

PROAD 535/2022

RELATÓRIO DE AUDITORIA PARA AVALIAR OS CONTROLES INTERNOS DO SETOR DE SAÚDE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 19ª REGIÃO

MAIO/2022





RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 1/2022 - SAUD

1. INTRODUÇÃO

Em cumprimento ao disposto na Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 309/2021, bem como ao previsto no subitem 2 do item II do Anexo Único do Plano Anual de Ações de Controle para o exercício de 2022 (PAAC-2022), aprovado pelo Ato nº 134/GP/TRT19ª, de 9 de dezembro de 2021 (republicado pelo Ato nº 23/GP/TRT19ª, de 23 de março de 2022) , apresentamse os resultados da Auditoria para avaliar os controles internos do Setor de Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região, realizada no período de fevereiro a abril de 2022.

A fase de execução da auditoria teve início com o envio das Requisições de Documentos e Informações (RDI) nº 02, 03 e 04/2022 (documento nº 7), as quais possibilitaram, mediante suas respostas, conforme os documentos nº 33, 34 e 35, a obtenção de dados para o diagnóstico inicial da área a ser auditada.

As inconformidades, reunidas no Relatório de Fatos Apurados (documento nº 42), foram enviadas à Diretoria Geral (DG) deste Regional, para ciência, e à Secretaria de Gestão de Pessoas (SEGESP) e ao Setor de Saúde (SESAU), para conferir-lhes a oportunidade de se posicionar sobre as ocorrências identificadas e apresentarem um Plano de Ação, com propostas de ações a serem tomadas, a fim de dar cumprimento às recomendações indicadas. A partir da manifestação das respectivas unidades (documento nº 49), a equipe de auditores elaborou o presente relatório, fazendo constar os fatos que se confirmaram como Achados de Auditoria.

Salienta-se que, considerando o nível de abrangência, os controles classificam-se em nível de entidade, que são os controles mais abrangentes da organização, também mencionados na literatura especializada como *Entity-Level Control (ELC)*; e em nível de atividades, às vezes referidos na literatura como controles transacionais ou *Transation-Level Control (TLC)*, que são os controles que incidem direta ou indiretamente sobre atividades, operações, processos ou sistemas específicos. A avaliação dos controles internos em nível de entidade foi pautada nos critérios definidos pelo Comitê das Organizações Patrocinadoras (*The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*) – *COSO*, sendo esse modelo incorporado nas normas de boa governança INTOSAI GOV 9100 e 9130, da Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai), cujas técnicas têm como propósito verificar se os controles internos de uma organização estão adequadamente concebidos e se funcionam de maneira eficaz.

O modelo adotado nesta auditoria foi o Coso II, o qual descreve os elementos essenciais de um sistema de controle interno eficaz, voltado para gerenciamento de riscos. Tais elementos, no formato de uma matriz tridimensional (Figura 1), podem ser assim resumidos: a) Objetivos: estratégicos, operacionais, de comunicação e de conformidade (1ª dimensão do cubo); b) Objetos de controle: nível da organização ou de partes dela e em nível de atividades (2ª dimensão do cubo); c) Componentes: ambiente interno, fixação de objetivos, identificação de eventos, avaliação de riscos, resposta a risco, atividades de controle, informações e comunicações, e monitoramento (3ª dimensão do cubo).



Figura 1: Elementos do COSO II



Ademais, a face frontal da estrutura representa os componentes do gerenciamento de riscos, incorporando o sistema de controle interno, ou seja, aquilo que é necessário prover (os meios) para atingir os objetivos estabelecidos nas categorias da face superior do cubo. O modelo é composto de oito componentes inter-relacionados, por meio dos quais uma organização gerencia os riscos de maneira integrada ao processo de gestão. Com isso, o sistema de controle interno da unidade auditada foi avaliado observando-se a presença e o funcionamento de cada um dos componentes da estrutura, quais sejam: ambiente de controle (no *COSO* II, ambiente interno); avaliação de risco; atividades de controle; informação e comunicação; e monitoramento.

Portanto, a postura defendida pelo modelo é que o controle interno de cada unidade deve integrar a gestão de riscos de modo a prever e a prevenir os riscos inerentes ao conjunto de processos da organização, os quais possam impedir ou dificultar o alcance de seus objetivos. Tal modelo possibilita que todos os servidores inseridos nas organizações tornem-se responsáveis pela gestão de riscos, podendo adquirir consciência dos objetivos dos seus controles internos.

Nesse contexto, as questões abordadas tiveram o intuito de avaliar se o Setor de Saúde deste TRT19^a possui objetivos estabelecidos com estratégias para alcançá-los, de forma a identificar os possíveis riscos associados e mitigá-los.

2. OBJETIVO

Realizar Auditoria Operacional para avaliação da qualidade e suficiência dos controles internos administrativos, instituídos pelo Setor de Saúde deste Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região, com vistas a garantir que seus objetivos sejam atingidos, considerando os seguintes elementos do sistema de controles internos baseado nas diretrizes do *COSO*: a) ambiente de



controle; b) avaliação de risco; c) atividades de controle; d) informação e comunicação; e e) monitoramento.

3. ESCOPO

O escopo da auditoria contemplou certificar a efetividade e oportunidade dos controles internos, nos procedimentos administrativos aplicados pelo Setor de Saúde, quanto a política de atenção integral à saúde de Magistrados e Servidores deste Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região, quanto a sua capacidade de estabelecer diretrizes, estratégias e parâmetros para implementação, em caráter permanente, de programas, projetos e ações institucionais voltados à promoção e à preservação da saúde física e mental de servidores, servidoras, magistrados e magistradas, bem como de integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial em saúde, promoção, prevenção e vigilância em saúde que possam fomentar a construção e a manutenção de meio ambiente de trabalho seguro e saudável.

O escopo dessa auditoria envolveu os seguintes elementos, considerando os elementos do *COSO*: a) Objetivo: operacional;

- b) Objeto de controle: parte da organização (Setor de Saúde) e;
- c) Componente: atividades de controle.

De acordo com a Matriz de Planejamento elaborada pela equipe de auditoria, foram evidenciadas 5 (cinco) questões de auditoria, a seguir descritas:

- Q.1 Há nessa unidade administrativa um ambiente de controle definido e documentado, ou seja, um conjunto de normas, processos e estrutura que sirvam de base para a condução do controle interno por toda a organização? AMBIENTE DE CONTROLE
- Q.2 Os riscos são identificados, mediante a definição de metas e objetivos do órgão, de modo a que a unidade auditada possa formular uma abordagem para a gestão dos riscos e definir as atividades de controle interno necessárias para mitigá-los? AVALIAÇÃO DOS RISCOS
- Q.3 O Setor de Saúde executa procedimentos de controle, de modo que as políticas e as atividades da unidade contribuam para assegurar que os riscos sejam geridos e os objetivos da unidade alcançados? ATIVIDADES DE CONTROLE
- Q.4 Há uma comunicação clara e direta entre a unidade auditada (corpo técnico) e a Administração do TRT19^a, de forma que a Administração tenha conhecimento sobre o desempenho, o desenvolvimento, os riscos e o funcionamento do controle interno do setor, além de outros temas e eventos relevantes, bem como que a Administração mantém seu corpo técnico informado e fornece feedback e orientações, quando necessárias? INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
- Q.5 A unidade auditada realiza acompanhamento das suas atividades de controle, com a finalidade de diminuir riscos e de implementar melhorias, com o objetivo de assegurar que o controle interno esteja em sintonia com os objetivos, o ambiente, os recursos e os riscos? MONITORAMENTO



4. TÉCNICAS DE AUDITORIA

As investigações foram feitas mediante a aplicação das seguintes técnicas de auditoria:

- 4.1 Entrevista Formulação de perguntas escritas, no formato de RDI, enviadas ao responsável pela unidade administrativa auditada, para obtenção de dados e informações;
- 4.2 Análise Documental Verificação de processos e documentos que conduziram à formação de evidências pela unidade auditada; e
- 4.3 Correlação das Informações Obtidas Correlação das informações obtidas nas respostas à RDI com as evidências enviadas pela unidade auditada.

Vale salientar que a equipe não encontrou qualquer dificuldade na aplicação dos procedimentos de auditoria inicialmente previstos, sendo prontamente atendida pela unidade auditada em todas as suas requisições.

5. PARÂMETROS NORMATIVOS E JURISPRUDENCIAIS

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 14133/2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos);
- Decreto nº 9.991/2019 (Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, quanto a licenças e afastamentos para ações de desenvolvimento);
 - Lei nº 14230/2021 (Dispõe sobre improbidade administrativa);
- Acórdão TCU nº 2622/2015 (Competências, atribuições e responsabilidades, com respeito às aquisições, dos dirigentes, nesses incluídos a responsabilidade pelo estabelecimento de políticas e procedimentos de controles internos necessários para mitigar os riscos nas aquisições, entre outras orientações);
- Instrução Normativa SFC nº 1/2001 (Define diretrizes, princípios, conceitos e aprova normas técnicas para a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal);
- Resolução CSJT nº 141/2014 (Dispõe sobre as diretrizes para a realização de ações de promoção da saúde ocupacional e de prevenção de riscos e doenças relacionados ao trabalho no âmbito da Justiça do Trabalho de primeiro e segundo graus);
- Resolução CNJ nº 207/2015 (Institui Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário);
- Resolução TP TRT 19^a nº 72/2016 (Regulamenta o atendimento médico psiquiátrico e o atendimento psicológico do TRT19^a);
- Resolução TP TRT19^a nº 104/2016 (Institui a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT da 19^a Região);



- Resolução TP TRT19^a nº 107/2016 (Institui a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do TRT 19^a Região e dá outras providências;
- Resolução TP TRT19^a nº 236/2021 (Aprova o Plano de Gestão elaborado para o biênio 2020/2022 deste TRT da 19^a Região);
 - Resolução Administrativa nº 94/2016 (Regimento Interno do TRT19ª);
 - Resolução Administrativa nº 130/2017 (Regulamento Geral de Secretaria do TRT19^a);
- Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19ª para período de 2021 a 2026);
- Ato TRT GP nº 103/2014 (Regulamenta o atendimento do Setor de Saúde do TRT da 19ª Região);
 - Ato GP TRT nº 5/2021 (Institui o Comitê de Gestão de Riscos);
- Ato GP TRT19^a nº 74/2021 (Regulamenta as ações do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional PCMSO no âmbito do TRT19^a Região a serem realizadas em 2021/2022);
- Portaria TCU nº 142/2003 (Aprova a nova versão da técnica de auditoria "Mapa de Procesos") e;
- Modelo de Referência de Gestão Corporativa de Riscos *COSO* (*Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*) Ambiente de Controle, Avaliação de Riscos, Atividades de Controle, Informações e Comunicações, Monitoramento).

6. ACHADOS DE AUDITORIA E RECOMENDAÇÕES

Seguindo as diretrizes prescritas pela Resolução CNJ nº 309/2020, foram encontrados os ACHADOS DE AUDITORIA, que são atos ou fatos em desconformidade com a legislação aplicada ao caso, dignos de serem reportados pelos auditores.

Para cada um desses Achados, são identificados os pontos abaixo:

- **SITUAÇÃO ENCONTRADA** Situação existente, identificada e documentada durante a fase de execução do trabalho;
- **CRITÉRIO** Legislação, jurisprudência, princípios, ou, ainda, padrões e boas práticas que a equipe compara com a situação encontrada. Reflete como deveria ser a gestão;
- **EVIDÊNCIA** Informações obtidas durante a execução dos trabalhos no intuito de documentar os achados e de respaldar as opiniões e conclusões da equipe, podendo ser classificadas em físicas, testemunhais, documentais e analíticas;
 - CAUSA O que, possivelmente, motivou a ocorrência do achado;
- **EFEITOS/RISCOS** Consequências ou possíveis consequências do achado, que possam dificultar o alcance dos objetivos; e
- **RECOMENDAÇÕES** Providências indicadas pela Unidade de Auditoria com o intuito de aperfeiçoar os controles internos da unidade auditada, com vistas a corrigir falhas



detectadas, cuja gravidade possa repercutir em eventos futuros, e evitar a sua repetição, demandando da Administração pronta ação ou correção.

ACHADO DE AUDITORIA A.1		A.1
DESCRIÇÃO DO ACHÁDO:	Ausência de percepção, por parte de to diversos níveis da estrutura da unidade, o gerais de controle relativos ao Programa Saúde Ocupacional – PCMSO.	quanto aos mecanismos

SITUAÇÃO ENCONTRADA:

Em resposta à RDI SAUD nº 03/2022, a unidade auditada, ao ser consultada quanto à existência de alguma estrutura de controles internos instituída, a qual contribua efetivamente para a consecução dos resultados planejados pela unidade, informou que realiza o acompanhamento dos relatórios gerenciais através do Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGS). No entanto, esse Sistema não demonstra, de forma objetiva, o percentual de alcance das metas planejadas após a implementação de estruturas de controles internos.

Diante disso, mediante pesquisa realizada pela equipe de auditoria, observou-se que, apesar do item 4 do Documento Base do Ato GP TRT 19ª nº 74/2021 (f. 11 do documento 23) tratar sobre Objetivos, diretrizes e metas, não ficou demonstrado que existam documentos elaborados e formalizados pela unidade auditada estabelecendo e quantificando, previamente, metas quanto às ações relativas ao Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO), impossibilitando que todos os servidores, nos diversos níveis da estrutura da unidade, percebam os mecanismos gerais de controle instituídos, além de impossibilitar que a unidade possa dimensionar o alcance dessas metas, caso tivessem sido estipuladas e definidos os servidores responsáveis por cada uma.

CRITÉRIO:	 Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); e Ato GP TRT 19^a nº 74/2021.
EVIDÊNCIA:	 Resposta à RDI SAUD n. 03/2022 pela unidade auditada; Arquivo retirado do SIGS (documento 12 do PROAD 535/2022).
CAUSA:	Não aderência às boas práticas do <i>COSO</i> , no que diz respeito ao ambiente de controle.



EFEITOS/RISCOS:	 Dificuldade de mensurar o percentual atingido, ao final dos trabalhos, das ações necessárias ao desenvolvimento do PCMSO; Impossibilidade de avaliar a evolução do percentual no decorrer dos anos; Impossibilidade de responsabilizar os servidores envolvidos no Programa, quais atividades precisam ser realizadas, obedecendo uma escala de prioridades.
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	Recomenda-se que o Setor de Saúde, anteriormente a cada etapa de realização do PCMSO, estabeleça, mediante documento, quais as metas a unidade quer alcançar, deixando claro, para cada servidor envolvido no processo, quais serão suas responsabilidades para o cumprimento dessas metas. Recomenda-se, ainda, que os controles internos adotados contribuam para a consecução dos resultados planejados pelo Setor, possibilitando, inclusive, um comparativo entre cada Programa executado.



	ACHADO DE AUDITORIA A.2		
DESCRIÇÃO ACHÁDO:	DO	Ausência de clara identificação de fragilidades do procedimento quant consecução dos objetivos e metas da unid	o ao PCMSO para a
	SITUAÇÃO ENCONTRADA:		
Apesar da unidade auditada ter informado positivamente, em resposta à RDI SAUD n. 03/2022, que há um fluxograma ou mapeamento de todo o macroprocesso PCMSO em forma lógica e sequencial, conforme o Ato GP TRT19ª nº 74/2021 (documento 23), não identificamos um mapeamento. Essa observação ocorre por não haver, no referido Ato, uma sequência coerente das atividades que compõem o processo do Programa e de outros elementos que interagem com o fluxo do trabalho; como também não há um fluxograma, ou seja, não há uma representação gráfica que descreva os passos e etapas sequenciais das ações do PCMSO, que fosse representada por símbolos. O mapeamento é o levantamento da sequência e do encadeamento das atividades que processam as entradas e as transformam em produtos e serviços, possibilitando que todos os servidores envolvidos no Programa possam desenvolver o processo de trabalho (PCMSO) obedecendo uma padronização.			
CRITÉRIO:	Spons - Ato por pr Gestão - Re	delo de referência de gestão corporativa de <i>oring Organizations of the Treadway Comm</i> GP TRT19 ^a nº 48/2018 (Dispõe sobre a aplitocessos no âmbito TRT da 19 ^a Região, o de Processos de Trabalho e dá outras provisolução Administrativa nº 209/2021 (Plance de 2021 a 2026)	cação permanente da gestão a aprovação do Manual de idências) e;
EVIDÊNCIA:	_	osta à RDI SAUD n. 03/2022 pela unidade GP TRT 19 ^a n° 74/2021.	auditada.
CAUSA:	Não a risco.	derência às boas práticas do COSO, no que	e diz respeito à avaliação de

risco.



EFEITOS/RISCOS:	 Descumprimento de normativos; Inexistência de mapeamento de pontos críticos que constituem ameaça ao alcance dos objetivos do PCMSO; Risco de que alguma etapa importante do Programa não seja executada.
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	propostos pelo PCMSO, sendo necessário, portanto, a existência de



ACHADO DE AUDITORIA		A.3
DESCRIÇÃO DO ACHÁDO:	Ausência do diagnóstico dos riscos (de or envolvidos no processo PCMSO, bem co probabilidade de ocorrência desses riscos e medidas para mitigá-los.	omo a identificação da

SITUAÇÃO ENCONTRADA:

Durante os trabalhos da auditoria, esta Secretaria constatou, mediante as respostas à RDI SAUD n. 03/2022 (questões 5, 6 e 7) que, apesar das respostas positivas às indagações, os documentos citados não demonstram levantamento dos riscos operacionais e de integridade.

Nesse contexto, esclarecemos que risco operacional trata-se de todas as possíveis falhas internas — de estrutura, sistemas, pessoas, produtos ou processos — que podem acontecer dentro de uma instituição e, assim, acarretar prejuízos dos mais diversos tipos, sejam financeiros, sejam reputacionais, por exemplo. Pode se dividir em 3 categorias: risco organizacional, pessoal e de operação. Tipos de riscos operacionais: fraude, falhas de segurança, falhas humanas, falhas nos sistemas e deficiência de estruturas.

Quanto aos riscos de integridade, sua definição foi adotada na Portaria CGU nº 1.089/2018 assim:

Art. 2° , II - Riscos para a integridade: riscos que configurem ações ou omissões que possam favorecer a ocorrência de fraudes ou atos de corrupção.

Parágrafo único. Os riscos para a integridade podem ser causa, evento ou consequência de outros riscos, tais como financeiros, operacionais ou de imagem.

De um modo geral, o ato de quebra de integridade possui as seguintes características: é, na maioria das vezes, um ato doloso; é um ato praticado por uma pessoa (ser humano); afronta os princípios da administração pública; e deturpa ou desvia a finalidade pública.

Ademais, ao observarmos o disposto no parágrafo único do artigo 2º da Resolução TP TRT19ª nº 104/2016, a qual instituiu a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos deste Tribunal, constatamos que todas as unidades deste Tribunal estão sujeitas ao disposto nesta Resolução, como parte do modelo de governança, notadamente referente àqueles processos de trabalho que impactam diretamente o atingimento dos objetivos estratégicos institucionais. O artigo 3º, do citado dispositivo legal, dispõe o que se segue:

Art. 3º Para fins desta Resolução considera-se:

I - risco: efeito da incerteza nos objetivos de uma instituição, caracterizado esse efeito por um desvio em relação ao resultado esperado;

II - gestão de riscos: conjunto de atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere ao risco, contribuindo para a redução da materialização de eventos que impactem negativamente seus objetivos;





III - estrutura de gestão de riscos: conjunto de componentes que fornecem os fundamentos e os arranjos organizacionais para a concepção, implementação, monitoramento, análise crítica e melhoria contínua de gestão de riscos através de toda a organização;

IV - gestor de riscos: é o responsável pela unidade organizacional que possui responsabilidade e poder de decisão no processo de gerenciamento dos riscos institucionais. São considerados gestores de riscos: o Diretor-Geral da Secretaria, Secretário-Geral da Presidência, os Secretários, os Assessores, os Coordenadores, os Chefes de Secção e os responsáveis pelos processos de trabalho desenvolvidos nos níveis estratégicos, táticos ou operacionais da Secretaria do Tribunal.

V - processo de gestão de riscos: aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão para as atividades de comunicação, consulta, estabelecimento do contexto, e na identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica de riscos.

VI - gestor de processos: unidade organizacional ou servidor designado que detém a responsabilidade pela execução das atividades inerentes ao funcionamento organizacional, devendo gerenciar os riscos envolvidos, porém sem poder de decisão sobre os mesmos

VII - monitoramento: verificação, supervisão, observação crítica ou identificação da situação, executadas de forma contínua, a fim de identificar mudanças no nível de desempenho requerido ou esperado;

VIII - análise crítica: atividade realizada para determinar a adequação, suficiência e eficácia do assunto em questão para atingir os objetivos estabelecidos;

IX - nível de risco: magnitude do risco expressa em termos da combinação das consequências e de suas probabilidades;

X - risco inerente: relativo ao risco do negócio, do processo ou da atividade, independente dos controles adotados;

XI - apetite a risco: quantidade e tipo de riscos que uma organização está preparada para buscar, manter ou assumir;

XII - sistema de controles internos: conjunto de atividades, planos, métodos, indicadores e procedimentos interligados, utilizados com vistas a assegurar a conformidade dos atos de gestão e a concorrer para que os objetivos e metas sejam alcançados.

Desta forma, concluímos que inexiste a identificação da probabilidade de ocorrência de riscos.

ocorrencia de ris	cos.
	- Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission);
CRITÉRIO:	- Resolução TP TRT19 ^a nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19 ^a); e
	- Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19ª para período de 2021 a 2026).
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 03/2022 pela unidade auditada.
CAUSA:	 Inobservância à legislação pertinente; Não aderência às boas práticas do COSO, no que diz respeito à avaliação de risco.





EFEITOS/RISCOS:	Embora a política de realizar bons procedimentos na área da saúde possa estar incutida na cultura da organização, a inexistência de documento formal, quanto a gestão de riscos e de controles internos, impossibilita que medidas mitigadoras relacionadas aos riscos, atinjam um bom grau de eficiência.
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	massibilitando a identificação de muchabilidade de ecomôncia desses miseas e



ACHADO DE AUDITORIA A.4			A.4
DESCRIÇÃO DO ACHADO:		Ausência de um plano de resposta adequa os níveis da unidade auditada, aos riscos de ocorrências dos mesmos.	,
	SITUAÇÃO ENCONTRADA:		
Em resposta à RDI SAUD n. 03/2022, a unidade auditada informou que não possui orientações formais e disponíveis a todos os servidores em caso de ocorrência dos riscos (resposta ao risco), como plano de prevenção, plano de contingência etc. No entanto, informou que o tema será abordado no plano de gestão de riscos do Tribunal, que está em andamento.			
CRITÉRIO:	 - Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); - Resolução TP TRT19ª nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19ª); e - Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19ª para período de 2021 a 2026). 		
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 03/2022 pela unidade auditada.		
CAUSA:	 Inobservância à legislação pertinente; Não aderência às boas práticas do COSO, no que diz respeito à avaliação de risco 		
EFEITOS/RISCOS:	Embora a política de realizar bons procedimentos na área da saúde possa estar incutida na cultura da organização, a inexistência de documento formal, quanto a gestão de riscos e de controles internos, impossibilita que medidas mitigadoras relacionadas aos riscos, atinjam um bom grau de eficiência.		
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	realização do PCMSO, de modo a identificar mudanças no perfil de risco do		



ACHADO DE AUDITORIA A.5			A.5	
DESCRIÇÃO DO ACHADO:		Ausência de mensuração e classificação dos riscos identificados, de modo a serem tratados em uma escala de prioridades e a gerar informações úteis à tomada de decisão.		
		SITUAÇÃO ENCONTRAI	DA:	
uma escala de pr No e identificados, es Medicina do Tral	ioridad entanto, specialr balho (ar dess	à RDI SAUD n. 03/2022, a unida es de atuação, em função dos risco informou que os riscos vão nente nas reuniões da Comissa CESMT), e que alcança bons resu a justificativa, resta pendente	os identificad sendo sana ão de Enge ltados.	dos. dos à medida que são enharia de Segurança e
CRITÉRIO:	 - Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); - Resolução TP TRT19ª nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19ª); e - Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19ª para período de 2021 a 2026). 			
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 03/2022 pela unidade auditada.			
CAUSA:	 Inobservância à legislação pertinente; Não aderência às boas práticas do COSO, no que diz respeito à avaliação de risco 		e diz respeito à avaliação	
EFEITOS/RISCOS:	Embora a política de realizar bons procedimentos na área da saúde possa estar incutida na cultura da organização, a inexistência de documento formal, quanto a gestão de riscos e de controles internos, impossibilita mensuração e classificação dos riscos, ora identificados.			
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	pertinentes ao PCMSO, segundo sua importância relativa para os objetivos			



ACHADO DE AUDITORIA		A.6
Ausência de definição de níveis de riscos operacionais, de informações e de conformidade que podem ser assumidos pelos diversos níveis da gestão.		
SITUAÇÃO ENCONTRADA:		

A partir da resposta à RDI SAUD n. 03/2022 enviada pela unidade auditada, constatou-se que não há uma classificação em níveis operacionais, de informações e de conformidade quanto aos riscos diagnosticados. Informou, ainda, que a classificação será definida no plano de gestão de riscos do Tribunal, que está em andamento.

Além disso, a unidade auditada, informou que possui mecanismos de controle que possam vir a responsabilizar níveis subordinados aos gestores por eventos com impactos negativos (riscos que se concretizaram), justificando a afirmação mediante a fiscalização de contratos (documento 11), com as respectivas ordens de serviço nos proads correspondentes, com ciência formal dos fiscais constantes nos processos.

No entanto, o que está sendo levado em consideração nesse questionamento são as atividades inerentes ao PCMSO e, portanto, não identificamos qual o documento, formalmente instituído, estabelece as delegações das funções dos servidores responsáveis pela realização do referido Plano. Além disso, inclusive, não está estabelecido quais os mecanismos de controle a unidade utiliza para responsabilizar cada servidor envolvido no Programa, caso ocorra eventos com impactos negativos.

Apesar do Ato GP TRT 19^a nº 74/2021 regulamentar as ações do PCMSO, não ficam identificados os(as) servidores(ras), cargos/funções e as atividades as quais ficarão responsáveis.

1	
	- Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission);
CRITÉRIO:	- Resolução TP TRT19 ^a nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19 ^a); e
	- Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19ª para período de 2021 a 2026).
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 03/2022 pela unidade auditada.
CAUSA:	 Inobservância à legislação pertinente; Não aderência às boas práticas do COSO, no que diz respeito à avaliação de risco.



EFEITOS/RISCOS:	Risco da gestão de risco e dos sistemas de controle interno, referentes às atividades do PCMSO, serem ineficientes, de forma a comprometer a entrega final do produto.
/	Recomenda-se que a unidade auditada classifique, em níveis operacionais, de informações e de conformidade quanto aos riscos, previamente diagnosticados, com o intuito de realizar uma gestão de riscos satisfatória.



ACHADO DE AUDITODIA				
ACHADO DE AUDITORIA A.7				
Ausência de implantação de mecanismos de cominimizem a probabilidade de os objetivos da atividade alcançados, para cada um dos riscos identificados.				
	SITUAÇÃO ENCONTRADA:			
um dos riscos ider probabilidade de justificou que não riscos são detectad Documentos e Info	resposta à RDI SAUD n. 03/2022, a unidade auditada atificados, não foram implementados mecanismos de que os objetivos do macroprocesso/unidade sejar existe um plano da forma detalhada conforme a ques dos e sempre tratados, conforme referido em outras que ormações respondida. esar disso, faz-se necessário que a unidade auditada	controle que minimizem a m afetados. No entanto, tão abordada, mas que os uestões da Requisição de		
mitigação dos riscos.				
CRITÉRIO:	 Modelo de referência de gestão corporativa de ris Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Resolução TP TRT19^a nº 104/2016 (Instituir a Riscos e de Controles Internos do TRT19^a); e Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estreperíodo de 2021 a 2026). 	sion); a Política de Gestão de		
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 03/2022.			
CAUSA:	Não aderência às boas práticas do <i>COSO</i> , no procedimentos de controle.	que diz respeito aos		
EFEITOS/RISCOS:	Risco de ocorrer comprometimento quanto a for identificados serão administrados e, posteriormente, aos objetivos que podem influenciar no resultado das	, como serão associados		
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	Recomenda-se que a unidade auditada adeque seus os riscos identificados, possibilitando que a realiz PCMSO prossiga da forma mais eficaz (efetiva) e ef	zação das atividades do		



efeito real) possível.



ACHADO DE AUDITORIA A.8				
		Ausência de políticas de procediment decisões críticas sejam tomadas com apro		
	SITUAÇÃO ENCONTRADA:			
de normas, que se para autorização PCMSO. Informa havendo muita nonde cabe decisa dando como exe ações, designação respectivas order No e competência para unidade auditada a Portaria GP To Medicina do Trais Apesa 21/2/2022, indice responsáveis pel quanto à design	de proou, included proou, included proop of the contract of th	à RDI SAUD n. 03/2022, a unidade audita hecidas pelos servidores da unidade, as qua ocedimentos chaves e/ou decisões críticas, susive, que o processo do PCMSO é vinculado para procedimentos chaves e/ou decisões. Es são tomadas, conforme o Ato GP TRT19 o seguinte: designação do coordenador do iscais e seus substitutos nas contratações conviço. quanto a designação prévia dos substitutoras procedimentos chaves e/ou decisões críticas procedimentos chaves e/ou decisões críticas Ordens de Serviço dos fiscais (nos proa nº 68/2020 compondo a Comissão de EnCESMT) (doc. 30). as informações, bem como o email recebido os servidores M00003, V00019, J00003, Vovolvimento do PCMSO, não há documen a equipe de trabalho responsável pelo desem a indicação dos seus substitutos.	is definem a competência quanto ao macroprocesso o às normas vigentes, não intretanto, esclareceu que, nº 74/2021 e seu anexo, PCMSO, cronograma das relatas, de acordo com as atos dos servidores com icas quanto ao PCMSO, a ds referidos no doc. 11) e genharia de Segurança e o pelo Setor de Saúde em 700044 e M00066 como to formalmente instituído	
CRITÉRIO:	 - Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); - Resolução TP TRT19ª nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19ª); e - Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19ª pa período de 2021 a 2026). 		ission); a Política de Gestão de	
EVIDÊNCIA:	Respo	osta à RDI SAUD n. 03/2022.		
CAUSA:	Não aderência às boas práticas do <i>COSO</i> , no que diz respeito aos procedimentos de controle.		o que diz respeito aos	



EFEITOS/RISCOS:	Risco da Administração não possuir normativo interno, para que possa responsabilizar cada servidor pelas atividades pertinentes ao PCMSO, caso elas não sejam realizadas.
ENCAMINHAMENTO / RECOMENDAÇÕES:	Recomenda-se a publicação de documento, formalmente instituído, informando os servidores responsáveis pela execução das atividades inerentes ao PCMSO, suas atribuições e seus substitutos.



ACHADO DE AUDITORIA A.9)	
DESCRIÇÃO DO ACHADO:		Ausência de controle quanto a mensurar se as informações que são solicitadas por outras unidades do TRT19 ^a , são fornecidas de forma prática e tempestiva.		
	SITUAÇÃO ENCONTRADA:			
Em resposta à RDI SAUD n. 04/2022, a Secretaria de Gestão de Pessoas (SEGESP) informou que, apesar de responder todas as indagações nos prazos solicitados quanto às informações que lhe são solicitadas, oriundas das unidades deste Tribunal, não há um controle das solicitações atuais e históricas. Tal situação demonstra que é importante que haja uma rotina da unidade, no sentido de produzir registros quanto às informações recebidas e respondidas, com datas, necessária para o controle e gestão da organização. Em resumo, é importante que a SEGESP demonstre que possui agilidade na produção e tramitação das informações solicitadas.			os solicitados bunal, não há mportante que es recebidas e	
CRITÉRIO:	 Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); Resolução TP TRT19^a nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19^a); e Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19^a para período de 2021 a 2026). 			
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 04/2022.			
CAUSA:	Não aderência às boas práticas do <i>COSO</i> , no que diz respeito à informação comunicação.		informação e	
EFEITOS/RISCOS:	Embora a política de realizar bons procedimentos na área da saúde possa estar incutida na cultura da organização, a ausência de controle quanto a mensurar as informações solicitadas por outras unidades, e suas respostas vai de encontro às boas práticas do <i>COSO</i> .			role quanto a
RECOMENDAÇÕES: Recomenda-se que o Setor de Saúde estabeleça uma forma de registra consultas recebidas pelas outras unidades deste Regional, bem come respostas enviadas, para que a unidade tenha possibilidade de avaliar item quanto à informação e comunicação, inserido no sistema de contributorios baseado nas diretrizes do <i>COSO</i> , esteja a contento.		pem como as e avaliar se o		





ACHADO DE AUDITORIA		A.10	
DESCRIÇÃO DO ACHADO:	Ausência de acompanhamento dos no TRT19 ^a , do CSJT e do CNJ de forma per		o

SITUAÇÃO ENCONTRADA:

A equipe de auditoria constatou, através da resposta à RDI SAUD n. 04/2022, que a Secretaria de Gestão de Pessoas (SEGESP) não possui servidor, previamente designado, que execute atividade de monitoramento dos controles internos, quanto aos normativos e recomendações pertinentes ao Setor Médico. Porém, a SEGESP conta com o Setor de Legislação de Pessoal, o qual tem, entre as suas principais atribuições, realizar o referido monitoramento. Além disso, destacou que os Conselhos Superiores possuem a rotina de encaminhar, formalmente, os normativos que editam e que, necessariamente, passam pelo referido Setor. Destacou, ainda, que essa rotina funciona a contento, e que, apesar da inflação normativa, verificada no âmbito da Justiça do Trabalho, não há registros de atos normativos que tenham passado despercebidos.

Complementando essas informações, anexou os documentos 37 e 40 ao PROAD com o intuito de justificar a realização do acompanhamento dos normativos pertinentes ao Setor de Saúde.

Apesar da unidade demonstrar a existência de rotinas, práticas ou cultura organizacional quanto ao acompanhamento dos normativos, tais documentos não espelham o monitoramento, periódico, quanto aos normativos internos do TRT19ª, do CSJT e do CNJ, referentes, especificamente, ao Setor de Saúde. Tais normativos devem estar atualizados e passíveis de serem consultados de forma ampla, inclusive sendo publicados na intranet deste Regional, de forma periódica.

CRITÉRIO:	 - Modelo de referência de gestão corporativa de riscos COSO (Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); - Resolução TP TRT19^a nº 104/2016 (Instituir a Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos do TRT19^a); e - Resolução Administrativa nº 209/2021 (Plano Estratégico do TRT19^a para período de 2021 a 2026). 		
EVIDÊNCIA:	Resposta à RDI SAUD n. 04/2022.		
CAUSA:	Não aderência às boas práticas do COSO, no que diz respeito ao monitoramento.		



EFEITOS/RISCOS:	Risco de não realizar o monitoramento adequado, quanto aos novos normativos que possam surgir, de modo que possa identificar informações que irão cooperar para uma melhor gestão de risco e controles internos.
ENCAMINHAMENTO/ RECOMENDAÇÕES:	Recomenda-se que a SEGESP disponibilize consulta na intranet quanto a existência de rotinas de revisão dos normativos referentes à área de saúde, os quais demonstrem estar atualizados e validados, no sentido de garantir a produção de informações adequadas e confiáveis.



7. CONSIDERAÇÕES EM FACE DA RESPOSTA DA UNIDADE AUDITADA

Inicialmente, esclarece-se que a auditoria desenvolvida por esta Secretaria de Auditoria seguiu o rito processual estabelecido no Anexo Único do Ato GP/TRT19ª nº 62/2021, o qual prevê a etapa de envio do Relatório de Fatos Apurados à unidade auditada, para manifestações, esclarecimentos, elucidações de erros, elaboração de um Plano de Ação, dentre outras possibilidades, além da etapa de realização de Reunião Expositiva dos Fatos Apurados com a unidade auditada. Somente após a avaliação das respostas encaminhadas pela unidade auditada, é elaborado o Relatório Final de Auditoria e encaminhado à Presidência do Tribunal, para avaliação e determinação do cumprimento das recomendações acatadas.

Nesse contexto, a Secretaria de Gestão de Pessoas (SEGESP) e Setor de Saúde (SESAU), unidades auditadas, tomaram conhecimento dos levantamentos inseridos no Relatório de Fatos Apurados (documento nº 42), no qual constaram 10 (dez) Achados. Posteriormente, foi realizada a Reunião Expositiva dos Fatos Apurados com as unidades envolvidas (DG, SEGESP e SESAU) e, em seguida, apresentado o Plano de Ação relativo aos Achados de Auditoria (documento nº 49).

Apesar dos esclarecimentos apresentados pela unidade auditada, todos os Achados foram mantidos, visando o cumprimento das recomendações firmadas, a fim de que se possa aperfeiçoar a qualidade e suficiência dos controles internos administrativos, instituídos pelo Setor de Saúde deste Regional, de modo a garantir que seus objetivos sejam atingidos, considerando os elementos do sistema de controles internos baseado nas diretrizes do *COSO*, com o intuito de avaliar e melhorar seu gerenciamento de riscos. Tais Achados serão objeto de Monitoramento posteriormente.

8. RECOMENDAÇÕES

- **8.1** Recomenda-se que o Setor de Saúde, anteriormente a cada etapa de realização do PCMSO, estabeleça, mediante documento, quais as metas a unidade quer alcançar, deixando claro, para cada servidor envolvido no processo, quais serão suas responsabilidades para o cumprimento dessas metas. Recomenda-se, ainda, que os controles internos adotados contribuam para a consecução dos resultados planejados pelo Setor, possibilitando, inclusive, um comparativo entre cada Programa executado;
- **8.2** Recomenda-se que o Setor de Saúde identifique os mecanismos para prever, identificar e reagir a eventos que possam afetar o alcance dos objetivos propostos pelo PCMSO, sendo necessário, portanto, a existência de mapeamento pela unidade de pontos que constituem ameaça a estes objetivos;
- **8.3** Recomenda-se que a unidade auditada identifique os possíveis riscos operacionais e de integridade, inerentes à realização do PCMSO, possibilitando a identificação da probabilidade de ocorrência desses riscos e a consequente adoção de medidas para atenuá-los;
- **8.4** Recomenda-se que haja uma avaliação periódica dos riscos inerentes à realização do PCMSO, de modo a identificar mudanças no perfil de risco do setor, ocasionadas por transformações nos ambientes interno e externo;



- **8.5** Recomenda-se que o Setor de Saúde classifique os eventos de risco pertinentes ao PCMSO, segundo sua importância relativa, para os objetivos da unidade;
- **8.6** Recomenda-se que a unidade auditada classifique, em níveis operacionais, de informações e de conformidade quanto aos riscos, previamente diagnosticados, com o intuito de realizar uma gestão de riscos satisfatória;
- **8.7** Recomenda-se que a unidade auditada adeque seus controles internos com os riscos identificados, possibilitando que a realização das atividades do PCMSO prossiga da forma mais eficaz (efetiva) e eficiente (que produza um efeito real) possível;
- **8.8** Recomenda-se a publicação de documento, formalmente instituído, informando os servidores responsáveis pela execução das atividades inerentes ao PCMSO, suas atribuições e seus substitutos:
- **8.9** Recomenda-se que o Setor de Saúde estabeleça uma forma de registrar as consultas recebidas pelas outras unidades deste Regional, bem como as respostas enviadas, para que a unidade tenha possibilidade de avaliar se o item quanto à informação e comunicação, inserido no sistema de controles internos baseado nas diretrizes do COSO, esteja a contento;
- **8.10** Recomenda-se que a SEGESP disponibilize consulta na intranet quanto a existência de rotinas de revisão dos normativos referentes à área de saúde, os quais demonstrem estar atualizados e validados, no sentido de garantir a produção de informações adequadas e confiáveis.

9. CONCLUSÃO

A presente auditoria visou avaliar se a qualidade e suficiência dos controles internos administrativos, utilizados pelo Setor de Saúde, estão sendo aplicados tendo como base as diretrizes do *COSO* quanto a ambiente de controle, avaliação de risco, atividades de controle, informação e comunicação e monitoramento.

O Relatório de Fatos Apurados (documento nº 42) apontou 10 (dez) Achados de auditoria. Após a manifestação da área auditada, por meio do Plano de Ação (documento nº 49), a equipe de auditoria manteve os Achados apontados e apresentou 10 (dez) recomendações, conforme descrito no item 8 deste Relatório.

As constatações apontadas nos Achados de auditoria evidenciam a necessidade de aprimoramento dos sistemas de controles internos administrativos utilizados pela unidade auditada, especialmente referentes ao Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional – PCMSO. As recomendações trazidas acima, portanto, têm por objetivo possibilitar a melhoria dos procedimentos adotados pelo Setor de Saúde na realização das atividades inerentes ao macroprocesso trabalhado, além de orientar que a unidade analise seus controles preventivos e detectivos adotados, de forma a mitigar eventuais riscos que possam impedir ou dificultar o alcance dos seus propósitos.

Cabe ressaltar que, apesar dos Achados levantados, a equipe de auditoria observou que o Setor de Saúde tem realizado um importante papel no TRT19^a quanto à prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a prestar a assistência necessária a servidores, servidoras, magistrados e magistradas deste Regional.





No entanto, as recomendações emanadas desta Secretaria de Auditoria têm a intenção de demonstrar a necessidade de aprimoramento e/ou adequação de algumas atividades realizadas pelo SESAU, objetivando assegurar o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo *COSO*.

Maceió, 24 de maio de 2022.

Eliana de Carvalho Souza **Líder da Equipe de Auditoria** Bráulio Clementino M. M. Soares Supervisor da Equipe de Auditoria

10. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Ante o exposto, considerando o papel da auditoria interna preconizado pelo artigo 74 da Constituição Federal, e com o intuito de auxiliar a Administração deste Regional no controle, na eficiência e legalidade dos procedimentos da gestão, submete-se o presente Relatório de Auditoria ao Exmo. Senhor Desembargador Presidente do Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região, a fim de que possa deliberar acerca dos resultados da presente Auditoria, realizada com o intuito de certificar a efetividade e oportunidade dos controles internos, nos procedimentos administrativos aplicados pelo Setor de Saúde, quanto a política de atenção integral à saúde de servidores, servidoras, magistrados e magistradas deste TRT19ª, avaliando e aperfeiçoando seu próprio gerenciando de riscos.

Maceió, 24 de maio de 2022.

BRÁULIO CLEMENTINO M. M. SOARES

Secretário de Auditoria

