADULTO)	5	5	9.721,04	48.605,21	19.975,48	99.877,00	- 18.234,36
TOTAL				208.605,21		228.103,70	- 18.498,49

*O impacto financeiro total foi calculado considerando a receita total gerada com a ampliação dos leitos subtraindo o custo total com os leitos ampliados

O SCONT procurou adotar a avaliação de custos do hospital, utilizando o APURASUS, desde 2019, tais ações, com respectivos cálculos e informações estão espelhadas no Processo SEI 23538.005914/2021-37, em que demonstra as análises de custos de setembro de 2019 até o primeiro semestre/2023. Além disso, adotou a emissão de relatórios trimestrais atualmente identificados por meio painéis, extraídos por PowerBI, com Relatórios de Custo Total da Unidade, Relatórios por Centro de Custos e Plano de Entidades - Centro de Custos. Tais informações podem ser observadas por meio do link: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOWQwO3N2H1YWUitZTzJNS00N2MzIjTK4OTlINDM1M2NkN2Y0YjlljwidC16jBhMDM4N2RlITMxODI1NGRlY0Q0NDM4LWRhZjUyZjU0ZWUwOCJ9>

9.3.3 Bate Mapa das cirurgias programadas - CH-UFC

Como boas práticas de controle cujos resultados permitem-nos indicar que podem ser replicadas na Rede Ebserh, destacamos para a área de regulação a seguinte unidade:

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é realizado diariamente o "Bate Mapa" das cirurgias programadas. Em reunião formada por cirurgiões, anestesistas e representantes do Núcleo Interno de Regulação-NIR, da Unidade de Terapia Intensiva-UTI, da Farmácia e do Centro Cirúrgico acontece a confirmação e o alinhamento dos procedimentos cirúrgicos que serão

realizados no dia seguinte. Essa prática tem sido eficiente, já que proporciona a redução das suspensões e acréscimos de cirurgias eletivas.

9.3.4 Dashboard de Monitoramento em Tempo Real dos Indicadores de Desempenho do Convênio com o Gestor SUS- HU-UFPI

A gestão por indicadores implementou uma abordagem que utiliza métricas para monitorar o desempenho institucional, garantindo uma tomada de decisão mais rápida e precisa.

Com a criação do Painel de Indicadores no Power BI, foi possível monitorar as metas em tempo real, o que trouxe transparência e facilitou intervenções rápidas na gestão. Antes dessa implementação, não havia um controle eficiente das metas, dificultando a identificação de problemas. Com o novo sistema, houve avanços como otimização da mão de obra, reorganização de procedimentos e aumento da produtividade, além de habilitar novos serviços para o hospital.

Os resultados mostram uma evolução no cumprimento das metas pactuadas: de 76% em 2018, passou para 82% em 2021 e atingiu 99% em 2023, superando 100% no primeiro trimestre de 2024. Esse progresso foi acompanhado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato (CAC), que inclui representantes da Regulação do HU-UFPI e da Regulação Municipal de Teresina. A implementação da gestão por indicadores foi essencial para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços oferecidos.

9.3.5 Controle da Regulação e Transparência nos Processos do Circuito Cirúrgico do Hospital Universitário Ana Bezerra - HUAB/UFRN/EBSERH

A prática de melhoria regulatória e transparência nos processos cirúrgicos do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) foi implementada com a criação de um Protocolo que descreve atividades e rotinas para orientar as equipes e garantir a eficiência operacional, segurança do paciente e transparência. O Protocolo foi impulsionado por recomendações de auditoria interna, como o monitoramento de indicadores e a redução de cirurgias suspensas.

O processo envolveu o mapeamento detalhado de etapas do circuito cirúrgico, identificando vulnerabilidades e gerando um mapa de riscos que guiou ações de mitigação, de acordo com o modelo COSO. O Protocolo também priorizou a transparência e a integridade na gestão da fila cirúrgica, eliminando interferências externas e assegurando que os procedimentos seguissem critérios objetivos e justos. Com a adoção de boas práticas, o HUAB melhorou a eficiência dos procedimentos cirúrgicos, reduziu custos, aumentou a segurança e garantiu a transparência em todas as etapas.

Resultados positivos foram observados na Unidade:

- Maior eficiência no tempo de espera cirúrgica;
- Redução na taxa de suspensão cirúrgica;
- Rastreabilidade da oferta de vagas para as consultas ambulatoriais (circuito cirúrgico e multiprofissionais);
- Rastreabilidade e transparência dos mapas cirúrgicos;
- Quadruplicou-se o número de procedimentos cirúrgicos realizados mensalmente após um ano da implementação dos controles;
- Criação de Power BI com os indicadores de monitoramento de procedimentos cirúrgicos (incluindo taxa de suspensão, tempo em dias que o paciente leva para realizar a cirurgia, causas básicas da suspensão das cirurgias, dias que mais ocorrem suspensões etc.), disponibilizando os indicadores para toda a rede EBSEH através da Intranet;
- Identificação dos riscos nos processos do circuito cirúrgico, incluindo ações de controle, responsáveis pela mitigação;
- Redução no número vezes que o paciente precisaria comparecer ao hospital;
- Redução de custos ao sistema de saúde para realizar cirurgias eletivas no HUAB; e
- Redução do risco de se "furar fila" dos procedimentos cirúrgicos.

10 - Benefícios financeiros e não financeiros decorrentes da atuação da AUDIN

Conforme disposto na IN nº 05, de 27 de agosto de 2021, deve constar neste relatório, quadro demonstrativo do valor dos benefícios financeiros e de quantitativo dos benefícios não financeiros auferidos em decorrência da atuação desta UAIG ao longo do exercício. Antes, baseado na IN nº 10, de 28 de abril de 2020, define-se que:

Os benefícios não financeiros, embora não passíveis de representação monetária, têm impacto positivo na gestão de forma estruturante, tal como melhoria gerencial, melhoria nos controles internos e aprimoramento de normativos e processos, devendo ser quantificado em alguma unidade que não monetária.

Os benefícios financeiros são representados monetariamente a exemplo da (i) recuperação de valores pagos indevidamente; (ii) suspensão de pagamento não continuado indevido; (iii) suspensão de pagamento continuado indevido; (iii) redução nos valores licitados/contratados, mantendo a mesma quantidade e qualidade necessárias de bens e serviços; (iv) cancelamento de licitação/contrato com objeto desnecessário, inconsistente ou inadequado tecnicamente; (v) cancelamento de licitação/contrato com objeto desnecessário, inconsistente ou inadequado tecnicamente; (vi) elevação de receita; (vii) compatibilização do objeto contratado com as especificações ou com o projeto; e (viii) incremento da eficiência, eficácia ou efetividade de projeto estratégico.

No que diz respeito à demonstração dos benefícios financeiros e não financeiros decorrentes das ações de auditoria, no exercício de 2024, as informações estão demonstradas de forma detalhadas nos Anexos III e IV deste Relatório.

Os benefícios financeiros pela atuação da auditoria interna, no exercício de 2024, totalizaram o valor de R\$ 10.632.061,80 (dez milhões, seiscentos e trinta e dois mil, sessenta e um reais e oitenta centavos), conforme Anexo III deste Relatório.

No que se refere aos benefícios não financeiros, foram contabilizados 135 registros, sendo seus detalhamentos apresentados no Anexo IV deste Relatório.

11- Análise consolidada dos resultados do Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade - PGMQ

Este item tem como objetivo descrever o estágio de maturidade da Auditoria Interna da Ebserh, o PGMQ e os objetivos e estrutura do modelo IA-CM.

A Auditoria Interna tem como papel fundamental o fortalecimento dos processos de governança das organizações e, para realizar este papel adotou o modelo de capacitação IA-CM - The Internal Audit Capability Model for the Public Sector (The IIA Research Foundation, 2009). Desde a sua implementação, desde 2021, a Auditoria Interna vem aperfeiçoando e consolidando os KPAs a cada ano, e após o cumprimento de todos os KPAs do nível 3, em termos de autoavaliação a AUDIN considera ter atingido esta. A próxima meta é buscar desenvolver no ciclo 2025/2026, o desenvolvimento de um projeto para alcançarmos os níveis 4 e 5. Sabe-se que será um desafio, uma vez que em vários KPAs não dependem só da Auditoria Interna, mas, também depende de outras unidades.

Registramos que desde 2024 o atingimento do indicador gerencial com sua respectiva meta vem sendo cumprida e os trabalhos desenvolvidos pela equipe da auditoria interna vem sendo mantidos.

Como resultado do atingimento dessa meta, tivemos o seguinte:

- Dos 38 (trinta e oito) auditores avaliados, 34 (trinta e quatro) atingiram a meta de pontualidade por trabalho.

O Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade da Auditoria Interna da Ebserh - PGMQ tem como base o modelo IA-CM. O PGMQ tem como objetivo promover "uma cultura que resulta em comportamentos, atitudes e processos que proporcionam a entrega de produtos de alto valor agregado, atendendo às expectativas das partes interessadas". Para cumprir a finalidade, a iniciativa deve contemplar avaliações internas e externas, orientadas a avaliar a qualidade dos trabalhos e promover a melhoria contínua da atividade de auditoria interna governamental.

A compreensão de que é necessário entender o IA-CM como uma ferramenta que identifica os fundamentos necessários para uma função de AI efetiva no setor público. É um modelo universal com comparabilidade à volta de princípios, práticas e processos que pode ser aplicado globalmente. Além disso, estabelece os passos para que uma função de auditoria interna possa progredir de um estágio inicial para um estágio mais forte e efetivo, geralmente associado a organizações mais maduras e complexas.

Destaque que o IA-CM compreende 5 níveis de capacidade progressivos, nos quais são descritas as atividades de auditoria referentes àquele nível. Os níveis são: 1 - Inicial; 2 - Infraestrutura; 3 - Integrado; 4 - Gerenciado; 5 - Otimizado.

A tabela, a seguir, apresenta a situação atual do modelo IA-CM na AI observando todos os níveis que vêm sendo trabalhados.

Consolidação dos resultados da avaliação interna dos níveis 2, 3, 4 e 5 do IA-CM por KPA.

IA-CM	Serviços e Papel da AI	Gerenciamento de pessoas	Práticas profissionais	Gerenciamento do Desempenho e Accountability	Cultura e Relacionamento Organizacional	Estruturas de Governança
Nível 5 – Otimizado	AI reconhecido como <i>agente</i> chave de mudança - KPA 3.1	Envolvimento da Liderança com Organizações Profissionais - KPA 3.3 Processo da Mão de Obra - KPA 3.2	Melhoria Contínua em Práticas Profissionais - KPA 3.5 Estratégia de Planejamento de AI - KPA 3.4	Desempenho final e valor para a organização alcançada - KPA 3.6	Relações efetivas e permanentes - KPA 3.7	Independência, Poder e Autoridade da Atividade de AI - KPA 3.8
Nível 4 – Gerenciado	Asseguração da governança, gestão de riscos e controles - KPA 4.1	AI contribui para o desenvolvimento da gestão - KPA 4.4 A Atividade de AI Apoiar Classes Profissionais - KPA 4.3 Planejamento da Mão-de-obra - KPA 4.2	Estratégia de Auditoria avança a gestão de risco da organização - KPA 4.5	Integração de medidas de desempenhos qualitativas e quantitativas - KPA 4.6	CAE Aconselha e Influencia a mais Alta Gerência - KPA 4.7	Supervisão independente das atividades de AI - KPA 4.8
Nível 3 – Integrado	Serviços de Consultoria - KPA 3.2 Auditorias de Desempenho / Operacionais - KPA 3.1	Criação de Equipe e Competência - KPA 3.3 Profissionais Qualificados - KPA 3.4	Estrutura de Gestão da Qualidade - KPA 3.7 Planos de auditoria baseados em riscos - KPA 3.6	Medidas de Desempenho - KPA 3.10 Informações de Custos - KPA 3.9	Coordenação com outros grupos de revisão - KPA 3.12 Componente Essencial da Equipe de Gestão - KPA 3.11	Supervisão e apoio gerencial para a Atividade de AI - KPA 3.13 Mecanismos de Financiamento - KPA 3.14
Nível 2 – Infraestrutura	Auditoria de Conformidade - KPA 2.1	Desenvolvimento Profissional Individual - KPA 2.3 Pessoas Habilitadas Identificadas e Recrutadas - KPA 2.2	Práticas Profissionais e Processos Estruturados - KPA 2.5 Plano de Auditoria Baseado em Prioridades da gestão e stakeholders - KPA 2.4	Orçamento Operacional de AI - KPA 2.7 Plano de Negócio de AI - KPA 2.6	Relatório de Gestão de AI - KPA 3.8 Gerenciamento dentro da Atividade de AI - KPA 2.8	CAE Informa à Autoridade de Mais Alto Nível - KPA 3.13 Acesso Pleno às Informações, Ativos e Pessoas da Organização - KPA 2.10 Fluxo de reporte de auditoria estabelecido - KPA 2.9
Nível 1 – Inicial	Ad hoc não estruturada, auditorias isoladas ou revisão de documentos e transações com finalidade de aferir conformidade, produtos dependentes das habilidades específicas de indivíduos que estão ocupando as posições; ausência de práticas profissionais estabelecidas, além das fornecidas por associações profissionais; financiamento aprovado por gerência, quando necessário; falta de infraestrutura; auditores provavelmente participantes de uma unidade de organização maior, nenhuma capacidade estabelecida, portanto, inexistência de KPA.					

Legenda:

KPA Inicial	Não institucionalizado	Institucionalizado
-------------	------------------------	--------------------

O nível 4 – Gerenciado tem como meta os seguintes KPAs:

	Serviços e Papel da AI	Gerenciamento de pessoas	Práticas profissionais	Gerenciamento do Desempenho e Accountability	Cultura e Relacionamento Organizacional	Estruturas de Governança
Nível 4 – Gerenciado	Avaliação geral sobre governança, gestão de riscos e controles - KPA 4.1	AI contribui para o desenvolvimento da gestão - KPA 4.4 A atividade de AI apoiar classes profissionais - KPA 4.3 Planejamento da força de trabalho - KPA 4.2	Estratégia de auditoria avança a gestão de risco da organização - KPA 4.5	Integração de medidas de desempenhos qualitativas e quantitativas - KPA 4.6	CAE aconselha e influencia a mais alta gerência - KPA 4.7	Supervisão independente da atividade de AI - KPA 4.8

Após análise de cada KPA do nível 4 foi possível chegar à seguinte conclusão:

I. Para o cumprimento do KPA 4.1 é preciso:

- Trabalhar em quanto tempo os PAINTS conseguirão abarcar a totalidade da governança, da gestão de riscos e dos processos de controle da organização;
- Estudar como coletar “elementos suficientes” para essa opinião geral;
- Trabalhar para que o PAINT 2026 abarque essa auditoria geral sobre a governança da empresa; e
- Trabalhar para que o PAINT 2026 passe a abarcar de forma anual um processo de auditoria contínua.

II. Para o cumprimento do KPA 4.2 é preciso:

- Associar em 2025/2026 o plano de treinamento e desenvolvimento de competências com as avaliações que a auditoria tem que produzir;
- Tentar montar em 2025/2026 um fluxo com competências básicas, intermediárias e especializadas;
- Aprofundar para 2025/2026 o registro de tempo da calculadora de fato executada com as competências; e
- Fazer mapeamento de competências em 2025/2026.

III. Para o cumprimento do KPA 4.3 é preciso:

- Incentivar que em 2025/2026 todos façam parte de um organismo de representação de auditores;

IV. Para o cumprimento do KPA 4.5 é preciso:

- Criar em 2025/2026 uma estratégia para participar do processo de gestão de riscos fazendo uma revisão da documentação relevante e fazendo sugestões ao documento; e
- Aprimorar o curso de Modelagem de Controles Internos para incluir também como ênfase a modelagem de riscos.

V. Para o cumprimento do KPA 4.6 é preciso:

- Articular em 2025 com a ACCIGR a construção do documento de apetite a riscos.

12 - Conclusão

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebsrh) foi criada em 2011 e os últimos anos representaram um crescimento considerável para a mesma, contabilizando aproximadamente 68.000 (sessenta e oito mil) colaboradores distribuídos em 45 (quarenta e cinco) Hospitais Universitários.

Considerando as particularidades que compõem a Rede Ebsrh, responsável pela recuperação dos hospitais vinculados às Universidades Federais, e as diferentes realidades de cada um destes hospitais universitários que já aderiram à Rede, é necessário um constante acompanhamento e aprimoramento de seus processos internos com vistas ao atingimento de suas metas e de seus objetivos.

Assim, esta Auditoria Interna pretende, de forma independente, avaliar e assessorar os gestores desta Entidade, dentro dos limites das suas atribuições e competências, a fim de assegurar o cumprimento de suas metas, o alcance de seus objetivos e a adequação da gestão às legislações vigentes, contribuindo assim para um crescimento harmonizado com as necessidades dos cidadãos usuários dos serviços prestados por esta Empresa.

Em face do exposto, apresento os resultados dos trabalhos de auditoria, exercício 2024, a essa Controladoria-Geral da União, para análise e providências subsequentes.

Respeitosamente,

Adriano Augusto de Souza
Auditor Geral



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Augusto de Souza, Auditor(a) Geral**, em 18/02/2025, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **47061994** e o código CRC **90E76116**.

Referência: Processo nº 23477.004362/2025-35 SEI nº 47061994