

Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Ana Catarina da Silva Gonçalves

Relatório de Estágio
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Serviço de Auditoria Interna

Coimbra, outubro de 2018

ISCAC | 2018 Ana Catarina da Silva Gonçalves Relatório de Estágio - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Serviço de Auditoria Interna



Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Ana Catarina da Silva Gonçalves

Relatório de Estágio
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Serviço de Auditoria Interna

Relatório de estágio submetido ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Auditoria Empresarial e Pública**, realizado sob a orientação da Professora Georgina Morais e supervisão do Dr. Fernando Cravo.

Coimbra, outubro de 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser a autora deste relatório de estágio, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Instituição de ensino superior para obtenção de um grau acadêmico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação do presente relatório de estágio.

PENSAMENTO

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, António e Adília e

Ao meu irmão, Ricardo!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio, compreensão e carinho demonstrado nesta fase importante da minha vida, pois sem eles nada disto seria possível, o meu mais sincero OBRIGADO!

À minha amiga Patrícia, que apesar de todos os quilómetros de distância esteve sempre presente, transmitindo-me força para continuar.

Aos meus amigos que fizeram parte desta aventura por Coimbra, em especial, à minha companheira de cinco anos, Daniela e à minha afilhada Joana.

Ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra e, em especial, aos professores que se cruzaram no meu caminho, por todos os conhecimentos transmitidos ao longo destes anos.

Ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, na pessoa do Professor Dr. Fernando Regateiro, Presidente do Conselho de Administração, pela extraordinária oportunidade de realizar este estágio no Serviço de Auditoria Interna.

Ao meu supervisor, Dr. Fernando Cravo por todos os conhecimentos e experiências transmitidas, tanto a nível profissional como pessoal, e principalmente pela preocupação e amizade, um eterno agradecimento!

À minha orientadora, Professora Georgina Morais pela ajuda na procura deste estágio, pelos conhecimentos transmitidos durante a licenciatura e o mestrado e pela ajuda na realização deste trabalho final.

RESUMO

O estágio curricular, no âmbito da conclusão do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública lecionado pelo Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, foi realizado no Serviço de Auditoria Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, com início a 19/03/2018 e término a 17/09/2018.

A Auditoria Interna tem-se vindo a inserir nos mais variados setores de atividade, devido à sua preciosa ajuda no que diz respeito ao Controlo Interno e à Gestão do Risco.

No Setor da Saúde, a função da Auditoria Interna foi introduzida em 2005 com a figura do Auditor Interno nos Hospitais, EPE.

Ao longo dos tempos, a Auditoria Interna nos Hospitais, EPE foi sofrendo algumas alterações devido ao aumento de complexidade dos trabalhos, ao acréscimo das responsabilidades que recaem sobre o Auditor Interno e às exigências dirigidas ao Serviço de Auditoria Interna.

Para cada ação desenvolvida é necessário observar e analisar cuidadosamente cada documento disponibilizado, de modo a planear, desenvolver e executar os testes adequados a cada tipo de informação com o intuito de obter as conclusões e recomendações mais apropriadas a cada atividade realizada.

Assim, à função de Auditoria Interna é pedido que se aplique, de forma sistematizada e contínua, as técnicas, procedimentos e metodologias adotadas, para que a entidade alcance os objetivos propostos pela Gestão.

Palavras-chave: Auditoria Interna, Controlo Interno, Gestão do Risco, Hospitais, EPE

ABSTRACT

The curricular internship required for the Master's conclusion in Business and Public Audit taught by the Institute of Accounting and Administration of Coimbra was realized at the Internal Audit Service of *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*, EPE, between March 19 and September 17 of 2018.

The Internal Audit has been used in a wide range of sectors due to its valuable assistance in Internal Control and Risk Management.

In the Health Sector, the Internal Audit function was introduced in 2005 with the position of Internal Auditor in Hospitals, EPE.

Over time, the Internal Audit in Hospitals, EPE has undergone some changes due to the growth in work's complexity, to the addition of responsibilities to the Internal Auditor and the requirements addressed to the Internal Audit Service.

In each developed action, it's necessary to carefully observe and analyze all documents available in order to plan, develop and execute the appropriate tests for the specific type of information and, after that, provide the conclusions and recommendations most appropriate to every activity performed.

Therefore, to the Internal Audit is requested to apply, in a systematized and continuous way, the appropriate techniques, procedures and methodologies so that the entity achieves the objectives proposed by Management.

Keywords: Internal Audit, Internal Control, Risk Management, Hospitals, EPE

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	xiv
INTRODUÇÃO	1
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1.1 A Auditoria Interna	2
1.1.1 Conceito	2
1.1.2 Evolução histórica.....	3
1.1.3 Objetivos da Auditoria Interna	4
1.1.4 Princípios orientadores para a prática da Auditoria Interna	6
1.1.5 A função de Auditoria Interna	10
1.1.6 O Plano Anual de Auditoria Interna	11
1.1.7 As fases da Auditoria Interna.....	12
1.2 O Auditor Interno	16
1.2.1 Enquadramento jurídico.....	17
1.2.2 Princípios aplicáveis à profissão.....	17
1.3 O Controlo Interno	18
1.3.1 Conceito	18
1.3.2 Objetivos.....	20
1.3.3 Ferramentas de controlo.....	21
1.3.4 Princípios gerais do Controlo Interno	22
1.3.5 Avaliação do Sistema de Controlo Interno	24
1.3.6 Limitações do Sistema de Controlo Interno	25
1.4 A Gestão do Risco.....	26
1.4.1 Conceito	26

1.4.2	Metodologia do COSO	27
1.5	A Auditoria Interna na Saúde.....	29
1.5.1	Articulação com os Organismos da Tutela, Superintendência e Controlo	32
1.5.2	A importância da Auditoria Interna nos Hospitais EPE	35
2	O CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE E O SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	37
2.1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	37
2.1.1	Caracterização.....	37
2.1.2	Regulamento interno do CHUC.....	38
2.1.3	Estrutura.....	39
2.1.4	Centros de Referência.....	39
2.1.5	O CHUC em números.....	40
2.2	O Serviço de Auditoria Interna do CHUC	42
3	O ESTÁGIO NO CHUC – SAI	46
3.1	Atividades desenvolvidas.....	46
3.2	Auditorias.....	46
3.2.1	Auditoria a procedimento de aquisição de bem de imobilizado.....	47
3.2.2	Auditoria à Contratação Pública	49
3.2.3	Auditoria de verificação do cumprimento do Despacho nº 851 A/2017, de 16 de janeiro, do Ministro da Saúde	50
3.2.4	Auditoria aos abates de bens de imobilizado.....	51
3.3	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	52
3.3.1	Planificação da revisão do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do CHUC.....	53
3.3.2	Relatório anual sobre a execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	54
3.4	Relatórios de execução financeira.....	55

3.4.1	Elaboração dos Relatórios	56
3.4.2	Relatório complementar.....	56
3.5	Regulamento Interno do SAI	57
3.6	Regulamento de Comunicação de Irregularidades.....	57
3.7	Relatório do Governo Societário 2017.....	58
3.8	Avaliação dos processos de Controlo Interno e Gestão de Risco	59
3.8.1	Apreciação do Relatório Preliminar do Inventário emitido pelos Serviços Farmacêuticos	59
3.8.2	Questionários de Controlo Interno.....	60
	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
	APÊNDICES	66
	APÊNDICE I: ÓRGÃOS DE APOIO TÉCNICO	67
	APÊNDICE II: ESTRUTURA DE GESTÃO	68
	APÊNDICE III: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	69
	APÊNDICE IV: DISTRIBUIÇÃO DE PELOUROS	70
	ANEXOS	71
	ANEXO I: CIRCULAR INFORMATIVA Nº 43/2018.....	72
	ANEXO II: ORGANOGRAMA DO CHUC.....	73
	ANEXO III: CONTRATO PROGRAMA DE 2016.....	74
	ANEXO IV: MODELO DO PLANO DE AUDITORIA	77
	ANEXO V: MODELO DO PROGRAMA DE AUDITORIA	78
	ANEXO VI: MODELO DA FICHA DE MERCADOS PÚBLICOS	79
	ANEXO VII: PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS.....	83
	ANEXO VIII: RISCOS E MEDIDAS DE RESPOSTA AO RISCO.....	87
	ANEXO IX: EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE RESPOSTA AO RISCO	88

ANEXO X: FICHA TÉCNICA – REF 4º TRIMESTRE DE 2017	89
ANEXO XI: FICHA TÉCNICA – REF 1º TRIMESTRE DE 2018.....	90
ANEXO XII: FICHA TÉCNICA – REF 2º TRIMESTRE DE 2018	91

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1.1 - PRINCÍPIOS E REGRAS DE CONDUTA DO CÓDIGO DE ÉTICA .	8
TABELA 1.2 - CARACTERÍSTICAS DO RELATÓRIO DE AUDITORIA	15
TABELA 1.3 – PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA PROFISSÃO	17
TABELA 1.4 - EVOLUÇÃO DOS DL EM RELAÇÃO AO AUDITOR INTERNO E AO SAI	31
TABELA 1.5 – ORGANISMOS DE TUTELA, SUPERINTENDÊNCIA E CONTROLO.....	33
TABELA 2.1 - CONSTITUIÇÃO DOS ÓRGÃOS SOCIAIS	38
TABELA 2.2 - RECURSOS HUMANOS DO CHUC - 2016.....	41
TABELA 2.3 - VALORES DO CONTRATO – PROGRAMA DE 2016.....	42
TABELA 3.1 - OBJETIVOS DA AUDITORIA A PROCEDIMENTO DE AQUISIÇÃO DE BEM DE IMOBILIZADO	48
TABELA 3.2 - OBJETIVOS DA AUDITORIA DE VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO DESPACHO Nº 851 A/2017, DE 16 DE JANEIRO, DO MINISTRO DA SAÚDE	51

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1 - EVOLUÇÃO DO COSO – <i>INTERNAL CONTROL FRAMEWORK</i>	22
FIGURA 1.2 – PRINCIPAL ALTERAÇÃO DO COSO – <i>INTERNAL CONTROL FRAMEWORK</i> 2013	22
FIGURA 1.3 – PRINCÍPIOS GERAIS DO CI.....	24
FIGURA 1.4 – COSO ERM 2004	27
FIGURA 1.5 – COSO ERM 2017	29
FIGURA 2.1 - LOGOTIPO DO CHUC	37
FIGURA 2.2 - ATIVIDADE ASSISTENCIAL DE 2016.....	41
FIGURA 2.3 - ÁREAS DE ATUAÇÃO DA AI	45
FIGURA 3.1 - METODOLOGIA UTILIZADA NO RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DE 2017	55

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

AI – Auditoria Interna

AICPA – *American Institute of Certified Public Accountants*

Art. - Artigo

CA – Conselho de Administração

CCP – Código dos Contratos Públicos

CHC – Centro Hospitalar de Coimbra

CHPC – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.

CI – Controlo Interno

COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*

CRI – Centros de Responsabilidade Integrada

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

DL – Decreto – Lei

DGTF – Direção – Geral do Tesouro e Finanças

ECIIA – *European Confederation of Institute of Internal Auditors*

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERM – *Enterprise Risk Management*

GCCI – Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado no Ministério da Saúde

HG - Hospital Geral

HP - Hospital Pediátrico

HSC - Hospital Sobral Cid

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IGAS – Inspeção - Geral das Atividades em Saúde

IGF – Inspeção - Geral das Finanças

IIA – *Institute of Internal Auditors*

IFAC – *International Federation of Accountants*

INTOSAI – *The International Organisation of Supreme Audit Institutions*

IPAI – Instituto Português de Auditoria Interna

IPPF - *International Professional Practices Framework*

NIPPAI – Normas Internacionais para a Prática de Auditoria Interna

MBB - Maternidade Dr. Bissaya Barreto

MDM - Maternidade Dr. Daniel e Matos

NA – Normas de Atributo

ND – Normas de Desempenho

NI – Normas de Implementação

PAAI – Plano Anual de Auditoria Interna

POCMS – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde

PFPPAI – Princípios Fundamentais para a Prática Profissional da Auditoria Interna

PGR – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

REF – Relatórios de Execução Financeira

RGS – Relatório do Governo Societário

SAI – Serviço de Auditoria Interna

SCI – Sistema de Controlo Interno

SCIAFE - Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado

SNC – AP – Sistema de Normalização Contabilística – Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RI – Regulamento Interno

TCP – Tribunal de Contas Português

UGI – Unidade de Gestão Integrada

INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da conclusão do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública, no ramo das Instituições Públicas.

O estágio em questão foi realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E, no Serviço de Auditoria Interna, sob supervisão do Dr. Fernando Cravo e orientação da Professora Georgina Morais, entre março e setembro de 2018, perfazendo 960 horas.

No âmbito do plano estágio definido, previamente, os objetivos do mesmo passavam pela conclusão do mestrado; conciliar a componente teórica adquirida nas matérias lecionadas no ciclo de estudos, com a componente prática, em contexto de realidade; adquirir experiência profissional na função; e valorizar a formação da estagiária e acrescentar valor à organização.

Como é possível observar ao longo dos pontos seguintes, todo o trabalho desenvolvido decorreu em torno da Auditoria Interna, Controlo Interno, Gestão do Risco e Hospitais, E. P. E., sendo baseado nos manuais e procedimentos da Administração Central das Atividades em Saúde, I. P., legislação aplicável, normas internacionais para a prática profissional de Auditoria Interna e documentação interna da entidade.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro é constituído pelo enquadramento teórico respetivo a todas as atividades desenvolvidas. No segundo encontra-se a caracterização da entidade acolhedora e do serviço. E, no último, a descrição das atividades desenvolvidas, fundamentadas pela legislação e normas aplicáveis.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A Auditoria Interna

1.1.1 Conceito

Segundo o *Institute of Internal Auditors* (IIA), “a Auditoria Interna (AI) é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada acrescentar valor e melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação”.

De acordo com Morais & Martins (2013, p. 19), “a auditoria é o processo sistemático de objetivamente obter e avaliar prova acerca da correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios pré-estabelecidos, assim como comunicar conclusões aos interessados”.

Segundo Almeida (2017, p. 19 e 20), “a AI é uma função de avaliação independente, tradicionalmente efetuada por profissionais que são funcionários da organização, estabelecida dentro da mesma com o intuito de examinar e avaliar as suas atividades”.

Para todos estes autores, a AI é um processo de melhoria contínua com a finalidade de acrescentar valor para a entidade. Além disto, a AI deve alargar a sua área de auditorias de forma a identificar os erros e a encontrar soluções para potenciais problemas que possam vir a ser detetados pelos Auditores Internos ou até mesmo para as dificuldades impostas pelo Conselho de Administração (CA), diretores de serviços ou administradores, com o objetivo de aperfeiçoamento contínuo.

Deve ser uma decisão clara e objetiva do CA da entidade e deverá assumir uma posição de apreciação dos métodos e procedimentos estabelecidos nos diversos serviços.

Esta atividade tende a contribuir para uma melhoria constante e, também, para o desenvolvimento da economia, eficácia e eficiência da entidade. De forma a alcançar o referido, a AI deve ser dinâmica, prospetiva, participativa, pedagógica e evolutiva. Dinâmica na medida de ser proactiva e contribuir para a redução ou mitigação dos riscos; prospetiva na forma de olhar o futuro e na criação de valor para a entidade; participativa no sentido de comunicar e partilhar as recomendações e propostas de melhoria aos métodos e procedimentos com o objetivo de diminuir ou eliminar o risco existente; pedagógica com vista à criação de informações ou recomendações facilmente interpretadas pelos restantes membros da entidade e evolutiva na execução das ações bem como, no alcance dos objetivos definidos para determinada ação.

1.1.2 Evolução histórica

Como se pode verificar e analisar, a AI que conhecemos atualmente resultou de um misto de acontecimentos, que levou esta profissão a um nível de crescimento acelerado, devido à sua necessidade e acolhimento por parte das entidades.

Em termos históricos, sabe-se que já no tempo dos romanos, segundo Pinheiro (2014, p. 27) “os imperadores romanos nomeavam altos funcionários com a missão de supervisionar as operações financeiras dos administradores provinciais”.

Com o passar dos anos assistiram-se a vários acontecimentos pela Europa em torno desta profissão. Em 1581, em Veneza, foi criada “a primeira associação de auditores profissionais com carácter oficial.”, conforme Morais & Martins (2013, p. 89).

Em 1756, com a Revolução Industrial e o forte crescimento económico, a profissão do Auditor sofreu um grande impacto devido à criação pioneira de fábricas com recurso excessivo ao capital e a auditoria “limitava-se a um trabalho de mera vigilância”, onde o “objetivo era detetar erros, irregularidades e fraudes, através de uma análise detalhada das transações”, segundo Morais & Martins (2013, p. 89).

Em volta do crescimento das organizações, tornou-se necessário verificar o campo de atuação da AI, estendendo-se “a sua atuação aos controlos administrativos”, não descurando os contabilísticos que já vinham a ser executados. Com isto, a deteção da fraude “deixa de ser o principal objetivo” em consequência “da melhoria do sistema de controlo interno (SCI)”, como referem Morais & Martins (2013, p. 89).

Em 1941 surge aquele que viria a ser um grande organismo de apoio aos profissionais de todo o mundo, que vinha dar valor ao trabalho por eles realizado e com um espírito de liderança dinâmica, o IIA.

Mais tarde, em 1947, o IIA alargou o âmbito das auditorias às áreas operacionais e, em 1948, foram aprovadas as normas orientadoras do exercício da profissão de auditor interno pelo IIA, sendo revistas, em 1981, com o intuito de “reforçar as responsabilidades da função de AI ao serviço da organização, em conformidade com as normas para a prática profissional da auditoria interna e com as normas de conduta do Código de Ética do referido (Marçal & Marques, 2011, p. 62).

De acordo com Morais & Martins (2013, p. 90), “em 1982, surgiu na Europa o *European Confederation of Institute of Internal Auditing* (ECIIA)”, organismo que associava os auditores europeus, localizado na Bélgica.

O grande marco da história da AI em Portugal, foi em 1992 com a criação do Instituto Português da Auditoria Interna (IPAI).

Mais tarde, em 1999, “o conceito de AI foi atualizado de forma a cobrir todas as funções a desempenhar pelo auditor interno, incluindo a gestão de risco e os processos de *Governance*” e surge, também, um ajustamento no Código de Ética, em 2000 (Morais & Martins, 2013, p. 90).

Em 2004, “o IIA publicou uma declaração sobre a função de AI *no Enterprise Risk Management* (ERM) focalizada nas atividades de gestão de risco” (Morais e Martins, 2013, p. 91).

Importa ainda referir que as normas foram sofrendo atualizações ao longo dos tempos sendo a última, em 2017.

Por fim e segundo Marçal & Marques (2011, p. 62), “o papel do auditor tem-se ampliado gradualmente, de tal forma que, hoje, podemos afirmar que contribui para que na maior parte dos casos, os erros sejam eliminados na origem em vez de virem a ser detetados posteriormente, bem como para um crescente grau de economia, eficiência e eficácia. O auditor de hoje não é só um perito contabilístico, mas sobretudo um técnico conhecedor de sistemas e técnicas de organização”.

1.1.3 Objetivos da Auditoria Interna

Segundo Marçal & Marques (2011, p. 70 e 71), o principal objetivo da AI é a maximização da economia, eficácia e eficiência, de forma a dar resposta a algumas necessidades, como:

- “Dar a conhecer aos órgãos de gestão se as metas planificadas estão a ser alcançadas;
- Dar a conhecer aos órgãos de gestão se os controlos internos (CI) implantados são suficientes para garantir a proteção dos ativos e a sua adequada utilização;
- Analisar de forma contínua e permanente a fiabilidade e credibilidade dos registos contabilísticos, por atenção aos princípios contabilísticos geralmente aceites;
- Dar a conhecer aos órgãos de gestão se a informação que se utiliza, obtida através do sistema de informações da organização, é completa, precisa e fiável, com especial atenção à vertente financeira e operacional;

- Garantir aos órgãos de gestão que as políticas, procedimentos, planos e controlos estabelecidos são adequados e foram postos em prática;
- Garantir aos órgãos de gestão o cumprimento das normas legais em vigor;
- Garantir a racionalização dos recursos humanos e financeiros, valorizando a sua maximização;
- Garantir que a gestão do risco é adequada a fim de obter a consecução dos objetivos”.

Já para Moraes & Martins (2013, p. 129), a AI tem como principal objetivo o incentivo do cumprimento dos objetivos da entidade, de forma acrescentar valor para a empresa. Além destes, tem objetivos secundários para facilitar o alcance do principal, sendo os seguintes:

- “Avaliar o CI da entidade, quer na vertente financeira quer operacional, com o objetivo de assegurar a fiabilidade da informação, financeira e não financeira, a eficácia e eficiência dos recursos e o cumprimento das normas e regulamentos;
- Analisar os ativos da entidade considerando possível a sua incorreta utilização. Este objetivo de AI apresenta os aspetos contabilísticos e operacional, desde o registo nas contas até à verificação física da sua existência, bem como a eficiência, eficácia e economicidade. Há ainda que comprovar a existência ou não de controlos que permitam minimizar os riscos, protegendo e salvaguardando esses ativos;
- Analisar a fiabilidade do sistema de informação da entidade, determinar a correta obtenção da informação utilizada nas operações. A atividade de AI avalia se os dados (base de informação) estão devidamente registados. É ainda função da AI assegurar que a informação tratada chega ao órgão a que respeita e no momento adequado;
- Considerar o cumprimento, por parte da estrutura organizacional, das políticas emanadas da Direção. A este objetivo corresponde a área de organização, isto é, assegurar que a entidade conta com os controlos operacionais e, ou, administrativos indispensáveis, para que os procedimentos, normas e políticas emanadas da Direção sejam cumpridas;
- Analisar a racionalização dos critérios organizacionais, valorizando a possibilidade de melhor utilização e efetuando as recomendações oportunas. Este objetivo permite que a AI funcione como assessoria da Direção, exigindo-

se que seja um especialista em organização. Nas equipas de AI podemos encontrar especialistas nas diferentes áreas para além das tradicionais contabilidade e finanças”.

Pinheiro (2014, p. 33), defende que “o objetivo primordial da AI é o de auxiliar a empresa e todos os níveis de gestão no cumprimento das suas responsabilidades em promover sistemas de controlo adequados, com vista a melhorar a *performance* e o desenvolvimento sustentável da empresa”.

Em resumo, os autores acima referidos afirmam que o principal objetivo da AI é acrescentar valor para a entidade e, nesse seguimento, surgem os seguintes objetivos adicionais:

- A melhoria do funcionamento da entidade;
- O auxílio entre os órgãos de forma atingir os objetivos;
- A execução de uma abordagem sistemática e disciplinada;
- A avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação.

1.1.4 Princípios orientadores para a prática da Auditoria Interna

O IIA preocupa-se, constantemente, em introduzir critérios que possam auxiliar e facilitar o trabalho dos profissionais de AI. Assim, para Marçal & Marques (2011, p. 62) os critérios geralmente aceites são:

- Adoção de um Código de Ética;
- Aprovação das normas de responsabilidade para os auditores internos;
- Estabelecer um programa de formação contínua;
- Desenvolver técnicos especializados, através da partilha de conhecimentos;
- Instituir um programa de certificação.

Recentemente, foi introduzida a missão da AI na *International Professional Practices Framework* (IPPF) em conjunto com as:

- **Orientações obrigatórias:** Princípios Fundamentais para a Prática Profissional da Auditoria Interna (PFPPAI), definição de AI, Código de Ética e Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna (NIPPAI);

- **Orientações recomendadas:** Guias de implementação/Práticas recomendadas e os Guias suplementares/Guias práticos.

1.1.4.1 Princípios fundamentais para a Prática Profissional de Auditoria Interna e a Definição de Auditoria Interna

Os PFPPAI, fazem parte das orientações obrigatórias emanadas pelo IIA, nomeadamente:

- Demonstrar integridade;
- Demonstrar competências e o devido zelo profissional;
- Ser objetivo e encontrar-se livre de influências (independente);
- Estar alinhado com as estratégias, objetivos e riscos da organização;
- Estar adequadamente posicionado e possuir os recursos necessários;
- Demonstrar qualidade e melhoria contínua;
- Fornecer avaliações baseadas no risco;
- Ser perspicaz, proactivo e estar focado no futuro;
- Promover a melhoria organizacional.

Além dos PFPPAI, a definição de AI também é uma das orientações obrigatórias para o IPPF. O conceito apresentado pelo IIA diz-nos que a “AI é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada acrescentar valor e melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação”.

1.1.4.2 Código de Ética do IIA

Ética é um conjunto de valores morais e princípios que orientam a conduta humana na sociedade. A sua função é auxiliar a sociedade de forma a existir um equilíbrio e um bom funcionamento social.

No âmbito da auditoria, a ética são regras ou normas que conduzem a conduta moral da profissão de auditoria ou de empresas de auditoria, de acordo com Morais & Martins (2013, p. 50).

Segundo os autores referidos, o primeiro organismo a adotar o Código de Ética foi o *American Institute of Certified Public Accountants* (AICPA), em 1917, seguindo-se outros organismos, onde se destaca o IIA, defendendo que o objetivo primordial “é promover uma cultura ética na profissão de AI”.

Como referem vários autores, o Código de Ética deste organismo encontra-se dividido em duas partes. Em primeiro, os princípios básicos: a integridade, objetividade, confidencialidade e competência, sendo eles os pilares da profissão. Em segundo, as regras de conduta, que auxiliam a execução dos princípios. Na tabela 1.1 encontram-se as duas partes referidas anteriormente.

Tabela 1.1 - Princípios e Regras de Conduta do Código de Ética

Princípios	Regras de conduta
<p>Integridade A integridade dos auditores internos gera confiança e, por conseguinte, proporciona o fundamento para confiar no seu julgamento.</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar o seu trabalho com honestidade, diligência e responsabilidade; • Respeitar as leis e divulgar o que se espera que seja feito ao abrigo das leis e da profissão; • Respeitar e contribuir para os objetivos legítimos e éticos da organização. <p>Os auditores internos não devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em consciência, participar em atividades ilegais, ou em atos que desacreditem a profissão de auditoria interna ou a organização.
<p>Objetividade Os auditores internos manifestam o mais elevado grau de objetividade profissional ao coligirem, avaliarem e comunicarem a informação sobre a atividade ou processo em análise. Os auditores internos fazem uma avaliação equilibrada de todas as circunstâncias relevantes e os seus julgamentos não são influenciados por interesses particulares e por opiniões alheias.</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar todos os factos materiais de que tenham conhecimento, os quais, a não serem divulgados possam distorcer a informação das atividades em análise. <p>Os auditores internos não devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar em qualquer atividade ou manter uma relação que prejudique ou que se presume que possa prejudicar o seu julgamento imparcial. A participação inclui atividades ou relações, que possam estar em conflito com os interesses da organização; • Aceitar nada que possa prejudicar ou que se presume que possa prejudicar o seu julgamento profissional.
<p>Confidencialidade Os auditores internos respeitam o valor e a propriedade da informação que recebem e não</p>	<p>Os auditores internos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser prudentes na utilização e proteção da informação obtida no desempenho das

divulgam informação sem a devida autorização, exceto em caso de obrigação legal ou profissional de o fazer.	suas atividades. Os auditores internos não devem : <ul style="list-style-type: none">• Utilizar informação para qualquer benefício próprio ou que de outra maneira estaria em desacordo com as leis ou em detrimento dos objetivos legítimos e éticos da organização.
Competência Os auditores internos aplicam os conhecimentos, técnicas e experiência necessárias no desempenho dos serviços de auditoria interna.	Os auditores internos devem : <ul style="list-style-type: none">• Aceitar apenas serviços para os quais disponham do necessário conhecimento, proficiência e experiência;• Desempenhar os serviços de AI de acordo com NIPPAI;• Continuamente, aperfeiçoar a sua proficiência, eficiência e qualidade dos seus serviços.

Fonte: Elaboração própria com base no Código de Ética do IPAI, adaptado do IIA

1.1.4.3 Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna

As NIPPAI auxiliam os profissionais de AI a desempenharem as suas atividades de forma correta e o cumprimento das mesmas possui uma elevada importância para o desempenho adequado das responsabilidades profissionais.

De acordo com Pinheiro (2014, p. 238 e 239), “o IIA possui um conjunto de interpretações das NIPPAI, que são um instrumento de ajuda importante para os Auditores Internos, não só como um processo de normalização dos conceitos utilizados na função, mas também são um passo para promover a troca de ideias, num mundo de informação em permanente mutação e recheado de novos desafios”.

A revisão e o desenvolvimento de normas geram um processo contínuo, na qual se realiza uma extensa consulta e discussão, a nível internacional, antes da sua publicação. As versões de rascunho encontram-se disponibilizadas no *website* do IIA, com o intuito de serem distribuídas a todos os institutos afiliados, de forma a obterem críticas e sugestões de melhoria.

Portanto, no âmbito das NIPPAI emanadas pelo IIA, as normas têm como objetivo:

- Delinear os princípios básicos que representam a prática de AI;
- Proporcionar um enquadramento para o desempenho e promoção do alargamento de serviços de AI de valor acrescentado;

- Estabelecer uma base para a avaliação do desempenho da AI;
- Promover a melhoria dos processos e das operações das organizações.

De acordo com o IIA, a estrutura das normas encontra-se dividida em três grupos:

- Normas de atributo (NA) – relacionadas com as características das organizações e dos indivíduos que realizem atividades de AI;
- Normas de Desempenho (ND) - descrevem a natureza das atividades de AI e fornecem critérios de qualidade, sendo o desempenho avaliado através deles;
- Normas de Implementação (NI) - são aplicadas às NA e ND, auxiliando na aplicação de casos específicos de auditoria, classificados como Auditoria (A) ou Consultoria (C).

Assim, conforme Morais & Martins (2013, p. 55), estas normas “aplicam-se a todos os Auditores Internos individualmente e às atividades de AI e são essenciais para poder fazer face às suas responsabilidades”.

1.1.5 A função de Auditoria Interna

Para Morais & Martins (2013, p. 91), “a AI é uma função contínua, completa e independente, desenvolvida na entidade, por pessoal desta ou não, baseada na avaliação do risco, que verifica a existência, o cumprimento, a eficácia e a otimização dos controlos internos e dos processos de *Governance*, ajudando-a no cumprimento dos seus objetivos”.

Marçal & Marques (2011, p. 70) defendem que, “a AI assume particular importância por observância às seguintes funções:

- Conceção, implementação e acompanhamento do SCI;
- Avaliação das *performances* da gestão;
- Análise de investimentos;
- Avaliações de mercado;
- Organização de planos estratégicos e previsionais e avaliação de desvios;
- Outras análises e estudos económico-financeiros;
- Auditorias externas”.

Cada vez mais são exigidas responsabilidades acrescidas ao Auditor Interno devido à vasta diversidade de conhecimentos que deve possuir para o bom funcionamento da função a nível contabilístico, financeiro, operacional, informático e recursos humanos.

Ainda segundo Morais & Martins (2013, p. 94 e 95), a atividade de AI encontra-se sob orientações da direção, sendo que a autoridade e a responsabilidade desta atividade devem ser fixadas num documento por escrito e aprovado pela direção. Assim, a AI deve desempenhar funções de:

- **Apoio à direção:** a AI é “o braço direito” da direção;
- **Vigilância do sistema de controlo:** ao Auditor Interno cabe a avaliação do SCI e a verificação da eficácia em todas as áreas de intervenção;
- **Apoio à gestão de risco e processo de *Governance*:** o Auditor Interno fica incumbido de identificar e avaliar os riscos das atividades desenvolvidas e, também, auxiliar na aplicação de boas práticas a nível de *Governance*.

Assim, segundo o IIA, o papel da AI passa por avaliar devidamente os riscos, os processos de gestão de risco e a comunicação dos riscos, com o intuito de promover uma garantia sobre os processos de gestão de risco.

1.1.6 O Plano Anual de Auditoria Interna

O Plano Anual de Auditoria Interna (PAAI) do ano seguinte, elabora-se, nos termos do DL n° 18/2017, de 10 de fevereiro¹ e da ND 2010 do IIA², pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI) e deve ser submetido ao CA até ao dia 15 de dezembro do próprio ano para ser executado no seguinte. Após a aprovação do CA, este deve submeter o referido Plano à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), à Direção – Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), à Inspeção – Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção – Geral de Finanças (IGF), de acordo com o n° 8 do referido Estatuto.

¹ Nos termos o n° 2, alínea a) e n° 12 do artigo 19°, Secção III, Anexo II, Decreto-Lei n° 18/2017, de 10/02.

² A interpretação da ND 2010 do IIA – Planeamento diz que “o CAE é responsável pelo desenvolvimento de um plano de auditoria baseado no risco”.

Para Morais & Martins (2013, p. 144), é necessário elaborar um PAAI a fim de permitir a realização de exames adequados e eficientes que facilitem a concretização dos objetivos da atividade de AI, em tempo razoável, independentemente de acontecimentos imprevisíveis.

Ao longo do ano de atividade, o plano pode sofrer alterações a pedido dos diversos Órgão de Gestão das Empresas, Conselho de Auditoria e Segurança ou dos Conselhos Fiscais das Empresas (Pinheiro, 2014, p. 60).

Para os autores acima referidos, o PAAI desenvolve-se com base na análise do risco e consistente com os objetivos estratégicos da entidade. Para os Auditores Internos, nem sempre se torna possível cumprir os prazos de trabalho estabelecidos, devido aos pedidos extraordinários ao plano definido.

1.1.7 As fases da Auditoria Interna

Para Morais & Martins (2013, p. 142), “a equipa de AI deverá compreender e avaliar os CI existentes em cada área a auditar, com o objetivo de avaliar o *gap* existente e assegurar uma razoável confiança nos mesmos, podendo determinar o alcance, limitando os procedimentos de AI. Este trabalho é aplicável independentemente da magnitude e complexidade dos sistemas e procedimentos da área selecionada para ser auditada”.

Marçal & Marques (2011, p. 80) defendem que as fases de auditoria são:

- Planeamento;
- Execução;
- Avaliação e elaboração do relatório.

De acordo com Morais e Martins (2013, p. 143), as fases de auditoria são nove, das quais:

- Planeamento;
- Preparação da Auditoria;
- Exame Preliminar;
- Descrição, análise e avaliação do CI;
- Exame e avaliação da informação;

- Conclusões e recomendações;
- Comunicação dos resultados – relatórios;
- *Follow – up*;
- Avaliação da auditoria.

Já para o Tribunal de Contas Português (TCP) (1999, p. 65), “de uma forma geral, e independentemente dos seus objetivos e da entidade por ela responsável, qualquer auditoria desenvolve-se sempre por três grandes fases sequenciais, cuja observância é determinante para o respetivo sucesso. Assim, teremos, como fases essenciais, as seguintes:

- Planeamento;
- Execução;
- Avaliação e elaboração do relatório”.

Assim, as fases fundamentais do processo de AI são: (1) planeamento, (2) execução, (3) comunicação (relatório) e (4) *follow – up*.

1. Planeamento

“Nesta fase define-se o âmbito e natureza da auditoria, a respetiva calendarização, os objetivos, os critérios e a metodologia que irá ser utilizada. Note-se, que o planeamento de auditoria deverá ser um processo dinâmico, pelo que este poderá ser alvo de ajustamentos na fase da execução, devendo, no entanto, este facto ser devidamente explicitado no relatório de auditoria.” (Marçal & Marques, 2011, p. 81)

A **ND 2010 do IIA – Planeamento** diz que “o responsável pela auditoria tem que estabelecer um plano, baseado no risco, para determinar as prioridades da atividade de AI, consistente com os objetivos da organização”.

Ainda assim, o trabalho do Auditor Interno deve ser baseado no risco, a fim de potenciar uma melhoria da gestão de risco e ter em conta a dinamização do planeamento devido à possibilidade de ser necessário alterar o plano inicial, de forma a que qualquer sugestão de alteração, desde que relevante e devidamente aprovada, deverá ser considerada.

2. Execução

“Esta fase consiste na realização de trabalho de campo, aplicando os procedimentos e técnicas definidas na fase anterior.” (Marçal & Marques, 2011, p. 81)

Segundo a **ND 2300 do IIA – Realização do Compromisso**, cabe aos Auditores Internos “identificar, analisar, avaliar e documentar a informação para que os objetivos do compromisso sejam alcançados”.

Para identificar a informação, a **ND 2310 do IIA – Identificação da Informação** diz que “os Auditores Internos têm que identificar informação que seja suficiente, fidedigna, relevante e útil para a consecução dos objetivos do compromisso”.

A interpretação da norma diz que “a informação é suficiente quando é factual, adequada e convincente de tal forma que uma pessoa prudente e informada possa chegar a uma conclusão idêntica à do auditor. Informação fidedigna é a melhor informação que se pode obter através da utilização de técnicas de trabalho apropriadas. Informação relevante é a que sustenta as observações e recomendações do compromisso e é consistente com os objetivos do mesmo. A informação útil ajuda a organização a atingir os seus objetivos”.

Aqui torna-se necessário definir e desenvolver os papéis de trabalho e para isto é necessário que o auditor documente a informação relevante para fundamentar as conclusões e os resultados do trabalho, segundo a **ND 2330 do IIA**.

Na fase de análise e avaliação a **ND 2320 do IIA – Análise e Avaliação** diz que “os Auditores Internos têm que fundamentar as conclusões e resultados do compromisso através de análises e avaliações adequadas”.

3. Comunicação (Relatório)

Na comunicação dos resultados, os Auditores Internos, segundo a **ND 2400 do IIA**, “tem que comunicar os resultados de compromisso” e devem “incluir os objetivos do compromisso e o seu âmbito bem como as conclusões correspondentes, as recomendações e os planos de ação”, sendo estes critérios para a comunicação definidos na **ND 2410 do IIA**.

Conforme a **ND 2420 do IIA – Qualidade das Comunicações**, estas comunicações “têm que ser precisas³, objetivas⁴, claras⁵, concisas⁶, construtivas⁷, completas⁸ e tempestiva⁹”.

Segundo Morais & Martins (2013, p. 160), “a comunicação dos resultados é uma declaração formal da reflexão do auditor”, onde o relatório é um dos “documentos mais relevantes do Auditor Interno, dado que é por este meio que comunica aos diferentes destinatários as conclusões do seu trabalho”.

Ainda para Morais & Martins (2013, p. 161), o relatório deve ter um tempo para ser elaborado e deve conter os seguintes requisitos gerais, que constam na tabela 1.2:

Tabela 1.2 - Características do Relatório de Auditoria

Característica	Descrição
Construtivo	É útil para a tomada de decisão e é a base para a implantação de melhorias necessárias
Preciso	É isento de erros e distorções e é fidedigno aos factos que descreve.
Completo	Inclui toda a informação e observação relevante para apoiar as conclusões e recomendações
Objetivo	O conteúdo deve ser expresso sem prejuízos, parcialidade, interesses pessoais e sem influência de terceiros
Conciso	Vai direto ao assunto, evitando detalhes desnecessário. Expressa o pensamento com o mínimo de palavras possíveis
Oportuno	É emitido sem atrasos indevidos e permite o arranque da ação efetiva
Claro	É facilmente entendido e lógico. A clareza pode ser melhorada evitando linguagem técnica desnecessária e dando suficiente informação de suporte.

Fonte: Elaboração própria adaptado de Morais & Martins, 2013, p. 161

³ Livres de erros e distorções e são fiéis aos factos apontados;

⁴ Razoáveis, imparciais e sem preconceitos e são o resultado de uma avaliação razoável e equilibrada de todos os factos relevantes e circunstâncias;

⁵ Facilmente entendidas e lógicas, evitando linguagem técnica desnecessária e fornecendo todas as informações significativas e relevantes;

⁶ Vão diretamente ao assunto evitando desnecessária elaboração, detalhe supérfluo, redundância e palavreado;

⁷ Úteis ao cliente e à organização e conduzem a melhoramentos quando necessário;

⁸ Não omitem nada que seja essencial para os clientes visados e incluem toda a informação significativa e relevante e observações para sustentar as recomendações e conclusões;

⁹ Oportunas e expeditas, dependendo da importância da matéria, e permitindo que a gestão possa empreender as ações corretivas necessárias.

4. *Follow - up*

Após o relatório final emitido pelo Auditor, torna-se necessário implementar as recomendações e propostas de melhorias sugeridas em sede de relatório e, posteriormente, verificar se as mesmas se encontram implementadas e se estão a produzir os devidos efeitos.

Para Pinheiro (2014, p. 217), “a ação de auditoria de *follow – up* destina-se a avaliar o grau de implementação das recomendações formuladas bem como a oportunidade da medida corretiva, face à data de discussão do relatório e ao seu grau de importância”.

Segundo a **ND 2500 do IIA – Monitorização do Progresso**, “o responsável pela auditoria tem que estabelecer e manter um sistema de monitorização do efeito dos resultados comunicados à gestão”.

Esta norma diz ainda que:

- **ND 2500.A1 do IIA** – “O responsável pela auditoria tem que estabelecer um processo de *follow – up* para monitorizar e assegurar que as ações da gestão foram efetivamente implementadas ou que os gestores superiores aceitaram o risco de não tomar qualquer medida.
- **ND 2500.C1 do IIA** – “A atividade de AI tem que monitorizar o efeito dos resultados dos compromissos de consultoria na medida do que for acordado com o cliente”.

Assim, para Morais & Martins (2013, p. 173), os Auditores Internos devem elaborar um relatório dos resultados da ação de *follow - up* a fim de ser remetido ao órgão que recebeu o relatório da auditoria original.

1.2 O Auditor Interno

Segundo o IIA, a atividade da AI realiza-se por profissionais competentes e com um vasto leque de conhecimentos nas áreas de negócio, sistemas e processos da entidade. Esta atividade fornece uma garantia da adequabilidade do CI para reduzir ou mitigar os riscos, da eficácia e eficiência dos processos de *governance* e do alcance das metas e objetivos estratégicos.

Assim, para Pinheiro (2014, p. 36), “os Auditores Internos devem possuir um conjunto de princípios fundamentais para que as ações realizadas tenham sucesso na empresa e,

fundamentalmente, junto dos operacionais responsáveis pelo exercício quotidiano de tarefas essenciais para o sucesso da empresa”.

1.2.1 Enquadramento jurídico

Nos termos do Decreto-Lei (DL) n° 18/2017, de 10 de fevereiro, tendo como objetivo a melhoria da governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a direção do SAI compete a um Auditor Interno, que exerce as respetivas funções por três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de 3 renovações consecutivas ou interpoladas, conforme o n° 3 do artigo (art.) 19° da Secção III do Anexo II do referido DL.

Este profissional é designado pelo CA desde que reúna qualificação técnica, competências, experiência profissional e esteja inscrito no IPAI, segundo as alíneas a) e b) do n° 4 do art. 19°. Para ser recrutado, o Auditor Interno, não pode ter desempenhado funções de Administração no próprio hospital EPE, nos últimos 3 anos, de acordo com o n° 6 do art. 19°.

Além disto, o trabalho do Auditor Interno é orientado pelos PFPPAI, definição de AI, Código de Ética do IIA e NIPPAI.

1.2.2 Princípios aplicáveis à profissão

Os Códigos de Ética, referidos na tabela seguinte, contemplam os quatro pilares do Auditor Interno, que são vistos, também, como a base de qualquer tipo de Auditoria e, ainda consubstanciados nos princípios orientadores da profissão.

Das entidades mencionadas na tabela 1.3, o *International Federation of Accountants* (IFAC) dedica-se ao interesse público, por sua vez, o *The International Organisation of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI) às auditorias externas e o IIA às AI.

Tabela 1.3 – Princípios orientadores da profissão

IFAC	INTOSAI	IIA
Integridade	Integridade	Integridade
Objetividade	Independência, Objetividade e imparcialidade	Objetividade
Confidencialidade	Sigilo profissional	Confidencialidade
Competência profissional e zelo	Competência profissional	Competência

devido		
Compromisso profissional	Neutralidade política	
	Segurança, confiança e credibilidade	

Fonte: Elaboração própria com base no Manual do Formando do curso de Auditoria Interna na Saúde, fornecido pelo IPAI em 2012 e no Código de Ética do IPAI

Conforme o Código de Ética do IIA, os Auditores Internos devem respeitar 4 princípios aplicáveis à sua profissão. Esses princípios são:

- **Integridade:** A integridade destes profissionais gera confiança e, por conseguinte, proporciona o fundamento para confiar no seu julgamento.
- **Objetividade:** Manifestam o mais elevado grau de objetividade profissional ao coligirem, avaliarem e comunicarem a informação sobre a atividade ou processo em análise e fazem uma avaliação equilibrada de todas as circunstâncias relevantes e os seus julgamentos não são influenciados por interesses particulares e por opiniões alheias.
- **Confidencialidade:** Respeitam o valor e a propriedade da informação que recebem e não divulgam a informação sem a devida autorização, exceto em caso de obrigação legal ou profissional de o fazer.
- **Competência:** Aplicam os conhecimentos, técnicas e experiência necessárias no desempenho dos serviços de AI.

Assim, a atividade dos Auditores Internos é focada e desenvolvida com base nos princípios orientadores, proporcionando o bom desempenho da função a fim de alcançar bons resultados para a AI e para a entidade.

1.3 O Controlo Interno

1.3.1 Conceito

Quando se fala em AI é imprescindível fazer referência ao CI devido à forte relação existente entre estes dois conceitos.

Morais & Martins (2013, p. 39), defendem que “o controlo tem uma perspetiva dinâmica na organização, valorizadora, permitindo-lhe manter o domínio enquanto que a Auditoria avalia esse grau de domínio atingido”.

A primeira definição de CI surge em 1934 pelo AICPA, apresentando o seguinte:

“O CI compreende um plano de organização e coordenação de todos os métodos e medidas adotadas num negócio a fim de garantir a salvaguarda de ativos, verificar a adequação e confiabilidade dos dados contabilísticos, promover a eficiência operacional e encorajar a adesão às políticas estabelecidas pela gestão.”

Já o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO, 2013) diz que o CI é como um “processo levado a cabo pelo CA, Direção e outros membros da entidade com o objetivo de proporcionar um grau de confiança razoável na concretização dos seguintes objetivos:

- Eficácia e eficiência dos recursos;
- Fiabilidade da informação;
- Cumprimento das leis e normas estabelecidas”.

Ainda assim, o IIA acrescenta que, “o controlo é qualquer ação aplicada pela gestão para reforçar a possibilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam atingidos. Assim, o controlo é o resultado do planeamento, organização e orientação da gestão.”

Além do já referido, o DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro define que ao CA compete a implementação e manutenção do CI e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

Por sua vez, o SCI, para o IFAC e expresso por Marçal & Marques (2011, p. 13), é entendido como um “sistema de controlo, o plano de organização e todos os métodos ou procedimentos adotados pela Administração de uma entidade para auxiliar e atingir o objetivo de gestão, de assegurar, tanto quanto praticável, a metódica e eficiente conduta dos seus negócios, incluindo a aderência às políticas da Administração, a salvaguarda dos ativos, a prevenção e deteção de fraudes e erros, a precisão e plenitude dos registos contabilísticos e a atempada preparação de informação financeira fidedigna”.

Portanto, os conceitos referidos anteriormente, além de serem processos levado a cabo por pessoas dotadas de conhecimento para tal e com auxílio de manuais, procedimentos e processos, só produzem efeitos eficazes e eficientes, se forem colocados devidamente em prática.

1.3.2 Objetivos

O SCI funciona como uma linha de orientação para as entidades de modo assegurar o bom desempenho das suas atividades.

Para isso, de acordo com o exposto em Marçal & Marques (2011, p. 13), o IIA definiu um conjunto de objetivos para o CI, sendo eles:

- “A confiança e a integridade da informação;
- A conformidade com as políticas, planos, procedimentos, leis e regulamentos;
- A salvaguarda dos ativos;
- A utilização económica e eficiente dos recursos;
- A realização dos objetivos estabelecidos para as operações ou programas”.

Já para o TCP e expresso por Marçal & Marques (2011, p. 14) um SCI compreende um conjunto de procedimentos implantados numa organização tendente a garantir:

- “A salvaguarda dos ativos;
- A legalidade e a regularidade das operações;
- A integralidade e exatidão dos registos contabilísticos;
- A execução dos planos e políticas superiormente definidas;
- A eficácia da gestão e a qualidade da informação”.

Estes objetivos, conforme Marçal & Marques (2011, p. 14), devem permitir:

- “Identificar os tipos de operações mais relevantes;
- Identificar os principais fluxos de processamento das operações das áreas chave do controlo;
- Fazer uma descrição fiel e pormenorizada dos procedimentos de modo a conhecer os pontos fortes e fracos do controlo;
- Determinar o grau de confiança, avaliando a segurança e fiabilidade de informação e a sua eficácia na prevenção e deteção de erros e irregularidades;
- Determinar a profundidade de eventuais testes de auditoria”.

Assim, para o alcance dos objetivos mencionados anteriormente torna-se necessário desenvolver um ambiente de controlo que proporcione a estrutura e disciplina desejada com base nas normas de auditoria (Pinheiro, 2014, p. 104).

1.3.3 Ferramentas de controlo

Em 1992, o COSO lança o primeiro cubo acerca do CI e a estrutura adotada por este organismo torna-se numa ferramenta dominante “uma vez que permite que a entidade se centre nas suas estruturas chave, valores e processos que compõem o conceito de CI, alheando-se do enfoque financeiro, tradicional” (Morais & Martins, 2013, p. 30).

Pinheiro (2013, p. 108 e 109) diz que o CI encontra-se composto por cinco componentes interligadas entre si, sendo:

- “O **ambiente/clima de controlo** caracteriza a empresa influenciando a consciência de controlo das pessoas. Alicerce fundamental inclui a integridade, valores éticos e competência profissional; filosofia de gestão e estilo; forma como a gestão define a autoridade e a responsabilidade, atenção e orientação fornecida pela administração.”
- “A **definição de riscos** deverá ter como condição essencial a fixação de objetivos, coerentes aos diversos níveis e consistentes, em duas vertentes: identificação e análise dos riscos mais relevantes de modo que possam ser geridos e alcançar os objetivos da empresa e condições de carácter económico, industrial, regulamentar, normativo e operacional.”
- “A **atividade de controlo** compreende as políticas e procedimentos que permitem garantir a observância das orientações da gestão, com o objetivo de minimizar os riscos inerentes ao exercício da atividade.”
- “A **informação e comunicação** deverá incluir a identificação da informação estratégica e comunicada de forma adequada no sentido de as pessoas contribuírem para o alcance dos objetivos da empresa: os sistemas de informação devem produzir relatórios e/ou informações que tornem exequível a condução e controlo das atividades da empresa. A comunicação deverá fluir e chegar às pessoas de forma clara e precisa de modo a que possam cumprir as suas responsabilidades de forma adequada.”
- “**Acompanhamento** – Os SCI precisam de ser acompanhados de modo que seja avaliada a sua *performance*.”

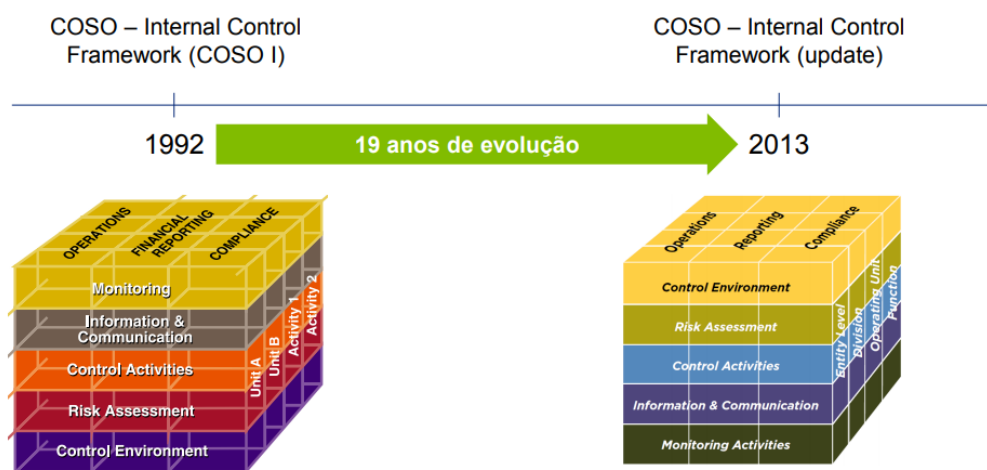


Figura 1.1 - Evolução do COSO – *Internal Control Framework*

Fonte: Documento da XII Conferência Anual - Auditoria Interna: Controlo Interno e Governação do IPAI, 2014

A principal alteração da evolução referida na figura 1.1 centra-se no *reporting*, que deixa de ser apenas *reporting* financeiro como podemos observar na figura 1.2.

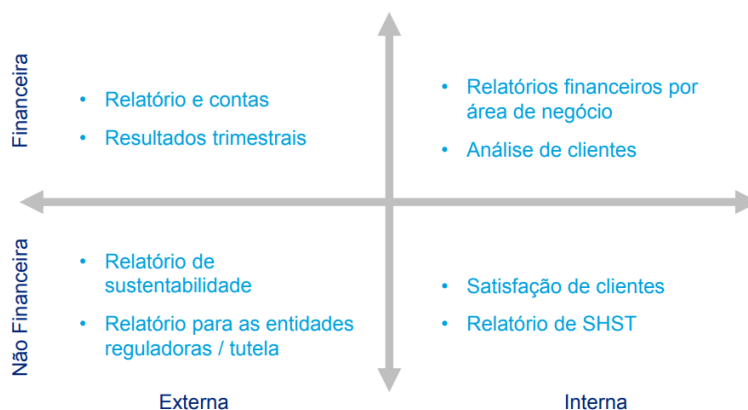


Figura 1.2 – Principal alteração do COSO – *Internal Control Framework* 2013

Fonte: Documento da XII Conferência Anual - Auditoria Interna: Controlo Interno e Governação do IPAI, 2014

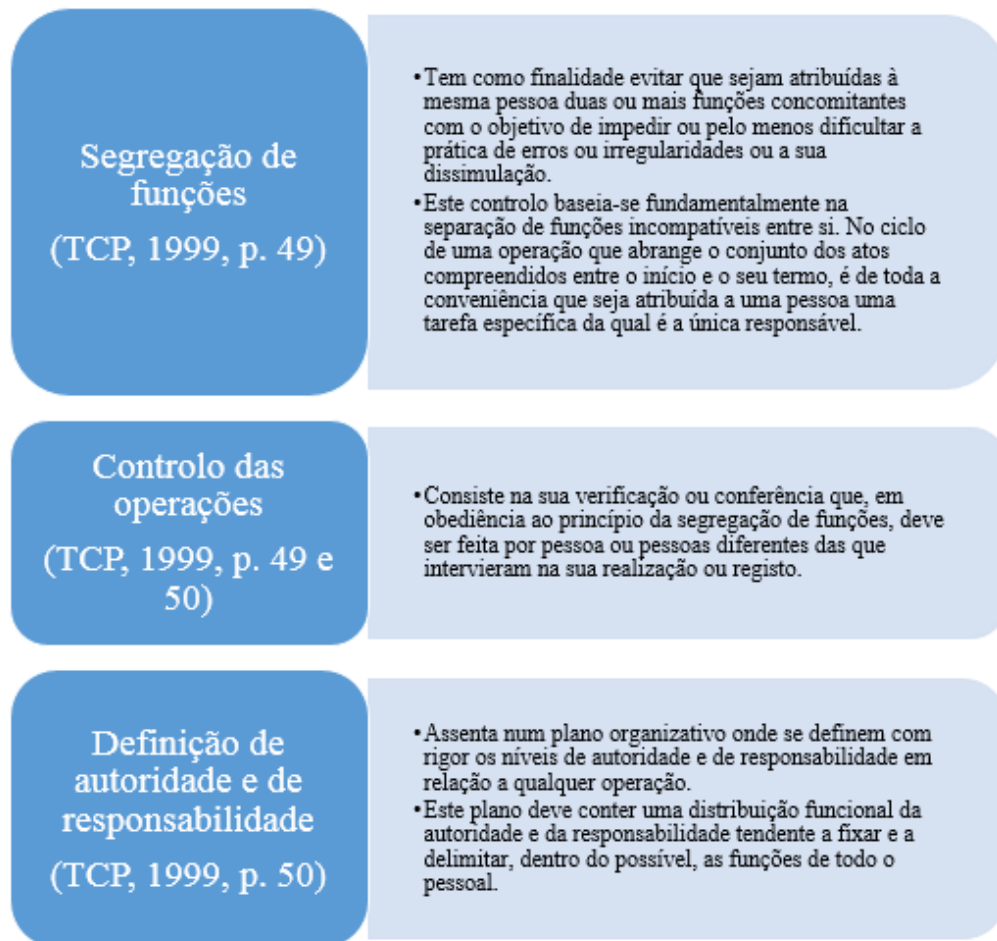
1.3.4 Princípios gerais do Controlo Interno

Segundo o TCP (1999, p. 49), “um SCI alicerça-se num conjunto de princípios básicos que lhe dão consistência e que são:

- Segregação de funções;
- Controlo das operações;
- Definição de autoridade e de responsabilidade;

- Pessoal qualificado, competente e responsável;
- Registo metódico dos factos”.

A descrição de cada princípio encontra-se na figura 1.3:



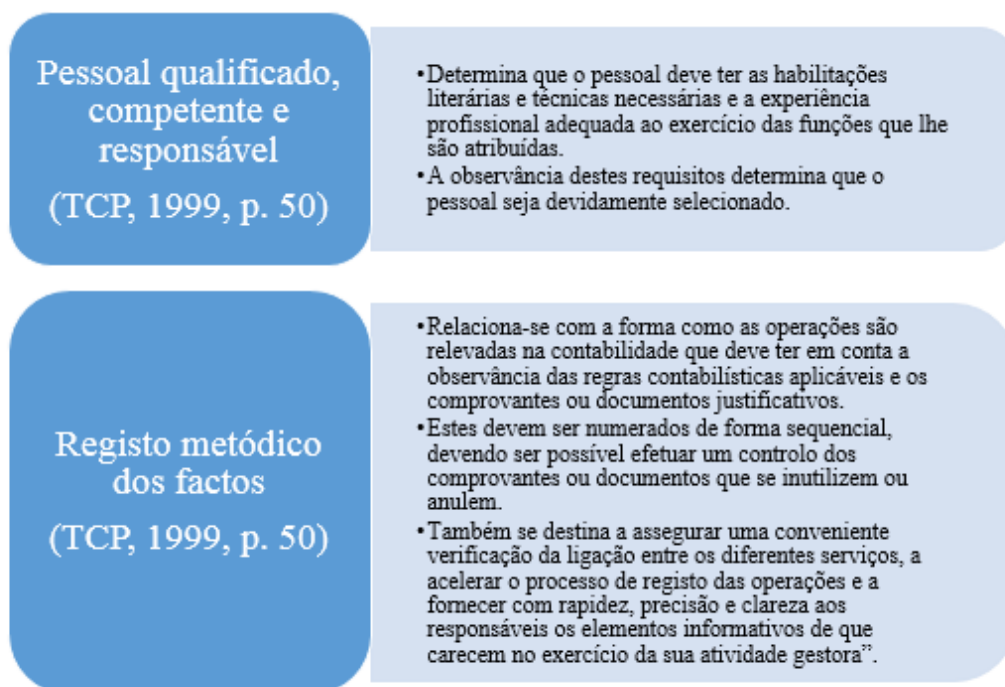


Figura 1.3 – Princípios gerais do CI

Fonte: Elaboração própria com base no manual do TCP, 1999

Assim, para um correto funcionamento do SCI, além da implementação e cumprimento dos princípios acima referidos, torna-se, também, necessário a prática das estratégias, políticas, procedimentos, processos e regras previamente estabelecidos.

1.3.5 Avaliação do Sistema de Controlo Interno

Para Almeida (2017, p. 343), “os controlos ao nível da organização abarcam os controlos, as funções e as rotinas, com o objetivo de controlarem a atividade da empresa, bem como a análise do ambiente de controlo”.

Segundo o TCP (1999, p. 53), “avaliar o CI é determinar o seu grau de confiança, que se obtém examinando a segurança e a fiabilidade da informação e o seu grau de eficácia na prevenção e deteção de erros e irregularidades. A avaliação do CI tem também como objetivo determinar a profundidade dos procedimentos que o auditor deve adotar na condução dos seus trabalhos.”

A avaliação do SCI divide-se em duas partes:

- Avaliação preliminar;
- Avaliação definitiva.

A **avaliação preliminar** do CI “inicia-se na fase do planeamento global com a identificação dos tipos de operações mais relevantes, dos principais fluxos de processamento das operações e das áreas-chave do controlo”. (TCP, 1999, p. 53)

A **avaliação definitiva** do CI “só é factível depois de o auditor dispor de uma descrição fiel e pormenorizada dos procedimentos que lhe permitam conhecer os pontos fortes e fracos do controlo e concluir se os objetivos específicos do CI foram atingidos”. (TCP, 1999, p. 53)

Assim, para Morais & Martins (2013, p. 40), torna-se necessário avaliar o CI para a elaboração do programa de Auditoria de modo a definir os procedimentos de atuação, o alcance e a profundidade dos testes.

1.3.6 Limitações do Sistema de Controlo Interno

Conforme o TCP e referido por Marçal & Marques (2011, p. 55 e 56), “apenas um adequado SCI permite uma segurança razoável na prevenção, limitação e deteção de erros e irregularidades. A sua eficácia tem, no entanto, limites que devem ser ponderados no seu estudo e avaliação.

Por mais complexo que seja um SCI, nunca fica garantida a integridade e exatidão dos registos contabilísticos. Tal pode acontecer porque:

- A segregação de funções dificulta, mas não pode evitar o conluio ou a cumplicidade;
- Os poderes de autorização de operações por parte daqueles a quem os mesmos foram confiados podem ser usados de forma abusiva ou arbitrária;
- A competência e a integridade do pessoal que executa as funções de controlo podem deteriorar-se por razões internas ou externas, não obstante os cuidados postos na sua seleção e formação;
- A própria direção do organismo pode em muitos casos ultrapassar ou ladear as técnicas de controlo por si implantadas;
- O CI tem em vista geralmente as operações correntes, não estando preparado para as transações pouco usuais;
- Por último, a própria existência do controlo só se justifica quando a relação custo/benefício é positiva, isto é, quando o custo de determinado

procedimento não é desproporcionado relativamente aos riscos que visa cobrir.”

Como foi possível observar, existem diversas razões que limitam o SCI e o desenvolvimento da sua atividade, sendo que a existência deste sistema não garante por si só a impossibilidade de ocorrência de erros, irregularidades e fraudes.

1.4 A Gestão do Risco

O risco, segundo McKeever e citado por Pinheiro (2014, p. 101), é “um evento adverso, que pode ter impacto no negócio (positivo ou negativo) devendo, por isso, ser gerido de forma oportuna, adequada e apropriada. Parte da gestão do risco é realizada pela implementação de um SCI, conducente a mitigar os riscos negativos e a potenciar os riscos positivos para a empresa”.

Com isto, para mitigar os riscos torna-se necessário a elaboração de matriz de processos e de riscos e de acordo com Pinheiro (2014, 102), “deverá ser suportada numa análise racional do problema, do risco, da identificação das causas e da probabilidade da ocorrência. A adoção desta metodologia visa antecipar a probabilidade de perdas provenientes de eventos adversos à estratégia da empresa. Nesta análise deverá ser tomado em consideração, o histórico da atividade, *surveys* realizados por associações ou consultores e os relatórios de AI e auditoria externa produzidos no passado recente”.

Além das opiniões dos autores acima referidos, a estrutura da gestão de risco é, geralmente, orientada pelas metodologias do COSO, como se pode ver mais à frente, e pelas orientações da ISO 31000:2018, sendo o seu objetivo geral o desenvolvimento duma cultura de gestão do risco. Esta norma pretende ajudar as entidades a elaborar metodologias para a gestão do risco, de modo a facilitar a identificação e mitigação dos riscos existentes, potenciando a prossecução dos objetivos definidos e o reforço da salvaguarda dos ativos.

1.4.1 Conceito

Segundo o COSO e expresso por Morais & Martins (2013, p. 95), o ERM é equiparado a um “processo efetuado pelo CA, a Direção e restante pessoal de uma entidade, aplicado à definição da estratégia e concebido para identificar potenciais

acontecimentos que possam afetar a entidade e gerir os riscos dentro do risco aceitável, assegurando razoavelmente a concretização dos objetivos”.

Ainda citado pelas mesmas autoras (2013, p. 96), “o IIA aconselha que seja utilizada como metodologia o ERM, o qual dirige e focaliza a gestão integral dos riscos e controlos da entidade, através de uma série de princípios integrados, uma terminologia comum, um guia de implantação prática que consideram e classificam todos os objetivos da entidade com os seus níveis organizacionais associados e componentes de gestão de riscos”.

Assim, ainda para Pinheiro (2014, p. 101), “a gestão do risco passa pela análise detalhada dos riscos subjacentes ao negócio e assenta em quatro fases: identificar, medir, priorizar e implementar ações corretivas, tendo em vista mitigar o risco, visando estabelecer os controlos essenciais, que são da competência da gestão de topo e de todos os empregados da empresa, para que as atividades ou os processos funcionem adequadamente”.

1.4.2 Metodologia do COSO

O primeiro modelo do COSO orientado para a gestão do risco surge em 2004, com a publicação de uma obra intitulada de *ERM – Integrated Framework*, também conhecida como “COSO ERM 2004”, com se pode observar na figura 1.4.



Figura 1.4 – COSO ERM 2004

Fonte: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM-Executive-Summary.pdf>

Na última década, este modelo obteve uma elevada procura devido às necessidades de as entidades encontrarem métodos que contribuíssem para a avaliação e aperfeiçoamento

contínuo dos seus SCI. Com esta procura e com a complexidade dos riscos existentes tornou-se fundamental atualizar esta metodologia. Assim, a última atualização ficou marcada pela evolução da gestão de risco das entidades e pela necessidade de melhorarem a sua abordagem.

A nova metodologia realça a importância da gestão de risco no planeamento dos objetivos estratégicos e da sua implementação em toda a entidade, uma vez que, os riscos influenciam a estratégia e *performance* da entidade.

Esta estrutura é composta por um conjunto de princípios organizados em cinco componentes inter-relacionados:

- 1. *Governance and Culture:*** O *Governance* dá robustez à entidade, na medida que reforça a importância e institui responsabilidades de supervisão sobre a gestão de risco. A cultura diz respeito aos valores éticos, comportamentos esperados e à perceção do risco na entidade.
- 2. *Strategy and Objective – Setting:*** Ação conjunta da gestão de risco, estratégia e definição de objetivos no processo do planeamento estratégico. O apetite ao risco é definido com base na estratégia e nos objetivos, sendo que a estratégia é colocada em prática e, em simultâneo, serve de base para identificar, avaliar e responder aos riscos.
- 3. *Performance:*** Os riscos que podem comprometer a realização da estratégia e dos objetivos têm de ser identificados e avaliados. Os riscos são hierarquizados de acordo com o seu grau de complexidade, no contexto do apetite ao risco. A entidade determina as respostas ao risco e alcança uma visão global do catálogo de riscos existentes e identificados, sendo os resultados do processo, comunicados aos *stakeholders* interessados na supervisão do risco.
- 4. *Review and Revision:*** Ao analisar a sua atividade, a entidade tem a oportunidade de concluir sobre a produção de efeitos dos componentes da gestão de risco ao longo do tempo e no contexto de mudanças significativas e quais as correções mais adequadas.
- 5. *Information, Communication and Reporting:*** A gestão de risco procura um processo contínuo de forma a obter e partilhar as informações relevantes, provenientes de fontes internas e externas, com origem nos diversos setores da entidade.



Figura 1.5 – COSO ERM 2017

Fonte: *Enterprise Risk Management Integrating with Strategy and Performance Executive Summary*, COSO, 2017

Com a implementação das metodologias do COSO, muitas entidades encontraram o auxílio que precisavam para obter uma melhoria contínua dos seus SCI, tornando-os mais eficazes e eficientes.

Assim, à AI compete avaliar os processos de CI e gestão de risco, sendo que estas áreas existem à pouco tempo no setor da saúde, como se encontra no ponto seguinte.

1.5 A Auditoria Interna na Saúde

A AI é uma área recente no setor da saúde, tendo surgido em 2005 com o DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro. Esta atividade é transmitida pela figura do Auditor Interno, sendo que este desempenha um importantíssimo papel na avaliação e melhoria contínua dos processos, procedimentos e métodos do SCI da entidade.

O DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro começa por transformar 31 unidades de saúde em entidades públicas empresariais (EPE), uma vez que, o Governo considerava que as unidades de saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) deviam estar sujeitas a um regime jurídico que permitisse uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas da tutela e superintendência a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde.

Por outro lado, defendiam que a natureza pública das instituições do Estado devia ser inequívoca e compatibilizado com os instrumentos de gestão mais adequados consoante a especificidade das suas atividades.

Ainda afirmavam, que o modelo mais correto para a prossecução dos objetivos era o da EPE exposto no DL n° 558/99 de 17 de dezembro, que atualizou o conceito de empresa pública enquanto modalidade autónoma de organização institucional do setor público estadual.

Contudo, e através, do estabelecido no Programa de Estabilidade e Crescimento, o estatuto de EPE iria ser aplicado a todos os hospitais, incluindo aqueles que se encontravam no setor público administrativo e que mantinham a natureza jurídica de instituto público.

Por sua vez, o **DL n° 244/2012, de 9 de novembro** corresponde à 5ª alteração do DL n° 233/2005, de 29 de dezembro, que decorreu, essencialmente das recomendações do TCP no âmbito do CI das EPE do setor da saúde, a par das modificações introduzidas no Estatuto do Gestor Público, tendo-se justificada pela alteração da legislação que fixou o regime jurídico e aprovou os estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS.

Além disto, pretendia-se conciliar a disponibilidade do diretor clínico com o exercício da administração executiva, sendo de interesse do próprio prevenir e evitar a possível perda de capacidades técnicas, permitindo, assim, a acumulação da atividade médica.

Nesta mesma alteração apostaram na criação de condições de valorização da atividade de fiscalização, recrutando um fiscal único e reforçando, em simultâneo, o princípio da segregação de funções entre a administração e a fiscalização da entidade.

Tendo em conta, a complexidade da gestão dos hospitais EPE e aos deveres que recaem sobre os gestores públicos no domínio da criação e manutenção de um SCI e vigilância organizativa e funcional, torna-se necessário reforçar os mecanismos de CI, em benefício das boas práticas de gestão empresarial.

Deste modo, procedeu-se à revisão do enquadramento jurídico do Auditor Interno, tendo sido exigidas novas qualificações, capacitação jurídica e experiência profissional adequada. Assim, reajustaram-se as condições do exercício da atividade de modo a criarem um SAI.

Ainda nesta alteração, foram implementadas linhas orientadoras para a política interna de comunicação de irregularidades, a fim de criarem uma cultura e responsabilização organizacional.

Por último e mais recente, o **DL nº 18/2017 de 10 de fevereiro** que revogou o DL nº 233/2005, de 29 de dezembro, tem como principal objetivo melhorar a governação do SNS.

Para isto, pretendia-se obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, aumentando a eficiência do SNS, tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação deste sistema, através de um conjunto de medidas, passando pelo reforço da sua capacidade, modelo de contratualização dos serviços e pelo reforço da autonomia e responsabilidade dos seus gestores.

Com a diversidade de DL¹⁰ acerca do regime jurídico das entidades do setor da saúde, tornou-se necessário concentrar a informação num único diploma, de forma a facilitar o funcionamento das mesmas.

Em cumprimento do estabelecido no programa do Governo, pretendia-se melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, assim como a necessidade de obter resultados positivos de eficiência e eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas, constituindo um instrumento importante para a reforma da prestação de cuidados de saúde que aposte no relançamento do SNS.

Através deste DL são ainda inseridos o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas como órgãos do Hospital, E. P. E.

Comparando os DL acima referidos, em relação ao Auditor Interno, na tabela 1.4, encontram-se as seguintes alterações:

Tabela 1.4 - Evolução dos DL em relação ao Auditor Interno e ao SAI

Nº do DL	DL nº 233/2005, de 29 de dezembro	DL nº 244/2012, de 9 de novembro	DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro
Órgão/Serviço	Auditor Interno	SAI	SAI
Competências	Nº 1: "...proceder ao CI nos domínios	Nº 1: "...avaliação dos processos de CI e de	Nº 1: "...avaliação dos processos de CI e de

¹⁰ DL nº 27/2002, de 8 de novembro – Aprovou o regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo;
DL nº 188/2003, de 20 de agosto – Desenvolveu o regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo;
DL nº 233/2005, de 29 de dezembro – Aprovou o regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com natureza de entidades públicas empresariais.

	contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.”	gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.”	gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.”
Designação e mandato	Nº 1: “...designado pelo CA...” Nº3: “...um período de três anos, apenas renovável uma vez.”	Nº 4: “...recrutado pelo CA...” Nº 3: “... período de cinco anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas...”	Nº 4: “...recrutado pelo CA...” Nº 3: “...período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas...”
Articulação com as entidades da superintendência e controlo	Nº 7: “A atividade do auditor deve ser articulada com a da IGF e da Inspeção – Geral da Saúde.”	Nº 11: “...o SAI colabora com a ACSS, I.P. e a IGAS.”	Nº 11: “...o SAI colabora com a ACSS, I.P. e a IGAS.”
Outros aspetos	Nº 8: “A existência do auditor pode ser dispensada em função da reduzida dimensão e complexidade do hospital EPE, sempre que os Ministros das Finanças e da Saúde o entendam conveniente.”	Nº 13: “O SAI depende, em termos orgânicos, do presidente do CA.”	Nº 13: “O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas (PRG) e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo CA ao conselho de prevenção da corrupção (CPC) e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.” Nº 14: “O SAI depende, em termos orgânicos, do presidente do CA.”

Fonte: Elaboração própria com base nos DL nº 233/2005, de 29 de dezembro, DL nº 244/2012, de 9 de novembro e DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro

1.5.1 Articulação com os Organismos da Tutela, Superintendência e Controlo

As competências dos organismos mencionados na tabela 1.5, também, foram alvo de algumas alterações ao longo do tempo e atualmente encontram-se fixadas no DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro, nos art. 19º, 20º e 24º.

Tabela 1.5 – Organismos de tutela, superintendência e controlo

Área	Saúde	Finanças
Tutela	Ministro da Saúde	Ministro das Finanças
Superintendência	ACSS, I. P.	DGTF
Controlo	IGAS, GCCI*	IGF, SCIAFE

Fonte: DL nº 18/2017, 10 de fevereiro

Como se encontra representado na tabela acima, os organismos encontram-se divididos em duas áreas: a Saúde e as Finanças.

Aos **órgãos da tutela**:

- Responsável pela **área da saúde**, segundo o nº 1 do art. 20º do referido DL, compete:
 - a) “Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade das EPE, integradas no SNS, sem prejuízo da prestação de outras legalmente exigíveis;
 - b) Determinar auditorias e inspeções ao funcionamento das EPE., integradas no SNS, de acordo com a legislação aplicável;
 - c) Homologar os regulamentos internos das EPE, integradas no SNS;
 - d) Praticar outros atos que, nos termos da lei, careçam de autorização prévia ou aprovação tutelar.”
- Responsável pela **área das finanças**, de acordo com o nº 2 do art. 20 do mesmo diploma, compete:
 - a) “Aprovar os planos de atividade e orçamento;
 - b) Aprovar os documentos anuais de prestação de contas;
 - c) Autorizar a aquisição e venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas ou do Fiscal Único, consoante o modelo adotado;
 - d) Autorizar a realização de investimentos, quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam de valor superior a 2 % do capital estatutário, mediante parecer favorável do

Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas ou do Fiscal Único, consoante o modelo adotado;

- e) Autorizar os aumentos e reduções do capital estatutário;
- f) Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.”
- Responsáveis das **áreas referidas**, conforme o nº 3 do art. 20º da legislação referida, compete:
 - a) “Determinar a restrição da autonomia gestonária em caso de desequilíbrio financeiro;
 - b) Autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares bem como a constituição de associações com outras entidades públicas para a melhor prossecução das atribuições das EPE., integradas no SNS;
 - c) Autorizar a participação das EPE, integradas no SNS em sociedades anónimas que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial, cujo capital social seja por eles maioritariamente detido;
 - d) Autorizar, sem prejuízo do disposto na alínea anterior, para a prossecução dos objetivos estratégicos, a participação das EPE., integradas no SNS no capital social de outras sociedades, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial”.

Aos órgãos da superintendência:

- Responsável pela **área da saúde**, segundo o nº 1 do art. 19º do referido DL, compete:
 - a) “Definir os objetivos e as estratégias das EPE, integradas no SNS;
 - b) Emitir orientações, recomendações e diretivas específicas para prossecução da atividade operacional das EPE, integradas no SNS;
 - c) Definir normas de organização e de atuação hospitalar.”

Este mesmo órgão, de acordo com o nº 2 do art. citado, pode delegar os poderes referidos no ponto anterior nos conselhos diretivos da ACSS, I. P. e da Administração Regional de Saúde (ARS) da sua área geográfica.

Aos órgãos do controlo:

- Responsáveis das áreas da saúde e das finanças, segundo art. 24º do DL referido, compete:
 - a) “Os planos de atividades e orçamento, em conformidade com o contrato programa celebrado;
 - b) Os documentos anuais de prestação de contas, até ao final do mês de março de cada ano;
 - c) Os relatórios trimestrais de execução orçamental, onde constem os indicadores de atividade, económico – financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.”

O Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (GCCCI) resultou do Despacho n.º 6447/2012, do Ministro da Saúde. Este grupo visa impulsionar o reforço do envolvimento das entidades do setor da saúde, em especial dos organismos que intervêm na monitorização, auditoria, fiscalização e controlo da despesa com vista à instituição de um modelo sistémico, integrado e coerente, de CI no Ministério da Saúde.

De acordo com o Despacho n.º 6447/2012, a atividade do GCCCI baseou-se num conjunto de orientações estratégicas, ligadas a diversas ações de intervenção que se consideraram prioritárias, de forma a reforçar uma atuação pragmática, célere e concertada ao nível do controlo da despesa e do combate à fraude, sustentada numa articulação eficaz entre as várias entidades envolvidas, e na obtenção de conhecimento centralizado sobre os métodos de CI e os riscos por ele acautelados

1.5.2 A importância da Auditoria Interna nos Hospitais EPE

Cada Hospital deve dotar a sua própria estrutura de AI, tendo em conta a dimensão e a complexidade operacional e, também, a disponibilidade dos recursos humanos qualificados, sendo a função de AI integralmente executada pelo SAI.

Como citado por Toga (2015), a “evolução e acompanhamento da competitividade da globalização da gestão hospitalar, que exige conhecimento na tomada de decisões em

áreas cada vez mais técnicas, o setor da saúde sentiu a necessidade de dotar as suas instituições hospitalares de profissionais diferenciados na área de AI”.

Com isto, a AI torna-se importante para o SNS a partir do momento em que permite monitorizar e aperfeiçoar continuamente o SCI da entidade. As constantes mudanças e os elevados níveis de complexidade a que se tem assistido nas entidades, torna necessário a procura de auxílio para conseguirem as adaptações necessárias ao SCI com a finalidade de obter resultados positivos para a mesma.

Assim, a AI na saúde pode ser entendida como um conjunto de ferramentas que procuram avaliar e melhorar os processos, procedimentos e resultados com a aplicação dos recursos disponíveis de forma eficaz e eficiente, sendo de salientar, que esta atividade, cada vez mais, acrescenta valor às entidades, uma vez que, identifica os riscos associados ao ambiente hospitalar e formula medidas para diminuir as dificuldades que possam surgir na prossecução dos objetivos a que a entidade se propõe.

2 O CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE E O SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

2.1 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

2.1.1 Caracterização

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, designado por CHUC, criado pelo DL n.º 30/2011, de 2 de março, é uma EPE, integrada na rede de prestação de cuidados de saúde do SNS que surge da fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC).



Figura 2.1 - Logotipo do CHUC

Fonte: <http://www.chuc.min-saude.pt/>

Atualmente, o CHUC desenvolve a sua atividade em diversos polos, nomeadamente, nos HUC, Hospital Geral (HG), Maternidade Dr. Daniel e Matos (MDM), Maternidade Dr. Bissaya Barreto (MBB), Hospital Sobral Cid (HSC) e Hospital Pediátrico (HP).

Importa ainda referir e no âmbito da Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, que os diferentes grupos de hospitais distinguem-se pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo a proximidade e hierarquização da prestação de cuidados. Assim, de acordo com o art. 2.º, n.º 1, alínea c) da referida portaria, o CHUC enquadra-se no Grupo III, uma vez que obedece às seguintes características:

- “i. Área de influência direta e indireta para as suas valências;
- ii. Abrange todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da ACSS, I.P.”

No presente mandato os órgãos sociais são constituídos da seguinte forma, de acordo com a tabela 2.1:

Tabela 2.1 - Constituição dos Órgãos Sociais

Conselho de Administração	
Presidente	Fernando de Jesus Regateiro
Diretor Clínico	Francisco José Pedrosa Parente dos Santos
Enfermeira Diretora	Áurea da Cruz Flamino Andrade
Vogal Executiva	Manuela Fernanda da Mota Pinto
Vogal Executivo	Carlos Manuel Gregório dos Santos
Conselho Fiscal	
Presidente	Ana Isabel Calado da Silva Pinto
Vogal	José Henrique Rodrigues Polaco
Vogal	Francisco José Cunha Fachada
Vogal Suplente	Teresa Isabel Carvalho Costa
Revisor Oficial de Contas	CFA - Cravo, Fortes, Antão & Associados, SROC. Lda
Conselho Consultivo	
Dr. Joaquim Fernando Nogueira	
Dr. Adalberto Paulo da Fonseca Mendo	
Prof. Doutora Renata Sofia Mota Gomes	
Dr ^a Maria Isabel Fernandes de Carvalho Garcia	
Dr. António da Cruz Neves da Costa	
Enf ^a Maria Conceição e Silva Carvalho Saraiva	
Dr. António Duarte Arnaut	
Dr. Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio	

Fonte: Elaboração própria com base no *website* do CHUC

O CHUC tem como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como polos de excelência.

2.1.2 Regulamento interno do CHUC

O regulamento interno (RI) do CHUC que se encontra em vigor foi homologado a 20/12/2012 e encontra-se publicado no *website* da entidade.

Considerando a nomeação do atual CA e da alteração legal que decorre do DL n° 18/2017, de 10 de fevereiro, será apresentado o novo RI, pelo que, nesta parte, se optou como referência o RI em vigor, apesar de desatualizado.

O RI em vigor não traduz as alterações à estrutura que decorreram da alteração legal como, por exemplo, a introdução do Conselho Fiscal e a criação de novas unidades que não se encontravam contempladas no mesmo.

2.1.3 Estrutura

De acordo o (RI) do CHUC, a estrutura do CHUC está dividida em três estruturas:

- Estrutura orgânica;
- Estrutura de gestão;
- Estrutura organizacional.

A **estrutura orgânica** é composta pelos órgãos sociais, referidos na tabela 2.1, e órgãos de apoio técnico.

Os órgãos sociais, de acordo com o art. 8º do RI, é constituída pelo CA, Fiscal Único e Conselho Consultivo. Em relação aos membros do CA, a distribuição de competências e dos pelouros fixados na circular informativa nº 44/2018, que se encontra no anexo nº 01 e no apêndice nº 04.

Já os órgãos de apoio técnico compõem-se pelos órgãos permanentes de apoio técnico e comissão de apoio técnico obrigatório, situando-se no apêndice nº 01.

A **estrutura de gestão** é constituída pelas Unidade de Gestão Intermédia (UGI) e Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), encontrando-se mais detalhada no apêndice nº 02.

A **estrutura organizacional** é formada pelas áreas de ação médica, suporte à prestação de cuidados, apoio à gestão e logística e formação, investigação, inovação e desenvolvimento, estando mais especificada no apêndice nº 03.

Por último, todas estas estruturas constituem o organograma do CHUC, que se encontra no anexo nº 02.

2.1.4 Centros de Referência

Nos termos do art. 14, nº 1 e 2 do DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro, as entidades podem candidatar-se ao reconhecimento de um ou mais Centros de Referência, sendo

este reconhecimento formalizado por despacho do membro do Governo. Assim, os Centros de Referência reconhecidos ao CHUC, com base no *website* da entidade, são:

- Cardiologia de Intervenção Estrutural
- Cardiopatias Congénitas
- Coagulopatias Congénitas
- Doenças Hereditárias do Metabolismo
- Epilepsia Refratária
- Fibrose Quística
- Implantes Cocleares
- Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular
- Oncologia de Adultos - Cancro do Esófago
- Oncologia de Adultos - Cancro do Reto
- Oncologia de Adultos - Cancro do Testículo
- Oncologia de Adultos - Cancro Hepatobilio/Pancreático
- Oncologia de Adultos - Sarcomas das Partes Moles e Ósseos
- Oncologia Pediátrica
- Onco-Oftalmologia (Retinoblastoma e Melanoma Ocular)
- Transplante de Coração
- Transplante Hepático
- Transplante Rim Adultos

2.1.5 O CHUC em números

2.1.5.1 Recursos Humanos de 2016

O CHUC desenvolve uma política de recursos humanos baseada no rigor e na adequação das capacidades individuais às exigências organizacionais, no sentido de se cumprir a missão e os objetivos estratégicos da entidade.

Com isto, a 31/12/2016, o CHUC contava com 7.399 profissionais, observando-se uma variação positiva de 52 elementos face a 2015, distribuídos pelos diversos grupos profissionais como consta na tabela 2.2.

Tabela 2.2 - Recursos Humanos do CHUC - 2016

Grupo Profissional	31/12/2016
Dirigente	5
Médico	1594
Enfermagem	2725
Técnico Superior de Saúde	116
T. D. T.	468
Técnico Superior	154
Informática	28
Educadora de Infância	19
Assistente Técnico	699
Assistente Operacional	1591
TOTAL	7399

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório e Contas de 2016

2.1.5.2 Atividade Assistencial de 2016

Neste ponto apresenta-se a atividade do CHUC do ano de 2016 com base no Relatório e Contas desse mesmo ano, uma vez que, o de 2017 ainda não se encontrava disponível no *website* da entidade.

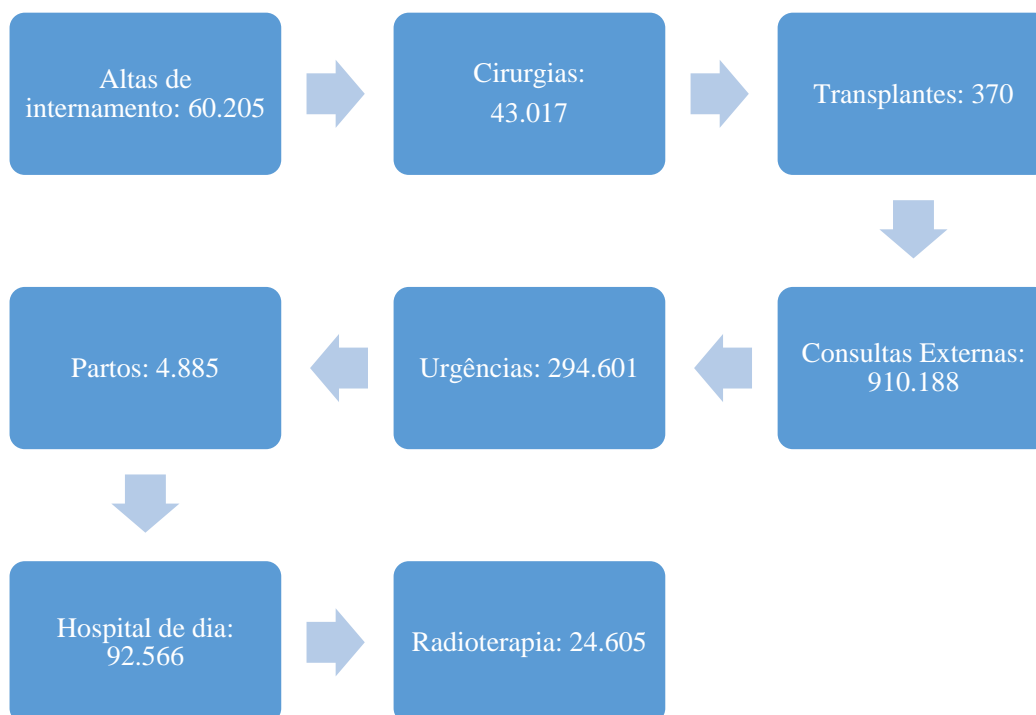


Figura 2.2 - Atividade Assistencial de 2016

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório e Contas de 2016

De todas as atividades referidas na figura anterior apenas na Radioterapia se verifica um aumento de 1340 tratamentos comparativamente a 2015.

2.1.5.3 Atividade económico – financeira

Relativamente ao Contrato – Programa de 2016, o seu valor total ronda os 366.689.614€, distribuindo-se por 14 áreas. Destas 14 áreas é de salientar o valor dos internamentos que se encontra nos 157.834.386.83€, encontrando-se mais detalhado no anexo nº 4.

Tabela 2.3 - Valores do Contrato – Programa de 2016

Contrato - Programa 2016	Valor (€)
1. Consultas Externas	61 875 016,70 €
2. Internamentos	157 834 386,83 €
3. Ambulatório	39 451 498,41 €
4. Urgência	23 025 200,00 €
5. Sessões em Hospital de Dia	3 709 242,74 €
6. Programas de Gestão da Doença Crónica	41 826 687,05 €
7. PMA - Diagnóstico e tratamento da infertilidade	1 351 800,00 €
8. Saúde Sexual Reprodutiva	344 541,30 €
9. Sessões de Radioterapia	3 094 328,00 €
10. Implantes Cocleares	1 928 750,00 €
11. Serviços Domiciliários	307 719,00 €
12. Outros	13 605 963,20 €
Incentivos Institucionais	18 334 480,70 €
Valor Total do Contrato	366 689 613,93 €

Fonte: Contrato – Programa de 2016

Em relação ao Contrato-Programa de 2015 verificou-se uma diminuição de 2.500.001,53€.

2.2 O Serviço de Auditoria Interna do CHUC

Na sequência do mencionado processo de fusão e ao abrigo do art. 17º do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, o CA, na sua reunião ordinária de 30/04/2012, procedeu à nomeação do Auditor Interno.

A revisão do enquadramento jurídico do Auditor Interno encontra-se contemplada no RI do CHUC, homologado em 20/12/2012, que prevê no seu art. 16º a existência de um

SAI e contemplou, igualmente, no seu art. 89º a existência de um SCI e de comunicação de irregularidades.

Nos termos dos nºs 1 e 2 do art. 16º do RI do CHUC e ao abrigo do art. 4º do DL nº 244/2012, de 9 de novembro, que atualizou o art. 17º dos Estatutos constantes do anexo II do DL nº 233/2005, de 29 de dezembro, nos seus números 2, 3 e 4, foi nomeado o diretor do SAI do CHUC, no dia 13 de julho de 2013.

O SAI elabora anualmente um PAAI e na planificação dos trabalhos de AI para 2018, consideraram-se as seguintes linhas de orientação:

- As necessidades transmitidas pelo CA;
- Conclusão das ações e trabalhos iniciados no PAAI de 2017;
- Cumprimento das obrigações legais e de reporte do SAI;
- A capacidade técnica e operacional da equipa de auditoria;
- A apreciação dos riscos associados à atividade do CHUC, nomeadamente a que decorre do PRG.

Atualmente, o SAI é constituído pelo Auditor Interno, por uma Técnica Auditora e por uma Assistente Administrativa, que colabora como elemento de secretariado, a tempo parcial e encontra-se, desde outubro de 2012 no Polo HG, no 1º andar do edifício das consultas externas, gabinetes 6 e 7.

Atribuições e competências

Nos termos do art. 19º, Secção III do Anexo II do DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro, do Ministério da Saúde, as atribuições e competências do SAI são:

1 — “Ao SAI compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

2 — Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre organização e funcionamento do hospital E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;

- c) Elaborar o PAAI;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o PRG e os respetivos relatórios anuais de execução”.

Com isto, no desempenho da sua atividade, a função de AI **tem acesso a:**

- Todas as funções, atividades e pessoal do CHUC;
- Todos os registos e informação do CHUC, exceto os registos clínicos individuais dos utentes;
- Planos estratégicos do CHUC;
- Atas do CA.

A função de AI **não está a autorizada a:**

- Executar atividades operacionais que possam ser posteriormente auditadas por si;
- Registrar ou aprovar transações contabilísticas não relacionadas diretamente com a função de AI;
- Coordenar e supervisionar as atividades de pessoal não pertencente à função de AI, exceto se esse pessoal estiver especificamente alocado à realização de determinado trabalho de auditoria.

Compete ainda ao SAI, no âmbito do Sistema de Comunicação de irregularidades a elaboração de um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

- a) “Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do hospital EPE, ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação do hospital EPE”.

Posicionamento na estrutura e independência

Nos termos do n.º 14 do art. 17º da Secção III do Anexo II do DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o SAI depende, em termos orgânicos, do Presidente do CA.

Áreas de atuação e serviços prestados

As áreas de atuação da AI preconizadas pela ACSS, I. P. e vertidas no art. 12º do RI do SAI, a nível de CI são, entre outras:

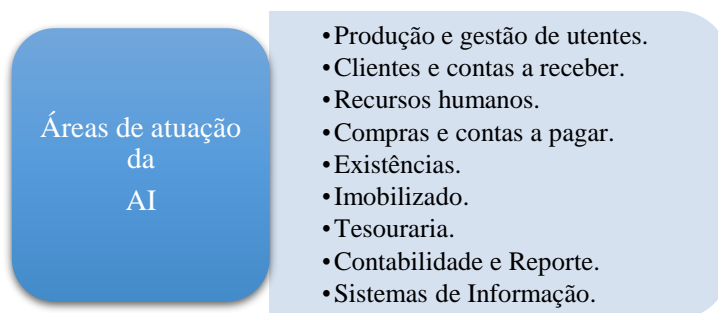


Figura 2.3 - Áreas de atuação da AI

Fonte: RI do SAI e PAAI

Nos termos do art. 13º do RI do SAI, o âmbito da função de AI contempla a execução de serviços de avaliação¹¹, assessoria¹² e serviços especiais de investigação¹³.

Reporte monitorização do desempenho da atividade

No âmbito da Instrução nº 1/2016 - CI no Ministério da Saúde – Reporte e Quantificação e da Instrução n.º 2/2016 – o SAI reporta semestralmente e anualmente ao GCCI a comunicação de factos que indiciem eventual responsabilidade criminal ou financeira,

¹¹ Serviços de avaliação, que consistem na avaliação independente relativa a um processo, sistema ou outro assunto.

¹² Serviços de assessoria, que consistem em serviços executados por solicitação específica, de caráter consultivo, destinados a apoiarem a gestão na concretização dos objetivos definidos e cuja natureza e âmbito têm que ser validados com o requerente do serviço.

¹³ Serviços especiais de investigação, que consistem em serviços solicitados pelo CA, que não caem no âmbito dos serviços de avaliação ou assessoria.

3 O ESTÁGIO NO CHUC – SAI

O estágio curricular, no âmbito do Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública, foi realizado no SAI do CHUC, com início a 19/03/2018 e término a 17/09/2018, completando assim 960 horas.

O plano de estágio executado, contemplava uma vasta diversidade de atividades, desenvolvidas pelo serviço, todas elas realizadas com o auxílio e supervisão do Dr. Fernando Cravo, diretor do serviço, e com orientação da Professora Georgina Morais do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Este foi elaborado no pressuposto de estabelecer uma ligação entre a vertente teórica adquirida e a vertente prática, com particular incidência sobre as atividades previstas no PAAI do SAI.

O estágio foi dividido em duas partes: na primeira, foi obtido conhecimento sobre a entidade, sobre o serviço, legislação e documentação aplicável, na segunda, a prática, as atividades que viriam a ser desenvolvidas ao longo do mesmo.

De referir, que a elaboração deste relatório de estágio incidiu em todas as atividades que a mestranda colaborou.

3.1 Atividades desenvolvidas

Como referido no ponto anterior, o estágio incidiu essencialmente em duas partes. A primeira passou pelo conhecimento das infraestruturas do polo HG do CHUC, colegas de trabalho, portais da entidade, RI do CHUC, RI do SAI, procedimentos do CHUC, legislação aplicável ao setor da saúde e outros documentos considerados relevantes para o desenvolvimento das atividades previstas.

De salientar, que alguns pontos das atividades indicadas e que foram desenvolvidas, pese embora indicados, não serão detalhados por questões de confidencialidade da informação.

3.2 Auditorias

As auditorias são constituídas, em geral, por quatro fases: o planeamento, a execução, a comunicação (relatório) e o *follow – up*.

No planeamento (**ND 2010 do IIA**) define-se o âmbito e natureza da auditoria, a respetiva calendarização, os objetivos, os critérios e a metodologia que irá ser utilizada, sendo que esta fase pode ser ajustada ao longo das restantes fases. Na execução (**ND 2300 do IIA**) desenvolve-se o trabalho de campo, aplicando os procedimentos e técnicas definidas na primeira fase. A comunicação (**ND 2400 do IIA**) é constituída por um relatório onde se encontram todas as conclusões, riscos e recomendações. E, por último, o *follow – up* (**ND 2500 do IIA**) que se destina a verificar o grau de implementação das recomendações sugeridas.

As ações de Auditoria realizadas durante o período de estágio foram concretizadas com base no PAAI aprovado pelo CA para 2018, em cumprimento dos pedidos extraordinários do CA ou trabalhos solicitados por entidades externas (TC, IGAS, IGF) ou acompanhamento de auditorias externas realizadas no CHUC.

Todas elas foram suportadas pelos manuais e/ou procedimentos da ACSS,IP, bem como pela legislação ou documentação referencial correspondente ao âmbito da ação e tendo igualmente por referencial as NIPPAI.

3.2.1 Auditoria a procedimento de aquisição de bem de imobilizado

Surge na sequência de um pedido do CA, e como tal, tratou-se de uma ação extraordinária ao PAAI.

Ao longo do desenvolvimento das atividades foi possível percorrer as fases da Auditoria, com exceção do *follow – up*, visto que a ação só se encontrou concluída já no 2º semestre de 2018.

A avaliação foi planificada de acordo com os procedimentos e metodologias adotadas pela ACSS, IP tendo igualmente sido considerado o Guião de auditoria – Instrução n.º 5/2016 – Contratação Pública de bens e/ou serviços elaborado pelo GCCI. Como referencial para a avaliação do SCI, adotou-se o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aprovado pela Portaria n.º 898/2000 de 28/09, dos Ministros das Finanças e da Saúde e consultado o Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo DL n.º 18/2018, de 29/01, na versão que vigorou até 31/12/2017.

Inicialmente, realizou-se uma apreciação e levantamento do processo de aquisição em questão e outros elementos necessários à realização da ação e, também, se definiu o

Plano (Anexo nº 04) e o Programa da Auditoria (Anexo nº 05), estabelecendo, em primeiro, os serviços/áreas/processos a auditar, âmbito, condicionantes e limitações, objetivos, referências, equipa, opinião dos auditados e o tempo previsto de realização e, posteriormente, as técnicas de verificação, testes, elementos a solicitar e serviços envolvidos no cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Os objetivos definidos para a auditoria passavam pela confirmação dos procedimentos de aquisição, receção e conferência de equipamentos e faturas, como se encontra na tabela 3.1:

Tabela 3.1 - Objetivos da Auditoria a procedimento de aquisição de bem de imobilizado

Procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais
1. Identificar e apreciar os regulamentos internos relativos às aquisições de bens e serviços; A. Tipo e escolha de procedimento
2. Identificar e analisar os procedimentos utilizados nas aquisições de bens;
3. Verificar o cumprimento dos requisitos legais quanto à escolha do tipo de procedimento, designadamente se: a) <i>A decisão de escolha do procedimento foi fundamentada e tomada por entidade competente;</i> b) <i>Existe informação a fundamentar a aquisição de bens;</i> c) <i>A aquisição corresponde a uma necessidade da entidade;</i> d) <i>O contrato respeita o valor legalmente permitido, atendendo ao tipo de procedimento escolhido;</i> e) <i>A escolha de procedimento em função de critérios materiais está devidamente fundamentada e estão verificados os pressupostos legais;</i> f) <i>Foi adotado o procedimento legalmente previsto para celebração de contratos ao abrigo de acordos quadro.</i> B. Formação dos contratos
4. Verificar o cumprimento dos requisitos legais na fase de formação do contrato, de forma geral e específica por tipo de procedimento. No que respeita a requisitos transversais aos vários tipos de procedimento, aferir quanto: a) <i>às peças do procedimento;</i> b) <i>aos impedimentos por parte das entidades que pretendam ser candidatos, concorrentes ou integrar qualquer agrupamento;</i> c) <i>ao funcionamento e competência do júri;</i> d) <i>à apresentação e análise das propostas;</i> e) <i>à adjudicação;</i> f) <i>à apresentação dos documentos de habilitação;</i> g) <i>à prestação da caução;</i> h) <i>à celebração do contrato</i> C. Execução dos contratos
5. Aferir o cumprimento dos requisitos legais quanto: a) <i>à plena eficácia do contrato e à eficácia retroativa;</i> b) <i>ao adiantamento de preço;</i> c) <i>à substituição, liberação e execução da caução;</i>

<p>d) aos fundamentos da suspensão da execução;</p> <ol style="list-style-type: none">6. Verificar o cumprimento dos prazos de pagamento7. Identificar os responsáveis pelo controlo da execução dos contratos e articulação entre serviços para assegurar o referido controlo8. Identificar e verificar medidas adotadas / sanções aplicadas na sequência de incumprimento contratual9. Verificar as evidências do controlo da execução do contrato10. Identificar a existência de avaliação do fornecedor/ prestador do serviço (avaliação ex post do serviço)
Receção de equipamentos e materiais
Conferência de faturas e pagamentos
<ol style="list-style-type: none">11. Identificar e avaliar o sistema de controlo de execução de aquisições contratadas, nomeadamente:<ol style="list-style-type: none">a) procedimentos adotados para a conferência da prestação (com base na entrevista);b) procedimentos adotados para a conferência das faturas;c) evidências do controlo da prestação efetiva do serviço, ao nível da autorização de pagamento

Fonte: Adaptado do Plano de Auditoria da ação

Já na fase de execução, foi recolhida informação junto dos serviços envolvidos e realizadas entrevistas com os intervenientes e visitas aos serviços em questão. Procedeu-se, ainda e na vertente financeira, à conferência, verificação e análise da documentação recolhida.

Com toda a informação, considerada necessária pelo SAI, recolhida e analisada, foi possível obter conclusões, recomendações e riscos acerca do procedimento em análise. Posto isto, elaborou-se o relatório preliminar, sendo enviado ao Diretor do Serviço visado para discussão dos resultados obtidos em sede de auditoria.

De acordo com a ND 2400 do IIA e decorrido o prazo para discussão dos resultados, conclui-se o relatório final, que foi remetido para apreciação sob proposta de aprovação, remissão de cópia ao Diretor do Serviço visado e realização de uma auditoria de *follow – up* para verificação da implementação das recomendações, no prazo de 90 dias após a aprovação do presente relatório.

3.2.2 Auditoria à Contratação Pública

A auditoria à Contratação Pública surge em cumprimento de um Despacho emitido pelo Presidente do CA. Esta avaliação recaiu sobre o cumprimento dos procedimentos de Contratação Pública, relacionados com os factos expostos no período compreendido entre 2014 e 2017, afigurando-se como uma oportunidade para desenvolver e colocar

em prática conhecimentos sobre esta área. A ação definiu-se com base nos procedimentos e metodologias adotadas pela ACSS, I.P., sendo também, considerado o Guia de Auditoria – Instrução nº 5/2016 – Contratação Pública de bens e/ou serviços elaborado pelo GCCI e no CCP.

Durante o período de estágio, os trabalhos incluíram o estudo da documentação e demais elementos disponibilizados; identificação e verificação dos procedimentos de aquisição e Contratação Pública em avaliação; análise da informação recebida, realização de testes de auditoria e validação de informação, incluindo os procedimentos utilizados nos processos de aquisição; consulta de informação no portal da justiça; e na vertente financeira, a conferência, verificação e análise da documentação selecionada.

No anexo nº 6 encontra - se um modelo da ficha de mercados públicos utilizada na verificação e análise dos procedimentos de aquisição.

3.2.3 Auditoria de verificação do cumprimento do Despacho nº 851 A/2017, de 16 de janeiro, do Ministro da Saúde

Este trabalho foi desenvolvido complementarmente à auditoria da Contratação Pública, no intuito de verificar o cumprimento do Despacho nº 851º A/2017, de 16 de janeiro do Ministro da Saúde, que emite um conjunto de recomendações no âmbito dos procedimentos na área da contratação pública, destinados a mitigar o risco e prevenir a violação dos princípios da transparência, concorrência e prossecução do interesse público.

Como nas auditorias, anteriormente mencionadas, também esta se iniciou com o plano e programa de auditoria, onde se fixaram os seguintes objetivos:

Tabela 3.2 - Objetivos da Auditoria de verificação do cumprimento do Despacho nº 851 A/2017, de 16 de janeiro, do Ministro da Saúde

<ol style="list-style-type: none">1. Concluir sobre o cumprimento do Despacho nº 851-A/2017 de 16/01:<ol style="list-style-type: none">1.1. Identificar medidas implementadas pelo Conselho de Administração no âmbito do nº1 do referido despacho;1.2. Pareceres jurídicos emitidos no âmbito do nº 2 do citado Despacho (Saber se os serviços jurídicos se pronunciaram sobre a conformidade legal e administrativa dos procedimentos contratuais) ou identificação de constrangimentos na sua aplicação;1.3. Aferir eventual solicitação ao Conselho de Administração, por parte dos grupos de trabalho GPLF e GCCI (nº 4 do Despacho nº 851-A/2017 de 16/01);1.4. Aferir sobre a publicitação dos procedimentos:<ul style="list-style-type: none">• Formação e execução do contrato;• Publicação no portal sobre o fecho do contrato;1.5. Verificar se os pagamentos decorrentes de ajuste direto foram efetuados após a publicitação dos contratos.

Fonte: Adaptado do Plano de Auditoria da ação

Na fase de execução, e utilizando os processos de aquisição referidos no ponto anterior, analisaram-se os casos com contratos a partir de um de janeiro de 2017 para averiguar se estes cumpriam as condições estabelecidas no Despacho.

Dado que à data de conclusão do estágio, esta auditoria não se encontrava concluída, não foi possível acompanhar as fases seguintes desta ação.

3.2.4 Auditoria aos abates de bens de imobilizado

Durante a realização do estágio tornou-se possível colaborar na planificação da auditoria aos abates de bens de imobilizado, prevista no PAAI de 2018 Esta ação, aquando da conclusão do estágio, encontrava-se na fase de planeamento. Nesta fase, e com base no Cadastro e Inventário dos Bens do Estado e no Manual do Património da ACSS, IP, elaborou-se o plano e o programa da auditoria, questionários de CI, a comunicação para o Responsável do Setor e a estrutura do relatório preliminar.

A auditoria em questão pretende avaliar o circuito de abates de bens de imobilizado orientando-se pelos seguintes objetivos, referidos na tabela 3.3:

Tabela 3.3 - Objetivos da Auditoria aos abates de bens de imobilizado

<ul style="list-style-type: none">• Concluir sobre se os abates de imobilizado corpóreo são devidamente aprovados e total e corretamente registados no cadastro e contabilizados;• Avaliar o sistema de controlo interno associado aos abates de imobilizado corpóreo:<ul style="list-style-type: none">○ Identificar e apreciar os procedimentos relativos <u>ao circuito de abates</u> de bens de imobilizado instituídos:<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Políticas/normativos internos/procedimentos administrativos em vigor;</i>▪ <i>Verificar o cumprimento dos requisitos legais quanto ao abate;</i>▪ <i>Existe informação a fundamentar o abate de bens;</i>▪ <i>O abate corresponde a uma necessidade da entidade;</i>○ Identificar os responsáveis (e competências) no circuito do abate de bens de imobilizado:<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Serviço detentor do bem de imobilizado;</i>▪ <i>Serviço de Instalações e Equipamentos/Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;</i>▪ <i>Conselho de Administração;</i>▪ <i>Serviços Financeiros – Setor de Inventário;</i>▪ <i>Serviços Financeiros – Contabilidade (Despesa e Receita)</i>• Analisar os ganhos e perdas resultantes de vendas e/ou abates e se foram devidamente apurados e contabilizados; (tipologia)• Aferir sobre o grau de acolhimento das recomendações formuladas em relatórios anteriores relativamente ao processo dos abates e articulação com o PPRG dos Serviços Financeiros.

Fonte: Adaptado do Plano de Auditoria da ação

3.3 Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

A 1 de julho de 2009, o CPC aprovou a Recomendação n° 1/2009, publicada no Diário da República., 2ª série, n° 140, de 22/07/2009, sobre os PRG, estabelecendo, no seu ponto 1, que "os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar PRG".

Mais tarde, a 7 de novembro de 2012, o CPC aprova a Recomendação n° 5/2012, publicada no Diário da Republica, 2ª série, n° 219, de 13/11/2012 prevendo, que "as entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais".

De acordo com as competências previstas na alínea e) do ponto 2 do artigo 19º da Secção III do Anexo II do DL n° 18/2017 de 10 de fevereiro, que regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de EPE, bem como as integradas no Setor Público Administrativo, ao SAI compete em especial elaborar o PRG e os respetivos relatórios anuais de execução.

Para o cumprimento destas recomendações e no decurso de metodologias internacionalmente aceites sobre a gestão de risco, das quais se destaca o COSO, optou-se por estabelecer um plano mais amplo do que o inicialmente recomendado pelo CPC, que pudesse incluir, além dos riscos de corrupção e infrações conexas, os riscos de gestão mais relevantes, em consonância com a metodologia de gestão de risco recomendada pela ACSS, IP. Assim, em cumprimento da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do CPC, o CHUC elaborou em 2013 a sua primeira versão do PRG, encontrando-se, atualmente, em revisão.

O PRG surge no âmbito das Recomendações n.º 1/2009, n.º 1/2010 e n.º 5/2012 do CPC e nos termos da recomendação n.º 1/2010 do CPC, encontra-se publicado no portal interno e externo do CHUC.

No anexo n.º 07 encontra-se os assuntos desenvolvidos no PRG em vigor.

3.3.1 Planificação da revisão do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do CHUC

A revisão do PRG inicial do CHUC é uma das competências do SAI, prevista no do DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

Esta revisão pretende abranger todos os serviços, gabinetes e unidades funcionais que integram o Plano inicial e, simultaneamente, alargar a outros Serviços e Unidades do CHUC, podendo dessa forma, alargar a cobertura de riscos.

Para isso, tornou-se necessário constituir um instrumento de trabalho que incluísse os riscos de gestão, riscos de corrupção e infrações conexas, contratação pública e gestão de conflitos de interesses. Este procedimento prevê a realização de sessões informativas e de esclarecimento junto dos serviços envolvidos, destinadas à melhoria do processo de levantamento de riscos e de medidas de resposta e de auxiliar na elaboração das suas matrizes de riscos e controlos.

Além do procedimento referido, também foi desenvolvido um guião com base na metodologia prevista nos manuais da ACSS, IP, sendo esta suportada no COSO. Esta ferramenta permitia adquirir e/ou aprofundar conhecimentos para a elaboração do PRG, nomeadamente, na área da gestão do risco.

Contudo, este deveria ser um trabalho contínuo, tanto na identificação dos riscos como nas medidas de prevenção de riscos, sendo que este processo depende do profissionalismo e dedicação dos funcionários e colaboradores dos diversos serviços, gabinetes e unidades envolvidos, verificando-se em função dos resultados obtidos, no domínio da prevenção dos riscos de gestão.

3.3.2 Relatório anual sobre a execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Nos termos da alínea d) do ponto 1.1. da Recomendação nº 1/2009, o CHUC elaborou o relatório anual sobre a execução do PRG, tendo-se identificado as situações potenciadoras de riscos e aferido sobre o grau de execução das medidas propostas para combater a sua ocorrência e remessa “ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.” Com a publicação do DL nº 18/2017 de 10 de fevereiro, que regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de EPE, que revogou o DL nº 233/2005, de 29 de dezembro, o SAI passou a ser responsável pela elaboração do PRG e os respetivos relatórios anuais de execução¹⁴, prática realizada internamente desde 2013.

O relatório em questão refere-se à execução do PRG do CHUC em 2017 com o intuito de fornecer um conjunto de conclusões e recomendações de melhoria, que resultam do processo de monitorização e dos contributos dos demais dirigentes, responsáveis e colaboradores dos Serviços e Gabinetes envolvidos.

A metodologia de trabalho face às monitorizações passou por disponibilizar o ficheiro aos Serviços e Gabinetes envolvidos, com a informação do último reporte de modo a melhorar a eficiência do processo de monitorização. A planificação da metodologia de trabalho para a execução deste objetivo foi definida em nota interna do SAI, traduzindo-se na figura 3.1:

¹⁴ Alínea e) do n.º 2 do artigo 19º, Secção III, Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro.

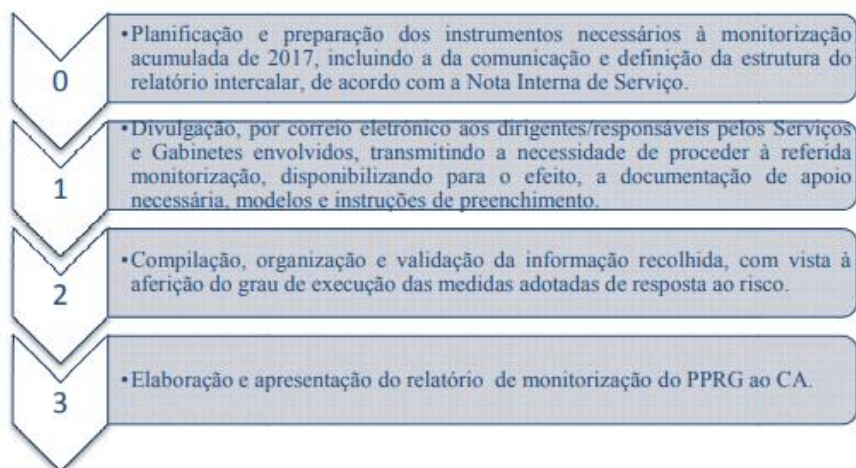


Figura 3.1 - Metodologia utilizada no relatório anual de execução de 2017

Fonte: Relatório Anual de Execução de 2017

Com esta metodologia foi possível analisar a evolução do número de riscos e o número de medidas de resposta aos riscos associadas, bem como a sua execução, como se pode observar nos anexos nº 8 e 9. Através deste trabalho, expuseram-se as respetivas conclusões e foram colocadas à consideração do CA recomendações, resultantes da atividade desenvolvida.

3.4 Relatórios de execução financeira

Em cumprimento do nº 1 do Despacho nº 7709-B/2016 de 9/06, do Senhor Secretário de Estado da Saúde e nos termos das Circulares Normativas nº14/2016/GAI/ACSS de 01/07 e nº 20/2016/ACSS, de 12/10, o SAI elaborou e submeteu ao CA os Relatórios de Execução Financeira (REF) do 4º trimestre de 2017, 1º trimestre e 2º trimestre de 2018.

Importa ainda referir que, o REF do 4º trimestre de 2017 foi elaborado com base no POCMS e os restantes foram suportados no Sistema de Normalização Contabilística – Administração Pública (SNC – AP), contribuindo assim para a consolidação de conhecimentos adquiridos na componente teórica com a vertente prática.

As fichas técnicas dos REF elaborados encontram-se nos anexos nº 10, 11 e 12.

3.4.1 Elaboração dos Relatórios

Os REF são elaborados pelo SAI com a colaboração, essencialmente, dos Serviços Financeiros, baseando-se nos seguintes objetivos:

- Cumprir o n.º 1 do Despacho n.º 7709-B/2016 de 9/06, do Senhor Secretário de Estado da Saúde;
- Analisar os mapas de execução orçamental relativos ao trimestre em questão;
- Identificar e analisar os desvios à execução orçamental no período em análise;
- Analisar a evolução dos fundos disponíveis e dos pagamentos em atraso neste período;
- Apresentar conclusões e recomendações resultantes do trabalho realizado.

A execução dos relatórios passou pela análise de balancetes do trimestre em questão e o período homólogo, da execução orçamental da despesa e da receita carregada no SIGO – Direção Geral do Orçamento, do Relatório e Contas, do Relatório de Execução Orçamental do trimestre em análise e demais elementos recolhidos juntos dos Serviços Financeiros. Sucintamente, foram analisadas as Demonstrações Financeiras (Balanço, Demonstração de Resultados e Demonstração de Fluxos de Caixa), reportes dos Fundos Disponíveis e dos Pagamentos em atraso (DGTF). Desta análise resultaram os quadros necessários à constituição dos REF.

Após a elaboração, estes são remetidos ao CA para aprovação e, posteriormente, à ACSS, IP, conforme a ND 2060 do IIA.

3.4.2 Relatório complementar

Nos termos das ND 1100, 1110 e 1111 do IIA e considerando que um dos objetivos do SAI é fornecer ao CA análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, procurando, de forma construtiva, identificar oportunidades de melhoria, o diretor de Serviço entendeu que seria relevante para o efeito, produzir um relatório complementar ao REF do 2.º trimestre de 2018¹⁵ do

¹⁵ Elaborado em cumprimento do Despacho n.º 7709-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 111, de 9/06 e Circulares Normativas n.º14/2016/GAI/ACSS de 01/07 e n.º 20/2016/ACSS, de 12/10

CHUC, afigurando-se igualmente uma oportunidade para aprofundar a análise dos trabalhos.

Por conseguinte, e através da avaliação dos processos de CI e de gestão de riscos nos domínios abordados, e que resultaram dos testes substantivos efetuados e da análise de informação recolhida junto dos serviços, tendo sempre como base os procedimentos e metodologias adotadas pela ACSS, IP, foi elaborado o citado relatório.

3.5 Regulamento Interno do SAI

Com o RI do CHUC, homologado a 20 de dezembro de 2012, foi constituído, nos termos do seu art. 16º, o SAI.

Em 03/07/2013 foi aprovada a primeira versão do RI do SAI e a alteração em execução encontra-se no âmbito do DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro e das NA 1000, 1010, 1100 e 1200 do IIA.

Com a publicação do DL nº 244/2012, de 9 de novembro, procedeu-se à revisão do enquadramento jurídico do auditor interno, reajustando em simultâneo as condições de exercício da atividade do mesmo, com vista à criação de um SAI, originando, assim, o RI do SAI.

Durante o período de estágio, existiu a oportunidade de proceder à necessária revisão do RI do SAI, que se centrou, essencialmente, na atualização das competências, decorrentes da alteração da legislação em vigor

3.6 Regulamento de Comunicação de Irregularidades

De acordo com as ND 2120 e 2130 do IIA e o art. 20º da Secção III do Anexo II do DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro, o hospital dispõe de um SCI e de comunicação de irregularidades, competindo ao CA assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

Nos termos do nº 4 do art. 20 e mediante proposta do SAI do CHUC, deve ser aprovado pelo CA um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem: violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos órgãos

estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais, assim como dano, abuso ou desvio relativo ao património do hospital, ou dos utentes, ou prejuízo à sua imagem ou reputação da Instituição.

O processo de comunicação de eventuais irregularidades visa definir uma tramitação que se pretende eficaz, célere e idónea de confirmação, investigação e decisão, em respeito pelos elevados princípios éticos e de confidencialidade legalmente reconhecidos e transpostos pelo Código de Ética em vigor no CHUC. Assim sendo, estas comunicações podem ser realizadas via postal, endereço eletrónico ou através do portal interno da entidade.

Ao SAI compete o registo e tratamento inicial das comunicações recebidas, elaborando um relatório sobre os factos, sendo remetido ao CA no prazo de dez dias a contar da data de receção da comunicação, sendo também encaminhado um reporte semestral ao mesmo órgão (ND 2060 do IIA).

Tal como no regulamento referido no ponto anterior, procedemos à atualização, à luz da atual legislação.

3.7 Relatório do Governo Societário 2017

O Relatório do Governo Societário (RGS) do CHUC, para o exercício de 2017 descreve as políticas e as práticas em matéria de governo societário adotadas pelo CHUC no exercício em apreço, fornecendo ainda uma avaliação qualitativa e quantitativa das mesmas por comparação com as boas práticas elencadas no DL nº 133/2013, de 3 de outubro, ND 2110 do IIA e outra legislação em vigor.

Este trabalho é elaborado pelos Serviços Financeiros com o auxílio de outros serviços, como é o caso do SAI. Para uma correta execução, a Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial disponibiliza para todas as entidades um manual e um modelo para a elaboração do RGS, bem como instruções sobre a elaboração dos Instrumentos Previsionais de Gestão.

Como referem as autoras, Morais & Martins (2013, p. 96) “o Auditor Interno deve, também, contribuir para o processo do *Governance* da entidade avaliando e recomendando o aperfeiçoamento do processo de forma assegurar a consciência com os valores organizacionais e a concretização dos objetivos estabelecidos.”

Assim sendo, o SAI tem contribuído para a elaboração dos RGS, nomeadamente nas questões e pontos referentes à organização interna sendo, maioritariamente, constituído por assuntos que dizem respeito ao SAI como o SCI, sistema de controlo de irregularidades, PRG, gestão de risco, política anti - fraude e regulamentos e códigos em vigor.

3.8 Avaliação dos processos de Controlo Interno e Gestão de Risco

O TCP (1999, p. 53) diz que “avaliar o CI é determinar o seu grau de confiança, que se obtém examinando a segurança e a fiabilidade da informação e o seu grau de eficácia na prevenção e deteção de erros e irregularidades. A avaliação do CI tem também como objetivo determinar a profundidade dos procedimentos que o auditor deve adotar na condução dos seus trabalhos.”

De acordo com o art. 19º da Secção III do Anexo II do DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro, que revoga o DL nº 233/2005, de 29 de dezembro, do Ministério da Saúde e com as ND 2120 e 2130 do IIA, o SAI tem competência para **avaliar os processos de CI e de gestão de riscos**, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

No âmbito da avaliação do SCI foi possível elaborar algumas ferramentas necessárias para o desenvolvimento de exames preliminares e acompanhar a revisão e monitorização dos portais internos e externos do CHUC.

3.8.1 Apreciação do Relatório Preliminar do Inventário emitido pelos Serviços Farmacêuticos

O SAI elaborou uma apreciação analítica ao relatório preliminar do inventário emitido pelos Serviços Farmacêuticos.

Este trabalho consistiu na apreciação do relatório acima referido a fim de se identificar os riscos existentes, as causas e fornecer possíveis recomendações sobre os temas abordados no documento em causa, sendo eles, os inventários e a sua realização, aos relatórios internos do serviço, ao défice de recursos humanos, aos sistemas de informação e os resultados.

Além disto, foi possível obter conclusões sobre as diferenças das quantidades existentes em armazém e as existentes na aplicação informática e na área financeira, sobre as diferenças de valores apuradas.

Importa ainda referir, que à data de conclusão de estágio o documento final referente à apreciação encontrava-se em elaboração.

3.8.2 Questionários de Controlo Interno

O Auditor Interno deverá concluir sobre o SCI implementado nas diversas áreas da entidade, sendo um dos meios, os questionários de CI, podendo também, optar por outros que considere mais adequados.

Estes questionários têm como objetivos:

- Compreensão preliminar do SCI instituído;
- Identificação de pontos fraco e fatores de risco do processo;
- Apoio na definição da estratégia de auditoria e do programa, no sentido de colaborar na planificação dos testes a efetuar e confirmar os pontos fracos reconhecidos e/ou identificar novas situações potenciais de risco.

Assim sendo e no âmbito deste assunto, foi possível colaborar na elaboração e/ou revisão dos seguintes questionários de CI:

- CA;
- Compras;
- Contabilidade e reporte;
- Existências;
- Imobilizado;
- Recursos humanos;
- Taxas moderadoras;
- Tesouraria.

Com este trabalho, pretendia-se apurar o grau de implementação do SCI e se este se encontrava adequado às necessidades atuais dos serviços e áreas, com a finalidade de recomendar ações de melhoria continua.

CONCLUSÃO

Através da realização deste trabalho é viável concluir que a AI mantém contacto com os diversos serviços das entidades, afirmando-se como uma ferramenta que envolve uma constante aprendizagem e mudança, causada pela elevada procura das entidades, no que diz respeito à evolução dos riscos existentes, à complexidade dos objetivos propostos e às exigências impostas aos vários níveis. Para que a AI seja uma ferramenta com o devido valor é necessário que a equipa seja competente e dotada a vários níveis de conhecimento conforme o nº1 do art. 19º, Secção III, Anexo II do DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

Assim, durante o período de estágio foi possível desenvolver uma vasta diversidade de trabalhos, sendo cada um deles analisado e avaliado ao pormenor, de modo a obter as conclusões e recomendações mais adequadas à situação em estudo. Todas as ações realizadas foram suportadas pelas metodologias e procedimentos necessários ao seu desenvolvimento.

A realização deste estágio tornou-se numa experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional como pessoal, uma vez que, permitiu a concretização do objetivo principal deste trabalho, a conclusão do mestrado, a consolidação de conhecimentos adquiridos anteriormente e aquisição de outros igualmente importantes e, também uma das razões pela escolha do estágio, o contacto real com o mercado de trabalho, neste caso, a área da saúde.

A realização deste relatório foi suportada em pesquisas na internet, livros, repositório, legislação, documentação interna da entidade, revistas, publicações online e, principalmente, ao conhecimento adquirido ao longo da parte não letiva.

Por último, importa referir que os objetivos fixados no plano de estágio foram alcançados com sucesso e também superaram as expectativas formuladas no início do estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS, IP (2007), Manual de Auditoria Interna, *PriceWaterhous &Coopers*;

ACSS, IP (2018), disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/>

Almeida, B. (2017), *Manual de Auditoria Financeira - Uma análise integrada baseada no risco*, 2ª edição revista e atualizada, Escolar Editora;

Barros & Cortella (2014), Conceito de Ética, acessado a 13 de setembro de 2018, disponível em https://www.suapesquisa.com/o_que_e/etica_conceito.htm

CHUC (n. d.), Centros de Referência do CHUC, acessado a 20 de outubro de 2018, disponível em <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centros-de-referencia.php>

CHUC (n. d.), Órgãos de apoio técnico do CHUC, acessado a 03 de outubro de 2018, disponível em <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/a93rgapoundos-de-apoio-taccnico.php>

CHUC (2012), Logotipo, acessado a 22 de outubro de 2018, disponível em <http://www.chuc.min-saude.pt/>

CHUC (2012), Regulamento Interno do CHUC, Doc. Interno

CHUC (2013), Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e Infrações Conexas, Doc. Interno

CHUC (2013), Regulamento do Sistema de Controlo de Comunicação de Irregularidades, Doc. Interno

CHUC (2013), Regulamento Interno do SAI, Doc. Interno

CHUC (2017), Relatório de Execução Financeira do 4º trimestre de 2017, Doc. Interno

CHUC (2017), Relatório e Contas de 2016 do CHUC, acessado a 04 de outubro de 2018, disponível em http://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2016/Relatorio_e_Contas_CHUC_2016.pdf

CHUC (2017), Relatório do Governo Societário de 2017, Doc. Interno

CHUC (2018), Relatório de Execução Financeira do 1º trimestre de 2018, Doc. Interno

CHUC (2018), Relatório de Execução Financeira do 2º trimestre de 2018, Doc. Interno

CHUC (2018), Circular Informativa nº 44/2018, acessado a 02 de outubro de 2018, disponível em http://www.chuc.min-saude.pt/media/CA/Circular_Informativa_nordm_44_2018.pdf

CHUC (2018), Órgãos sociais do CHUC, acessado a 22 de outubro de 2018, disponível em <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/a93rgapoundos-sociais.php>

COSO (2004), Evolução dos Cubos do COSO, acessado a 29 de outubro de 2018, disponível em <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM-Executive-Summary.pdf>

COSO (2013), Controlo Interno, acessado a 28 de outubro de 2018, disponível em http://www.auditoria.mpu.mp.br/bases/legislacao/COSO-I-ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf

COSO (2017), *Enterprise Risk Management*, acessado a 24 de setembro de 2018, disponível em <https://www.coso.org/Documents/2017-COSO-ERM-Integrating-with-Strategy-and-Performance-Executive-Summary.pdf>

CPC (2009), Recomendações do CPC (2018), acessado a 18 de outubro de 2018, disponível em http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/recomendacoes_cpc.html

Cruz (2012), Curso Auditoria Interna na Saúde do IPAI

GCCI (2012), acessado a 10 de outubro de 2018, disponível em <http://www.igas.min-saude.pt/category/controlo-interno/>

IIA (2017), Normas para a Prática Profissional de Auditoria Interna IIA, acessado a 16 de outubro de 2018, disponível em <https://na.theiia.org/standards-guidance/mandatory-guidance/Pages/Standards.aspx> e versão portuguesa do IPAI (2017), acessado a 09 de outubro de 2018, disponível em <http://www.ipai.pt/gca/index.php?id=58>

IPAI (2014), XII: Conferência Anual – Auditoria Interna: Controlo Interno e Governação, acessado a 16 de outubro de 2018, disponível em http://www.ipai.pt/fotos/gca/201411_ipai_coso_icf_2013_vfinal_1416586714_1502735_946.pdf

ISO (2018), ISO – 31000:2018, acessado em 19 de outubro de 2018, disponível em http://www1.ipq.pt/PT/Normalizacao/FerramentasPME/Documents/Brochura_31000_a_bril_2018.pdf

Pinheiro, J. (2014), *Auditoria Interna - Manual Prático para Auditores Internos*, 3ª edição, Rei dos Livros;

Marçal, N. & Marques, F. (2011), *Manual de Auditoria e Controlo Interno no Setor Público*, Edições Sílabo

Morais, G. & Martins, I. (2013), *Auditoria Interna – Função e Processo*, 4ª edição atualizada e profundamente remodelada, Áreas Editora;

SNS (2018), disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-e-universitario-de-coimbra-epe/>

Toga, Andreia (2015), pp. 45 e 46, *A importância da Auditoria Interna na Saúde*, acessado em 30/10/2018, disponível em <https://pt.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/a-importncia-da-auditoria-interna-na-sade>

TCP (1999), *Manual de Auditoria e Procedimentos*

UTAM (2017), *Manual para a elaboração do RGS 2017*, acessado a 20 de outubro de 2018, disponível em <http://www.utam.pt/publicacoes/Manual%20para%20a%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20do%20RGS%202017.pdf>

UTAM (2018), *Instruções sobre a elaboração dos IPG (2018)*, acessado a 20 de outubro de 2018, disponível em <http://www.utam.pt/publicacoes/Instru%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20a%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20dos%20IPG%202018%20das%20EPR%20Of%C3%ADcio-Circular%203708%20de%2007AGO2017.pdf>

Legislação:

Decreto-Lei nº 27/2002, de 8 de novembro – Regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo;

Decreto-Lei nº 188/2003, de 20 de agosto – Regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo;

Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, do Ministério da Saúde – Regime jurídico e estatutos das unidades de saúde de entidades públicas empresariais

Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março – Estatuto do Gestor Público

Decreto-Lei nº 133/2013, de 03 de outubro – Regime Jurídico do Setor Público Empresarial

Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, do Ministério da Saúde - Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo

Portaria nº 82/2014, de 10 de abril, do Ministério da Saúde - Critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE I: ÓRGÃOS DE APOIO TÉCNICO

Órgãos de apoio técnico obrigatório	Comissão de Controlo da Infeção
	Comissão de Ética
	Comissão de Farmácia e Terapêutica
	Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
Órgãos permanentes de apoio técnico	Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência
	Comissão de Trauma
	Comissão de Coordenação Oncológica
	Comissão de Enfermagem ou Componente Não Executiva da Direção de Enfermagem
	Comissão de informática
	Comissão de Normalização de Materiais e Equipamentos Clínicos
	Comissão de Proteção Radiológica
	Comissão Médica
	Comissão Técnica de Certificação de Condição para a Interrupção de Gravidez
	Conselho de Transplantação de Órgãos e Tecidos
	Direção do Internato Médico
	Comissão de Gestão do Património Histórico e Artístico
Serviço de Auditoria Interna	

Fonte: Elaboração própria com base no *website* do CHUC

APÊNDICE II: ESTRUTURA DE GESTÃO

Unidade de Gestão Intermédia	UGI Cirúrgica 1
	UGI Cirúrgica 2
	UGI Cirúrgica 3
	UGI Médica 1
	UGI Médica 2
	UGI Meio Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
	UGI Pediátrica
	UGI Saúde Materno Fetal
	UGI Urgência e Cuidados Intensivos
Centros de Responsabilidade Integrada	Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos
	Oftalmologia
	Psiquiatria

Fonte: Elaboração própria com base no *website* do CHUC

APÊNDICE III: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Ação Médica	Serviços de Ação Médica
	Unidades Funcionais Autónomas Unidade de Transplantação Hepática de Adultos e de Crianças
	Outros Serviços de Ação Médica e Unidades Partilhadas
Suporte à Prestação de Cuidados	Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa
	Serviço de Saúde Ocupacional
	Serviços Farmacêuticos
	Serviço Social
	Serviço de Esterilização
	Unidade de Nutrição e Dietética
	Unidade de Psicologia Clínica
	Unidade Hospitalar de Inscritos para Cirurgia
	Unidade Hospitalar de Gestão do Acesso À 1ª Consulta
	Gabinete do Cidadão
	Equipa de Gestão de Altas
Equipa Intra - Hospitalar de cuidados Paliativos	
Apoio à Gestão e Logística	Serviço de Aprovisionamento
	Serviço de Documentação
	Serviço de Gestão de Doentes
	Serviço de Gestão de Recursos Humanos
	Serviço de Instalação e Equipamentos
	Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação
	Serviços Financeiros
	Serviços Hoteleiros
	Gabinete de Codificação Clínica
	Gabinete de Comunicação, Informação e Relação Públicas
	Gabinete de Gestão de projetos e Investimento
	Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão
	Gabinete da Qualidade
	Gabinete jurídico e Contencioso
Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento	Centro de formação
	Unidade de Inovação e Desenvolvimento
	Centro Simulação Biomédica

Fonte: Elaboração própria com base no *website* do CHUC

APÊNDICE IV: DISTRIBUIÇÃO DE PELOUROS

Membros do CA	Pelouros
Fernando de Jesus Regateiro	<ul style="list-style-type: none">✓ Área da formação, aperfeiçoamento profissional e documentação;✓ Das relações externas e da cooperação institucional;✓ Do ensino e da investigação;✓ Gabinete da comunicação e relações públicas;✓ Gabinete do cidadão;✓ Gabinete jurídico e contencioso;✓ Serviço de Auditoria Interna.
Carlos Santos	<ul style="list-style-type: none">✓ Serviço de aprovisionamento;✓ Serviço de gestão de recursos humanos;✓ Serviços farmacêuticos;✓ Serviços financeiros;
Manuela Mota Pinto	<ul style="list-style-type: none">✓ Serviço de instalações e equipamentos;✓ Serviços de gestão de doentes;✓ Serviços de tecnologias e sistemas de informação✓ Gabinete de planeamento e controlo de gestão✓ Serviços hoteleiros;✓ Serviço social.

Fonte: Portal interno do CHUC

ANEXOS

ANEXO I: CIRCULAR INFORMATIVA Nº 43/2018



Conselho de Administração
Circular Informativa

Página 1 de 1

NÚMERO: 44/2018

DATA: 12 de julho de 2018

ASSUNTO: **Deliberação "Atribuição de competências pelos membros do Conselho de Administração do CHUC, EPE"**

PALAVRAS-CHAVE: deliberação; conselho administração; competências

Deliberação do Conselho de Administração, de 12.07.2018:

Deliberação Atribuição de competências

Tendo presentes as competências previstas nos Estatutos do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, para o presidente do conselho de administração (artigo 8º), para o diretor clínico (artigo 9º) e para o enfermeiro-diretor (artigo 10º), o conselho de administração delibera ainda:

- 1 – Delegar no presidente e vogais as competências necessárias à prática dos atos de gestão corrente dirigida ao regular funcionamento da instituição dos pelouros atribuídos, bem como:
 - a) Delegar no presidente do conselho de administração, Prof. Doutor Fernando Regateiro competência para:
 - Autorizar despesas de locação e aquisição de bens e serviços até ao montante de 500 000 EUR, sem IVA incluído, para posterior desenvolvimento concursal, no âmbito legal;
 - Outorgar contratos com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. e assiná-los em representação do conselho de administração;
 - Exercer as responsabilidades e competências inerentes aos pelouros dos vogais na ausência ou impedimento destes.
 - b) Delegar nos vogais Dra. Manuela Mota Pinto, Dr. Carlos Santos, Dr. Francisco Parente – Diretor Clínico e Enf.ª Áurea Andrade – Enfermeira Diretora, os poderes para, no âmbito de atos de gestão corrente dirigida ao regular funcionamento da instituição correspondentes aos respetivos pelouros, praticarem as competências necessárias à realização de despesas de locação e aquisição de bens e serviços até ao montante de 300 000 EUR, sem IVA incluído, para posterior desenvolvimento concursal, no âmbito legal.
- 2 – As competências do presidente do conselho de administração, nas suas ausências ou impedimentos, serão exercidas pela vogal executiva, Dra. Manuela Mota Pinto, pelo vogal executivo Dr. Carlos Santos, pelo Diretor Clínico, Dr. Francisco Parente, e pela Enfermeira Diretora, Enf.ª Áurea Andrade, por esta respetiva ordem na ausência ou impedimento do vogal que o precede.
- 3 – Os membros do conselho de administração podem subdelegar no pessoal de direção e chefia as competências atribuídas, nos termos do artigo 46º do Código do Procedimento Administrativo, com exceção das previstas no artigo 45º.
- 4 – As competências delegadas e subdelegadas podem ser avocadas a todo o tempo.
- 5 – A presente deliberação produz efeitos a 25 de junho de 2018, ficando por este meio ratificados todos os atos entretanto praticados no âmbito dos poderes agora atribuídos.

O Conselho de Administração.



IM-34.00 – Janeiro 2018 – Conselho de Administração



ANEXO III: CONTRATO PROGRAMA DE 2016

**CENTRO HOSPITALAR
E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA E.P.E.**



RELATÓRIO E CONTAS ANO 2016

Approved.
27/4.2017
[Signature]
[Signature]



CHUC - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. nº 2322/17 C.A.
Origem
Data: 27/4/2017

CAPÍTULO VI – CUMPRIMENTO DAS ORIENTAÇÕES LEGAIS

1. Objetivos de gestão

O Contrato-Programa para o ano 2016, celebrado entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, tem por objeto a definição dos objetivos do plano de atividades do Centro Hospitalar para esse período, no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde.

Salienta-se que os princípios do enquadramento económico e de atividade global no exercício de 2016, enquanto referência do Plano Estratégico e do Contrato-Programa para 2016, foram estabelecidos por orientação da ACSS através do documento “Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos”, com data de julho de 2014.

No quadro que se segue apresenta-se o acompanhamento da produção realizada em sede de Contrato-Programa do ano 2016, seguido do acompanhamento dos objetivos de qualidade e eficiência a ele associados.

Acompanhamento da produção contratualizada em sede de Contrato-Programa - Ano 2016

Contrato-Programa do Ano 2016						Acompanhamento da produção contratualizada em sede de Contrato-Programa do Ano 2016		
Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE			Contratualização: Anexo CP Período Análise: Ano 2016			Realizado Ano 2016 Quantidade (SNS)	Taxa de execução Quantidade (SNS)	
Contrato-Programa do Ano 2016	ICM	Doentes Equivalentes N.º %	Preço Unitário (Euros)	Quantidade (SNS)	Valor (Euros)			
1. Consultas Externas:								
N.º de 1.ª consultas médicas (s/ majoração)			68,02 €	167.000	11.359.340,00 €	165.311	99,0%	
N.º de 1.ª consultas referenciadas (CTH)			74,82 €	55.000	4.115.100,00 €	56.382	102,5%	
N.º de 1.ª consultas (Telemedicina)			74,82 €	2.100	157.122,00 €	2.619	124,7%	
N.º de 1.ª consultas na Comunidade (Saúde municipal)			74,82 €	600	44.892,00 €	634	105,7%	
N.º de consultas subsequentes médicas			68,02 €	674.175	45.857.383,50 €	669.387	99,3%	
N.º de consultas subsequentes (Telemedicina)			74,82 €	1.480	110.733,50 €	1.306	88,2%	
N.º de consultas subsequentes na Comunidade			74,82 €	3.080	230.445,60 €	3.736	103,1%	
Valor Total das Consultas					61.875.016,70 €			
2. Internamento:								
Doentes Saldos (GDH's, inclui Berçário)								
GDH Médicos	1,067	38.900	95,85%	2.285,00 €	40.584	94.841.895,00 €	40.657	100,2%
GDH Cirúrgicos	1,067	16.585	95,85%	2.285,00 €	17.303	40.435.807,58 €	16.108	93,1%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1,067	6.805	95,85%	2.170,75 €	7.100	15.761.674,65 €	7.123	100,4%
Dias de Internamento de Doentes Crónicos								
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital			70,75 €	2.710	191.732,50 €	5.147	189,9%	
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Exterior (Ordens Religiosas)			39,17 €	126.000	4.935.420,00 €	121.408	96,4%	
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Exterior (Outras Inst.)			39,17 €	36.820	1.442.239,40 €	33.617	91,3%	
Doentes de Reabilitação Psicossocial			39,17 €	5.760	225.619,20 €	4.302	74,7%	
Valor Total do Internamento					157.834.386,83 €			
3. Ambulatório								
Episódios de GDH de Ambulatório								
GDH Cirúrgicos	0,6391	-	-	2.285,00 €	20.140	29.411.318,09 €	70.386	102,2%
GDH Médicos	0,2251	-	-	2.285,00 €	19.520	10.040.180,27 €	22.945	117,5%
Valor Total dos GDH de Ambulatório						39.451.498,41 €		
4. Urgências								
Atendimentos (Sem Internamentos de Urgência)			1744€/170,00 U. eq.	230.752	23.025.200,00 €	249.609	108,2%	
Valor Total dos Atendimentos Urgentes						23.025.200,00 €		

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, E.P.E.

RELATÓRIO E CONTAS 2016

Contrato/Programa do Ano 2016	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade (SNS)	Valor (Euros)	Realizado Ano 2016 Quantidade (SNS)	Taxa de execução Quantidade (SNS)
		N.º	%					
5. Sessões em Hospital de Dia								
Base				20,14 €	41.440	834.601,60 €	38.121	92,0%
Hematologia				293,52 €	4.504	1.322.014,08 €	4.454	98,9%
Imuno-Hemoterapia				293,52 €	3.546	1.040.821,92 €	4.212	118,8%
Psiquiatria				30,49 €	9.986	304.473,14 €	10.971	109,9%
Psiquiatria - Unidades Socio-Ocupacionais				30,49 €	6.800	207.332,00 €	4.958	72,9%
Valor Total do Hospital de Dia						3.709.242,74 €		
6. Programas de Gestão da Doença Crónica								
VIH/SIDA (doentes em TARC)				9.165,60 €	1.860	17.048.016,00 €	1.987	106,8%
Hipertensão Arterial Pulmonar - doentes em tratamento								
Pre tratamento/seguinte 1.º ano				8.408,28 €	12	100.899,36 €	20	166,7%
Seguinte após 1.º ano CF III				22.559,36 €	45	1.015.000,20 €	68	151,1%
Seguinte após 1.º ano CF IV				162.963,40 €	35	5.689.719,00 €	39	111,4%
Esclerose Múltipla - doentes em terapêutica modificadora				12.379,80 €	600	7.427.880,00 €	702	117,0%
Tratamento de doentes c/ patologia oncológica								
Cancro da mama (1.º ano)				11.148,96 €	210	2.341.281,60 €	336	160,2%
Cancro da mama (2.º ano)				4.821,84 €	130	626.839,20 €	286	220,2%
Cancro do colon e reto (1.º ano)				13.236,72 €	235	3.110.629,20 €	379	161,3%
Cancro do colon e reto (2.º ano)				4.957,08 €	130	644.420,40 €	331	254,8%
Cancro do colo do útero (1.º ano)				10.630,80 €	28	297.662,40 €	19	67,9%
Cancro do colo do útero (2.º ano)				2.530,68 €	18	45.552,24 €	21	116,7%
Telemonitorização DPOC								
N.º de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				2.053,09 €	15	30.796,35 €	15	
Telemonitorização EAM								
Elementos de Telemonitorização				3.390,17 €	15	50.852,55 €	15	100,0%
N.º de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				1.341,96 €	15	20.179,40 €	15	100,0%
Telemonitorização ICC								
Elementos de Telemonitorização				1.620,17 €	15	24.302,55 €	15	100,0%
N.º de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				1.341,96 €	15	20.179,40 €	15	100,0%
Doenças Lisossomais de Sobre Carga (doentes em tratamento/equivalente ano)								
Doença de Gaucher				190.617,10 €	6	1.143.702,60 €	6	100,0%
Doença de Fabry				158.684,84 €	2	317.369,68 €	2	100,0%
Doença de Hurler				193.797,41 €	3	581.392,23 €	3	100,0%
Doença de Maroteaux-Lamy				348.668,83 €	3	1.046.006,49 €	3	100,0%
Doença de Pompe				244.106,20 €	1	244.106,20 €	4	406,0%
7. PMA - Diagnóstico e tratamento da infertilidade								
Consultas de Apoio à Fertilidade				88,32 €	1.400	123.648,00 €	1.163	83,1%
Induções da Ovulação (IO)				132,48 €	150	19.872,00 €	209	139,3%
Insominações Intra-Uterinas (IUI)				335,04 €	100	33.504,00 €	185	185,0%
Fertilizações In Vitro (FIV)				2.097,60 €	250	524.400,00 €	317	126,8%
Injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides (ICSI)				2.307,84 €	250	576.960,00 €	273	109,2%
Inj. Intra-Citos. Esperm. recolhidos cirurgicamente (ICSI c/ recolha cirúrgica)				2.936,64 €	25	73.416,00 €	24	96,0%
8. Saúde Sexual e Reprodutiva								
LV.G. (até 10 semanas)								
Medicamentosas (n.º V.G.)				783,10 €	624	1.76.654,40 €	512	82,1%
Cirúrgica (n.º V.G.)				368,61 €	4	1.474,44 €	1	25,0%
Diagnóstico Pré-Natal								
Protocolos I				37,72 €	1.702	64.199,44 €	1.831	107,6%
Protocolos II				64,61 €	1.582	102.213,02 €	1.617	102,3%
9. Sessões de Radioterapia								
Tratamentos simples				104,53 €	17.600	1.839.728,00 €	15.218	86,5%
Tratamentos complexos				250,92 €	5.000	1.254.600,00 €	8.836	177,1%
10. Implantes Cocleares								
Implante coclear unilateral				18.750,00 €	63	1.181.250,00 €	20	31,7%
Implante coclear bilateral				37.500,00 €	23	747.500,00 €	61	265,2%
11. Serviços Domiciliares								
				37,99 €	8.100	307.719,00 €	7.387	91,2%
12. Outros:								
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório						9.948.536,00 €	14.446.098,35 €	145,2%
Formação de Internos						3.657.427,20 €	3.657.427,20 €	100,0%
Valor da Produção Contratada						348.355.133,23 €	-	-
Incentivos Institucionais						18.334.480,70 €	-	-
Valor Total do Contrato						366.689.613,93 €		

RELATÓRIO E CONTAS - ANO 2016 - PÁGINA 73

<http://www.chuc.min->

saude.pt/media/relatorios_contas/2016/Relatorio_e_Contas_CHUC_2016.pdf

ANEXO IV: MODELO DO PLANO DE AUDITORIA



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Auditoria ...

PLANO DE AUDITORIA

NATUREZA	
SERVIÇOS/ÁREAS/ PROCESSOS AUDITADOS	
ÂMBITO	
OBJETIVOS	
REFERÊNCIAS	
EQUIPA	
OPINIÃO DOS AUDITADOS	
TEMPO PREVISTO DE REALIZAÇÃO	

ANEXO V: MODELO DO PROGRAMA DE AUDITORIA

 <p>CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA</p> <p>Serviço Auditoria Interna</p>	<p>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE</p> <p>Programa de trabalho – Auditoria...</p>
--	---

Objetivo	Técnicas de verificação	Testes	Elementos a solicitar/verificar	Serviço

ANEXO VI: MODELO DA FICHA DE MERCADOS PÚBLICOS



CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

SERVIÇO AUDITORIA INTERNA

CONTRATAÇÃO PÚBLICA

FICHA DE VERIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

CHECK LIST

I. ELEMENTOS DA AUDITORIA

Identificação :	
Objetivos:	
Entidade/Serviço Auditada:	

II. ELEMENTOS DA CONTRATAÇÃO PÚBLICA AJUSTE DIRETO SIMPLIFICADO

Contrato

Objeto do Contrato:	
Valor do contrato:	
Identificação do Adjudicatário:	
Data do Contrato	
Prazo do Contrato	



II.1 ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS PRÉ-CONTRATUAIS

		Sim	Não	N.A.	Informações/ Documentos	Observações
1.	Existe uma decisão juridicamente válida a autorizar a abertura do procedimento (decisão de contratar), procedimento a seguir e a realização da despesa?					
2.	No caso de o procedimento ter sido escolhido em função de critério material, existe fundamentação legal e factual que justifique adequadamente a escolha do mesmo?					
3.	A obra, fornecimento ou serviço a contratar constitui uma prestação única? Esgota-se neste procedimento?					
4.	No caso de não constituir uma prestação única, para o efeito de qual lei foi feita a					
	A empreitada de obras públicas, locação ou fornecimento de bens ou prestação de serviços pertence a um grupo de contratos que foram artificialmente fracionados?					
5.	Existe uma descrição suficiente do objeto do procedimento no caderno de encargos?					
6.	O caderno de encargos do procedimento de formação do contrato de empreitada de obras públicas integrou os elementos indicados na lei?					
7.	Foram convidadas entidades relativamente às quais a entidade adjudicante já tenha adjudicado, no ano económico em curso e nos dois anos económicos anteriores, na sequência de ajuste direto adotado nos termos do disposto na alínea a) do artº 19º, na alínea a) do nº 1 do artº 20º ou na alínea a) do nº 1 do artº 21º do DL nº 18/2008, de 29 Jan., consoante os casos.					
8.	Foram convidadas entidades que tenham executado obras, fornecido bens móveis ou prestado serviços à entidade adjudicante, a título gratuito, no ano económico em curso ou nos dois anos económicos anteriores?					
9.	Foi respeitada a limitação quanto às entidades convidadas para apresentar proposta?					
10.	O prazo de vigência não tem duração superior a um ano a contar da decisão de adjudicação?					
11.	Foi fixado preço base no Caderno de Encargos? Em caso afirmativo indicar qual.					
12.	O critério de adjudicação, respetivos fatores e subfatores, encontram-se devidamente explicitados nas peças do procedimento?					
13.	O critério de adjudicação foi : a) O da proposta economicamente mais vantajosa, implicando a ponderação de fatores e subfatores previamente fixados conforme legalmente estipulado; b) O preço mais baixo?					
14.	No caso de ter sido adotado o critério da proposta economicamente mais vantajosa os fatores e eventuais sub-fatores que densificam o critério de adjudicação abrangem todos e apenas os aspetos da execução do contrato submetidos à concorrência pelo caderno de encargos?					



CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

		Sim	Não	N.A.	Informações/ Documentos	Observações
15.	Foi realizada audiência prévia dos interessados?					
16.	Existe análise e decisão das eventuais reclamações apresentadas pelos concorrentes?					
17.	Foi elaborado relatório final fundamentado da análise das propostas?					
18.	Existe uma decisão juridicamente válida (despacho/deliberação) de adjudicação?					
19.	Foi realizada a notificação da decisão de adjudicação a todos os concorrentes (escolhidos e preteridos)?					
20.	Foi prestada caução para garantia do contrato (quando exigida)?					
21.	Foi celebrado contrato escrito ? Quando exigido ou não dispensado?	X				
22.	A celebração de contrato precedido do procedimento de ajuste direto (regime geral) foi publicitada no portal da internet dedicado aos contratos públicos (www.base.gov.pt), através de ficha conforme o respetivo modelo constante do anexo III dp CCP?					
23.	O prazo de vigência do contrato é superior a 3 anos?					
24.	Em caso afirmativo fundamentar nos termos da lei.					
25.	Indicar o desvio percentual entre o valor estimado do contrato e o valor da adjudicação.					

II.2 EXECUÇÃO DO CONTRATO

		Sim	Não	N.A.	Informações/ Documentos	Observações
1.	Houve lugar a execução do contrato antes de decorrido o prazo de 10 dias a contar da data da decisão de adjudicação e/ou antes da apresentação dos documentos de habilitação?					
2.	Foram celebrados contratos adicionais por ajuste direto, encontrando-se os respetivos trabalhos/serviços previstos no contrato inicial e/ou nas respetivas peças do procedimento, nomeadamente no programa do procedimento ou caderno de encargos?					
3.	São trabalhos/serviços complementares cuja espécie ou quantidade não consta do projeto inicialmente adjudicado ou do contrato inicial celebrado?					
4.	São trabalhos a mais que se destinam à realização da mesma empreitada inicialmente adjudicada / dos mesmos serviços descritos no projeto ou no contrato inicial?					
5.	São trabalhos/serviços que se tomaram necessários na sequência de circunstâncias imprevistas , ou seja, tomaram-se necessários porque ?					
	a) Houve uma alteração factual relacionada com a execução da obra?					
	b) Possibilidade da ocorrência de novas circunstâncias não previstas pela entidade adjudicante porque não eram previsíveis no momento da elaboração do projecto?					
6.	Os trabalhos/serviços a mais foram adjudicados ao mesmo adjudicatário da empreitada inicial/dos serviços iniciais?					



CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

	Sim	Não	N.A.	Informações/ Documentos	Observações
7. Houve revisão de preços de acordo com o legalmente estabelecido ou com a respetiva cláusula contratual-empitada de obras públicas?					
8. Foram autorizadas prorrogações do prazo - empreitada de obras públicas/prestações de serviços e locação ou fornecimento de bens?					
9. As medições dos trabalhos executados ocorreram nos termos da lei e foram elaborados os respetivos autos?					
10. Trabalhos/serviços a mais e a menos - Indicar:					
Valor inicial do contrato (€)					
Valor total dos trabalhos/serviços a mais (€)					
Valor total dos trabalhos/serviços a menos (€)					
Valor percentual dos trabalhos/serviços a mais face ao valor inicial do contrato (%)					
Valor percentual dos trabalhos/serviços a menos face ao valor inicial do contrato (%)					
11. Os trabalhos/serviços foram adjudicados ao mesmo adjudicatário da empreitada inicial/dos serviços iniciais?					
12. O contrato inicial foi modificado?					

II.3 OBSERVAÇÕES

Data: ___ / ___ / _____

Assinatura _____

ANEXO VII: PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS



Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

(incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas e gestão de conflitos de interesses)

Dezembro de 2013

Conteúdo

Siglas.....	3
Introdução.....	4
PARTE I - Caracterização do CHUC.....	6
1. Missão	6
2. Visão	6
3. Valores e princípios.....	6
4. Atribuições, estratégias e objetivos	7
5. Área de influência e referenciação.....	8
6. Estrutura orgânica	10
7. Recursos humanos.....	13
Parte II - Identificação dos riscos	14
1. Conceito de risco e gestão de Risco	14
2. Fatores de risco	15
3. Os riscos e a legislação.....	15
4. Funções e responsabilidades dos intervenientes	17
5. Áreas de risco.....	18
Parte III – Identificação das medidas de prevenção de riscos	19
Parte IV - Gestão de conflitos de interesses	50
1. Enquadramento	50
2. Conceito.....	50
3. Legislação	51
4. Prevenção de conflitos de interesses	52
Parte V – Divulgação, acompanhamento, avaliação e atualização do plano.....	56
1. Divulgação do PGR.....	56
2. Acompanhamento, avaliação e divulgação do PGR.....	56
Referências bibliográficas.....	59
Anexos	61
Organograma do CHUC.....	61

Introdução

O Conselho de Prevenção da Corrupção foi criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 setembro e tem como objeto o desenvolvimento de uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Em 1 de julho de 2009, o CPC aprovou a Recomendação n.º 1/2009, publicada no DR, 2ª série, n.º 140, de 22/07/2009, sobre os planos de gestão de corrupção e infrações conexas, estabelecendo, no seu ponto 1, que *“os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar Planos de gestão de risco de corrupção e infrações conexas.”*

Em 7 de novembro de 2012, o CPC aprova a Recomendação n.º 5/2012, publicada no DR, 2ª série, n.º 219, de 13/11/2012 que prevê, que *“as entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais”*.

Por outro lado, o novo regime jurídico do setor público empresarial do estado, a que se refere o Decreto-Lei n.º 133/2013 do Ministério das Finanças, publicado no DR, 1.ª série — N.º 191 — 3/10/2013, no seu artigo 46.º, vem reforçar a necessidade do cumprimento da legislação e regulamentação em vigor, relativas à prevenção da corrupção, bem como a sua publicitação, no sítio na Internet da Unidade Técnica, em obediência ao princípio da transparência.

Para o cumprimento destas recomendações e no decurso de metodologias internacionalmente aceites sobre a gestão de risco, das quais destacamos o COSO, optou-se por estabelecer um plano mais amplo do que o inicialmente recomendado pelo CPC, que pudesse incluir, além dos riscos de corrupção e infrações conexas, os riscos de gestão mais relevantes, em consonância com a metodologia de gestão de risco recomendada pela ACSS, IP.

É ainda de salientar o complexo e diversificado processo de fusão hospitalar em curso, contextualizado com a homologação do regulamento interno da instituição, que ocorreu em 20/12/2012 e que condicionou as nomeações dos responsáveis, pelo que, só a partir daquele momento foi possível avançar com os trabalhos relacionados com a elaboração

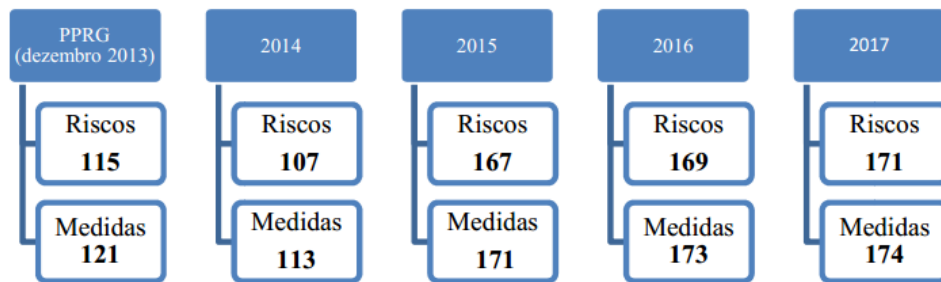
do PGR. Por esse motivo, ainda não foi possível estender o seu âmbito a todas as áreas, sendo as referentes, nomeadamente, codificação clínica, formação ou o setor da logística, se prevêem incluir numa futura revisão do Plano.

Este é acima de tudo um trabalho que se pretende contínuo, quer no que concerne à identificação dos riscos, quer no que respeita às medidas de prevenção de riscos e da qual dependerá, como sempre, do profissionalismo e dedicação dos funcionários e colaboradores do CHUC.

O presente documento estrutura-se nas seguintes partes:

- Parte I - Caracterização do CHUC;
- Parte II - Identificação dos riscos;
- Parte III – Identificação de medidas de prevenção de riscos;
- Parte IV – Gestão de conflitos de interesses;
- Parte V – Divulgação, acompanhamento, avaliação e atualização do plano.

ANEXO VIII: RISCOS E MEDIDAS DE RESPOSTA AO RISCO



ANEXO IX: EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE RESPOSTA AO RISCO

Estado das medidas	2016		2017		Var. 2016/2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Implementadas	52	30,1%	68	39,1%	16	30,8%
Em execução	85	49,1%	87	50,0%	2	2,4%
Não implementadas	36	20,8%	19	10,9%	-17	-47,2%
SOMA	173	100%	174	100%	1	0,6%

ANEXO X: FICHA TÉCNICA – REF 4º TRIMESTRE DE 2017

FICHA TÉCNICA	
Áreas Funcionais envolvidas	Serviços Financeiros e Serviço de Auditoria Interna.
Âmbito	Despacho n.º 7709-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 111, de 9/06 e Circulares Normativas nº14/2016/GAI/ACSS de 01/07 e nº 20/2016/ACSS, de 12/10.
Referencial Contabilístico aplicável	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aprovado pela Portaria nº 898/2000, de 28 de setembro.
Âmbito temporal	Trimestral (4º trimestre de 2017).
Objetivos	<ol style="list-style-type: none">I. Cumprir o nº 1 do Despacho nº 7709-B/2016 de 9/06, do Senhor Secretário de Estado da Saúde;II. Analisar os mapas de execução orçamental relativos ao 4º trimestre de 2017;III. Identificar e analisar os desvios à execução orçamental no período em análise;IV. Analisar a evolução dos fundos disponíveis e dos pagamentos em atraso neste período;V. Apresentar conclusões e recomendações resultantes do trabalho realizado.
Metodologia	Análise dos balancetes de dezembro (2016 e 2017), Execução Orçamental da Despesa e da Receita carregada no SIGO (DGO), Relatório e Contas de 2017, Relatório de Execução Orçamental do 4º Trimestre de 2017 e demais elementos recolhidos juntos dos Serviços Financeiros. Sucintamente, foram analisadas as Demonstrações Financeiras (Balanço, Demonstração de Resultados e Demonstração de Fluxos de Caixa), reportes dos Fundos Disponíveis (DGO) e dos Pagamentos em atraso (DGTF).
Ciclo de realização	janeiro a dezembro de 2017 (valores acumulados) e período homólogo.
Identificação do responsável pela sua elaboração	Fernando Cravo, Diretor do Serviço de Auditoria Interna.
Articulação com o Fiscal Único	O Fiscal Único e o Suplente cessaram funções em 06/12/2017, por renúncia ao cargo, pelo que não existiu articulação.

ANEXO XI: FICHA TÉCNICA – REF 1º TRIMESTRE DE 2018

FICHA TÉCNICA	
Áreas Funcionais envolvidas	Serviços Financeiros e Serviço de Auditoria Interna.
Âmbito	Despacho n.º 7709-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 111, de 9/06 e Circulares Normativas nº14/2016/GAI/ACSS de 01/07 e nº 20/2016/ACSS, de 12/10.
Referencial Contabilístico aplicável	SNC -AP
Âmbito temporal	Trimestral (1º trimestre de 2018).
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> I. Cumprir o n.º 1 do Despacho nº 7709-B/2016 de 9/06, do Senhor Secretário de Estado da Saúde; II. Analisar os mapas de execução orçamental relativos ao 1º trimestre de 2018; III. Identificar e analisar os desvios à execução orçamental no período em análise; IV. Analisar a evolução dos fundos disponíveis e dos pagamentos em atraso neste período; V. Apresentar conclusões e recomendações resultantes do trabalho realizado.
Metodologia	Análise dos mapas de execução orçamental da despesa e da receita carregados no SIGO (DGO), versão provisória do Contrato-Programa de 2018 (disponibilizada em 17/05/2018) e demais informação contabilística disponibilizada pelos Serviços Financeiros, com as limitações referidas no ponto 3 deste relatório.
Ciclo de realização	janeiro a março de 2018 (valores acumulados) e período homólogo.
Identificação do responsável pela sua elaboração	Fernando Cravo, Diretor do Serviço de Auditoria Interna.
Articulação com o Fiscal Único	O Fiscal Único e o Suplente cessaram funções em 06/12/2017, por renúncia ao cargo, pelo que não existiu articulação.

ANEXO XII: FICHA TÉCNICA – REF 2º TRIMESTRE DE 2018

FICHA TÉCNICA	
Áreas Funcionais envolvidas	Serviços Financeiros e Serviço de Auditoria Interna.
Âmbito	Despacho n.º 7709-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 111, de 9/06 e Circulares Normativas nº14/2016/GAI/ACSS de 01/07 e nº 20/2016/ACSS, de 12/10.
Referencial Contabilístico aplicável	SNC -AP
Âmbito temporal	Trimestral (2º trimestre de 2018).
Objetivos	<ol style="list-style-type: none">I. Cumprir o nº 1 do Despacho nº 7709-B/2016 de 9/06, do Senhor Secretário de Estado da Saúde;II. Analisar os mapas de execução orçamental relativos ao 1º trimestre de 2018;III. Identificar e analisar os desvios à execução orçamental no período em análise;IV. Analisar a evolução dos fundos disponíveis e dos pagamentos em atraso neste período;V. Apresentar conclusões e recomendações resultantes do trabalho realizado.
Metodologia	Análise dos mapas de execução orçamental da despesa e da receita carregados no SIGO (DGO), versão provisória do Contrato-Programa de 2018 (disponibilizada em 08/05/2018) e demais informação contabilística disponibilizada pelos Serviços Financeiros, com as limitações referidas no ponto 3 deste relatório.
Ciclo de realização	janeiro a junho de 2018 (valores acumulados) e período homólogo.
Identificação do responsável pela sua elaboração	Fernando Cravo, Diretor do Serviço de Auditoria Interna.
Articulação com o Fiscal Único	O Fiscal Único e o Suplente cessaram funções em 06/12/2017, por renúncia ao cargo, pelo que não existiu articulação.