



RELATÓRIO DE AUDITORIA 1287157
AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA DE CONTROLE POR COMPONENTE 2022
COMPONENTE AVALIAÇÃO DE RISCOS
NI 19/2022

PROPÓSITO

Ser integridade e eficiência por uma sociedade melhor.

MISSÃO

Promover a integridade e aperfeiçoar os mecanismos de transparência da gestão pública, com participação social, da prevenção e do combate à corrupção, monitorando a qualidade dos gastos públicos, o equilíbrio fiscal e a efetividade das políticas públicas.

VISÃO

Ser referência nacional na área de controle e reconhecido pela sociedade como um órgão de excelência no fortalecimento da integridade pública.

VALORES

Foco no cidadão; Transparência; Valor e ética; Integridade; Prestação de contas; Conformidade (compliance); Cooperação interinstitucional; Responsabilidade ambiental e social.



QUAL O TRABALHO REALIZADO?

Avaliação da Estrutura de Controle no Nível do Componente Avaliação de Riscos, na Fundação Hemominas, por meio de metodologia baseada no *Comitee of Sponsoring Organization* (COSO I).



POR QUE A CGE REALIZOU ESSE TRABALHO?

Em atendimento ao Plano de Atividades de Controle Interno 2022 e ao Plano Tático da AUGÉ 2022/2023, relativo às atividades de auditoria preventivas e de acordo com os objetivos estratégicos da CGE-MG, que precisa intensificar ações que promovam a melhoria dos controles internos da Administração Pública.



QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS?

Os resultados apresentados neste relatório permitem concluir que nível de maturidade do componente Avaliação de Riscos se encontra no nível INTERMEDIÁRIO.



QUAIS AS RECOMENDAÇÕES DEVERÃO SER ADOTADAS?

Considerando que as recomendações referentes ao trabalho de avaliação da estrutura de controle realizado no exercício de 2020 estão em implementação, não houve a recomendação de novas medidas neste relatório.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AAE – Assessoria de Atuação Estratégica
AUGE – Auditoria-Geral
CGE – Controladoria-Geral do Estado de Minas Gerais
CSEC – Controladoria Seccional
COSO - *The Comitee of Sponsoring Organizations*
MAPA - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
NPR - Núcleo de Processos
PEI - Planejamento Estratégico Institucional
PSIS - Procedimento Operacional Padrão Sistemico
S.A. – *Strategic Adviser*

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de auditoria de natureza operacional com a finalidade de avaliar, em nível de componente, o grau de maturidade dos controles internos da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais – Hemominas, cujas competências estão previstas no Decreto 48.023/2020.

A avaliação da estrutura de controle interno em nível de componente, objeto deste trabalho, contempla um conjunto de políticas, diretrizes e padrões mais abrangentes da Hemominas. Estão relacionados com a estrutura, com a operacionalização do trabalho e com as atividades de gestão.

Para tanto, foi avaliada a existência, a adequação e a efetividade dos controles internos instituídos pela Hemominas, quanto à sua capacidade para reduzir o impacto ou a probabilidade da ocorrência de eventos de risco na execução de seus processos e atividades, por meio do diagnóstico sobre a estrutura do componente avaliado.

A avaliação foi pautada nos critérios definidos pelo Comitê das Organizações Patrocinadoras – COSO, que define controle interno como sendo um processo constituído de cinco elementos básicos, atualmente denominados “componentes”, que se inter-relacionam. São eles: (1) Ambiente de Controle; (2) Avaliação e Gerenciamento de Riscos; (3) Atividades de Controle; (4) Informação e Comunicação; e (5) Monitoramento. O componente avaliado foi selecionado com base na Avaliação da Estrutura de Controle em nível de Entidade realizada em 2020, na qual a maturidade da Hemominas se encontrava no nível APRIMORADO, conforme interpretação da **Tabela 1**.

Tabela 1 - Interpretação dos Resultados

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

Fonte: CGE (Acórdãos - TCU Plenário 2467/2013, 568/2014 e 476/2015).

O resultado da avaliação dos controles realizada pela equipe de auditoria fornecerá ao gestor informações relevantes para a construção do plano de ação, visando o aperfeiçoamento da eficiência, eficácia e efetividade operacional, a integridade e confiabilidade da informação produzida e sua disponibilidade para a tomada de decisões e para o cumprimento de obrigações de *accountability*, a conformidade com leis e regulamentos aplicáveis e a adequada salvaguarda e proteção de bens, ativos e recursos públicos contra desperdício, perda, mau uso, dano, utilização não autorizada ou apropriação indevida.

Com o resultado do trabalho, espera-se contribuir para o aprimoramento, fortalecimento e melhoria dos processos internos, aperfeiçoamento dos controles administrativos e a minimização dos riscos dos processos a níveis aceitáveis.

A metodologia adotada encontra-se no **Anexo Único** deste relatório.

Nossos exames foram realizados consoante normas e procedimentos de auditoria, incluindo, consequentemente, entrevistas, aplicação de questionários e análise documental na extensão julgada necessária, segundo as circunstâncias, à obtenção das evidências e dos elementos de convicção sobre as ocorrências detectadas. Os resultados foram expressados com base na avaliação técnica da equipe de auditoria sobre as evidências de existência, adequação e efetividade dos controles internos administrativos da Hemominas.

2. RESULTADO DOS EXAMES

A avaliação foi efetuada das evidências obtidas pela equipe de auditoria a cada controle avaliado, de acordo com a quantidade de subquestões de auditoria respondidas positivamente, e a média das notas traduziu-se em um conceito de maturidade do controle, conforme explicado na metodologia apresentada no **Anexo Único** deste

As notas obtidas na AEC realizada em 2020 foram as seguintes:

- Ambiente de Controle – Nota 84,4% – Conceito APRIMORADO;
- Avaliação e Gerenciamento de Riscos – Nota 50% – Conceito INTERMEDIÁRIO;
- Atividades de Controle – Nota 87,50% – Conceito APRIMORADO;
- Informação e Comunicação – Nota 70% – Conceito APRIMORADO; e
- Monitoramento – Nota 81,30% – Conceito APRIMORADO.

Dessa maneira, foi selecionado o componente Avaliação de Riscos, que apresentou as menores notas para proceder à avaliação da Estrutura de Controle por Componente em 2022.

O resultado da avaliação efetuada pela equipe de auditoria foi sintetizado em Princípios e Componente, conforme demonstrado na **Tabela 2**, a seguir.

Tabela 2 – Resultado da Avaliação da estrutura de Controle por Componente da Hemominas - 2022

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DE CONTROLE POR COMPONENTE		AVALIAÇÃO	CONCLUSÃO
Avaliação de Riscos		53,1%	INTERMEDIÁRIO
Princípio 6	Clara definição de objetivos que possibilitem o eficaz gerenciamento de riscos.	62,5%	Intermediário
Princípio 7	Mapeamento das vulnerabilidades que impactam os objetivos, de forma que sejam adequadamente identificados os riscos a serem geridos	50%	Intermediário
Princípio 8	A organização considera o potencial para fraude na avaliação dos riscos à realização dos objetivos.	50%	Intermediário
Princípio 9	Identificação e avaliação das mudanças internas e externas ao órgão ou entidade que possam afetar significativamente os controles internos da gestão	50%	Intermediário

Fonte: CGE MG.

O **Quadro 1** apresenta a evolução do componente após as respectivas avaliações.

Quadro 1 – Evolução dos Componentes 2020-2022

Componente Avaliado	AEC – Nível Entidade 2020		AEC – Nível Componente 2022	
	Nota	Conceito	Nota	Conceito
Avaliação e Gerenciamento de Riscos	50%	Intermediário	53,1%	Intermediário

É válido registrar que a metodologia estabelecida pelo COSO possui natureza dinâmica, tendo apresentado, entre as duas fases da avaliação, sensível alteração em seus critérios. A sutil diferença em termos numéricos entre os anos de 2020 e 2022 não reflete, portanto, a real evolução do componente Avaliação de Riscos na Hemominas, conforme se observará no item 2.1 a seguir.

2.1 - Componente - Avaliação de Riscos

O Componente “Avaliação dos Riscos” envolve a análise dos seguintes princípios:

- P6 - Clara definição de objetivos que possibilitem o eficaz gerenciamento de riscos;
- P7 - Mapeamento das vulnerabilidades que impactam os objetivos, de forma que sejam adequadamente identificados os riscos a serem geridos;
- P8 - A organização considera o potencial para fraude na avaliação dos riscos à realização dos objetivos;
- P9 - Identificação e avaliação das mudanças internas e externas ao órgão ou entidade que possam afetar significativamente o sistema de controle interno.

No que tange à gestão de riscos, de acordo com o COSO-ERM, trata-se de um processo que permeia toda a organização, colocado em prática pela alta administração da entidade, pelos gestores e demais colaboradores, aplicado no estabelecimento da estratégia e projetado para identificar possíveis eventos que possam afetar a instituição, com vistas a fornecer segurança razoável quanto ao alcance dos objetivos da entidade (COSO, 2004, tradução livre, apud TCU, 2017).

Uma pré-condição para avaliar riscos é ter objetivos relacionados aos vários níveis da entidade. Esses objetivos se alinham à entidade e apoiam o cumprimento das diretrizes estratégicas. Embora a fixação de estratégias e objetivos não seja parte do processo de controle interno, os objetivos formam a base para implementar e conduzir as abordagens de avaliação de riscos e para estabelecer as atividades de controle subsequente.

Quanto à clara definição de objetivos que possibilitem o eficaz gerenciamento de riscos, está esclarecido pelo COSO^[1] que, “a missão de uma organização estabelece, em um sentido mais amplo, aquilo que a organização deseja alcançar. Os objetivos estratégicos são metas de nível geral alinhadas com a missão da organização e oferecendo-lhe apoio. Ao orientar o seu enfoque, primeiramente para os objetivos estratégicos e táticos, a Administração estará pronta para definir os objetivos operacionais. Os objetivos precisam ser mensuráveis e entendidos prontamente”.

Quanto aos riscos provenientes de fontes externas e internas, segundo o COSO: “Toda entidade enfrenta vários riscos de fontes externas e internas. O risco é definido como a possibilidade de que um evento ocorra e afete adversamente a realização dos objetivos. A identificação e análise dos riscos é um processo contínuo e iterativo conduzido para aprimorar a capacidade da entidade de realizar seus objetivos”.

No sentido de coibir fraudes na administração pública estadual, a Política Mineira de Promoção da Integridade tem como um dos seus objetivos *“contribuir para a melhoria da gestão pública e para o aperfeiçoamento das políticas públicas, por meio do aprimoramento da governança, do fortalecimento do controle interno e da incorporação de mecanismos de prevenção, de detecção e de tratamento aos riscos de integridade”*.

Alicerçados em tais conceitos e definições, promovemos a análise do componente Avaliação de Riscos na Hemominas, com base em informações coletadas juntamente à Assessoria de Atuação Estratégica – AAE, conforme detalhado a seguir.

Achados

1. A Hemominas possui Planejamento Estratégico Institucional - PEI, com rotina de revisão. O último PEI foi revisado em 2019 e o atual mapa estratégico possui vigência de 2020 a 2024. No documento estão descritos a missão, a visão e os valores, bem como os objetivos estratégicos nas perspectivas sociedade, processos, pessoas e finanças.
2. O PEI da Hemominas desdobra-se em indicadores, ações e projetos, em busca do alinhamento do nível operacional com o nível estratégico, considerando os resultados locais, que impactam diretamente no alcance dos objetivos da instituição. Os projetos estratégicos da Hemominas são selecionados e planejados pela Direção Superior (presidência, gabinete, diretorias e assessorias). Após o desdobramento do projeto em tarefas e depois de definidos seus responsáveis e prazos de execução de cada etapa, o Núcleo de Estratégias e Projetos, vinculado à AAE, realiza o monitoramento e repassa as informações à Direção Superior.
3. Para garantir o monitoramento dos resultados estabelecidos no PEI, a Hemominas utiliza o sistema Strategic Adviser - S.A. que viabiliza a alimentação das informações (indicadores estratégicos, ações estratégicas, projetos estratégicos, planos de ação e tratamento de não conformidade do processo de gestão da qualidade) descentralizadas para toda sua rede, possibilitando maior agilidade nos fluxos e maior segurança das informações, automatização de atividades, fortalecimento da rastreabilidade, melhoria na integração dos processos, fortalecimento do planejamento estratégico e do sistema de gestão da qualidade. Além disso, o referido sistema possibilita maior transparência, uma vez que todos os servidores podem acessá-lo para consultar as informações do PEI e documentos do sistema de gestão da qualidade. Ademais, há o envio do planejamento estratégico, por e-mail, para divulgação nas unidades.
4. Todo o acompanhamento do PEI é realizado no S.A., que possibilita a visualização e monitoramento de indicadores, ações e projetos.
5. Além do sistema de monitoramento S.A., a Direção Superior promove reuniões bimestrais para análise crítica dos resultados do PEI, com o objetivo de analisar, acompanhar e tomar decisões baseadas nos resultados dos indicadores e na execução de ações estratégicas, assim como acompanhar o andamento dos projetos estratégicos.
6. Os processos da Hemominas estão descritos por meio dos Mapas de Processos, que são utilizados para gerenciar e monitorar as ferramentas do modelo de Sistema de Gestão da Qualidade, Strategic Adviser – S.A. A metodologia de elaboração dos Mapas de Processos passou por revisão em 2021/2022, tendo sido criado um Procedimento Operacional Padrão Sistêmico - PSIS-PAE.NPR-32 - Mapa de Processos, que descreve o passo a passo para criação e revisão dos mapas. O Núcleo de Processos - NPR está treinando os setores nessa nova metodologia e prestando suporte na revisão dos mapas, obedecendo a um cronograma que foi iniciado em maio de 2022 e prevê a conclusão em março de 2023. No momento, estão sendo revisados os mapas que já existiam nos setores da Administração Central. Posteriormente será avaliado o desdobramento para as 22 unidades da rede Hemominas.
7. O PSIS-PAE.NPR-32 contempla o conceito de "processo crítico" (Processo selecionado tendo como base as prioridades estabelecidas pela organização, com reconhecido impacto sobre o cliente final, ou relacionadas à gestão institucional, ou que constituem apoio/suporte ao desenvolvimento dos processos essenciais da Fundação Hemominas), bem como especificidades para seu tratamento na instituição.
8. A hierarquização dos processos conforme nível de criticidade somente será possível após a finalização do novo mapeamento proposto.
9. Foi elaborado um Procedimento Padrão Sistêmico - PSIS-PAE.NPR-31 -Procedimentos para implementar e executar a Gestão de Riscos em Processos, para orientar a utilização da ferramenta de Gestão de Riscos pelos gestores dos processos da Fundação Hemominas.
10. O PSIS prevê metodologia que contempla todo o ciclo da Gestão de Riscos, para identificação, avaliação, tratamento e monitoramento de riscos.
11. Estabelece, ainda, as responsabilidades para o gerenciamento de riscos, seguindo o modelo das três linhas.
12. ACEITAR não é uma opção possível para riscos de níveis ALTO e EXTREMO Na Hemominas. Para tais situações, a metodologia ordena a proposição de plano de ação destinada à adoção de um novo controle ou melhoria de controle existente.
13. Os riscos que anteriormente eram identificados no Mapa de Processos, sob a metodologia antiga, passaram a ser tratados no formulário FPRG.PAE.NPR-73, ferramenta que engloba as etapas de Gestão de Riscos apontadas pelos principais manuais de procedimentos e boas práticas relacionados a riscos.
14. A ferramenta prevê que o levantamento de riscos seja realizado no momento da revisão do Mapa de Processos, sendo a Gestão de riscos parte integrante de todos os processos organizacionais.
15. As ferramentas e orientações estão disponíveis no sistema S.A., ao qual todos os servidores têm acesso.
16. Para implementação da ferramenta de Gestão de Riscos por processos, estão em andamento treinamentos, seguindo o mesmo cronograma dos treinamentos para Mapas de Processos. Todos os Mapas de Riscos também serão publicados no sistema S.A.
17. Em que pese não ter sido instituída a política de gestão de riscos na Hemominas, o PSIS-PAE.NPR-31, estabelece que a gestão de riscos é permeada pela missão, visão e objetivos previstos no Planejamento Estratégico Institucional, pelo negócio da organização, pela cultura e pelos valores explicitados nos instrumentos que guiam a atuação dos servidores.

18. Na Fundação Hemominas, para todo Procedimento Padrão Sistêmico - PSIS, é publicada uma Portaria de Aprovação pela Presidência no diário oficial. O NPR informou que está em avaliação a escolha do ato para a Política de Gestão de Riscos, se será outra Portaria (em separado) ou Regimento Interno. Salientou, ainda, que está reunindo atos já publicados em outros órgãos para fins de estudo.

19. A gestão manifestou o intuito de delinear a estrutura de governança da gestão de riscos a partir da implantação do Comitê Gestor de Riscos, previsto para ser implantado até dezembro de 2023.

20. A identificação dos riscos relacionados a fraude e corrupção e sua frequência está sendo realizada na nova ferramenta da Gestão de Riscos, a partir de questionário denominado "Riscos para a Integridade", que integra o formulário FPRG-P.AAE.NPR-73. Este questionário foi inspirado no questionário aplicado no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, denominado "Guia de Apoio ao Mapeamento de Riscos para a Integridade", Apêndices A e B - "Matriz Riscos para a Integridade em Transferência Voluntárias" e "Matriz Riscos para a Integridade em Licitações e Contratos".

21. O trabalho está sendo realizado juntamente com a revisão do mapeamento de processos e identificação dos respectivos riscos, orientado pelo PSIS-P.AAE.NPR-31 e PSIS-P.AAE.NPR-32.

22. Assim, a metodologia estabelecida para riscos de fraude e corrupção é a mesma prevista para gestão dos demais riscos institucionais.

23. Tanto o PSIS-P.AAE.NPR-32 quanto o PSIS-P.AAE.NPR-31 determinam o prazo de 36 meses para revisão do mapa de processos e da gestão de riscos.

24. Além disso, o PSIS-P.AAE.NPR-32 estabelece que os mapas de processos sejam revisados quando houver mudança significativa do macroprocesso.

25. Da mesma forma, o PSIS-P.AAE.NPR-31 prevê que é competência do Elaborador a revisão do formulário da Gestão de Riscos quando houver mudança significativa no processo ou nas condições sobre as quais foi feito o levantamento de riscos.

26. A avaliação dos processos críticos sob a ótica da gestão de riscos somente será possível após a identificação dos riscos propriamente ditos.

27. Ainda não há planos de ação para tratamento de riscos formalizados na Hemominas, uma vez que os riscos estão em fase de identificação.

28. Tendo em vista que os riscos ainda estão em fase de levantamento, não foram estabelecidas diretrizes para a medição de seu desempenho.

29. Também considerando a atual fase da implementação da gestão de riscos na Hemominas, não foram definidos mecanismos para comunicação de riscos a partes internas ou externas interessadas.

30. É relevante pontuar que, em decorrência do trabalho de avaliação da estrutura de controle realizado no ano de 2020, foram realizadas as seguintes recomendações, afetas ao componente avaliação de riscos: a) Formalizar a identificação dos riscos relacionados à fraude e corrupção, de modo efetuar seu tratamento adequado; b) Implementar o gerenciamento de riscos em processos críticos da HEMOMINAS, de modo que os controles sejam proporcionais aos riscos identificados; c) Avaliar a conveniência e oportunidade de elaborar uma política de gestão de riscos.

31. Para as três ações foi proposto, pela gestão, o prazo de 31/12/2022.

3. BOAS PRÁTICAS ENCONTRADAS

Conforme descrito anteriormente, a Hemominas tem avançado nitidamente na implementação da gestão de riscos. A metodologia de seu mapeamento de processos (PSIS-P.AAE.NPR-32 - Mapa de Processos) foi incrementada com a rotina de identificação e tratamento de riscos (PSIS-P.AAE.NPR-31 - Procedimentos para implementar e executar a Gestão de Riscos em Processos), que também prevê a identificação de riscos de integridade. Há previsão de que tanto o Mapa de Processos quanto os Mapas de Riscos sejam publicados no *Strategic Adviser*, sistema de gestão da qualidade da Hemominas.

4. CONCLUSÃO

Os resultados apresentados neste relatório permitem concluir que a Hemominas vem buscando, ao longo dos últimos meses, aprimorar sua estrutura de controle a partir da criação e implementação de uma metodologia própria para gestão de riscos.

A metodologia, além de elaborada de maneira personalizada para a instituição, conta com a disseminação e aplicação por meio de um sistema de consultoria por parte do Escritório de Processos, que vem treinando as equipes responsáveis por macroprocessos auxiliando na elaboração dos mapas e identificação dos respectivos riscos.

É certo, contudo, que ainda há um longo caminho a ser percorrido, razão pela qual é importante a continuidade e implementação das ações propostas para atendimento às recomendações oriundas do trabalho realizado no ano de 2020 por esta Controladoria Seccional.

Resalta-se que os resultados de auditoria supracitados não esgotam a possibilidade de identificação de outras fragilidades, problemas e inconsistências significativas relativas ao objeto do trabalho, sendo competência primária das unidades e dos gestores da Hemominas, adotar processo contínuo para diagnosticá-los, bem como avaliar os riscos e as fragilidades dos controles, devendo, também, implementar as medidas cabíveis (controles internos eficazes) em resposta aos riscos identificados, tanto corrigindo as irregularidades e/ou impropriedades, quanto atuando de forma preventiva no desenvolvimento de políticas e procedimentos internos, a fim de garantir que as atividades estejam de acordo com as metas e os objetivos.

Lucimara Ribeiro Pereira
Especialista em Políticas e Gestão da Saúde

Anselmo Luiz Costa Abrantes
Coordenador do Núcleo de Auditoria, Transparência e Integridade

Carlos Alberto Antão Siqueira
Controlador Seccional

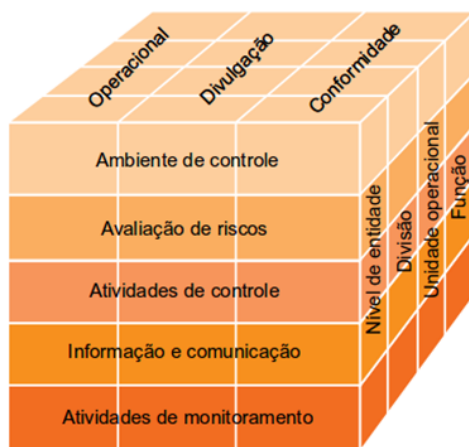
ANEXO ÚNICO – Guia de Avaliação

Base Conceitual do COSO

O objetivo é avaliar a existência, adequação e a eficiência dos controles internos administrativos quanto à sua capacidade para reduzir o impacto ou a probabilidade da ocorrência de eventos de risco na execução de seus processos e atividades, por meio do diagnóstico sobre sua estrutura de controle, pretendendo garantir que seus objetivos estratégicos sejam atingidos e a prestação de contas dos atos de gestão seja possível, visando identificar preventivamente eventuais fragilidades existentes nos controles.

Neste sentido, é utilizada a metodologia do COSO I: *The Comitee of Sponsoring Organizations* (Comitê das Organizações Patrocinadoras), que é uma entidade sem fins lucrativos, dedicada à melhoria dos relatórios financeiros através da ética, efetividade dos controles internos e governança corporativa. O COSO se concentra em analisar o que é e para que serve o controle interno, a saber, um processo desenvolvido para garantir, com razoável certeza, que sejam atingidos os objetivos da entidade. Assim, este método de avaliação é constituído considerando os 5 componentes do sistema de controles internos:

Figura 1 – Componentes do COSO



Fonte: COSO (2013)

a) Ambiente de controle

Abrange a cultura de uma organização e a consciência de controle das pessoas que nela trabalham. Os fatores do ambiente de controle compreendem a integridade e os valores éticos da organização; a estrutura organizacional e a atribuição de autoridade e responsabilidade; o processo para atrair, desenvolver e reter talentos competentes; e o rigor envolvendo as medições, os incentivos e as recompensas de desempenho, a fim de estimular a prestação de contas em relação ao desempenho. É formado pelos seguintes elementos: integridade pessoal e profissional e valores éticos da direção e do quadro de pessoal; competência; "perfil" dos superiores; estrutura organizacional; políticas e práticas de recursos humanos.

b) Avaliação de risco

Permite que uma organização considere até que ponto, eventos em potencial pode impactar a realização de seus objetivos operacionais ou estratégicos, definindo forma de mensurá-los, considerando a possibilidade de ocorrência destes eventos e o seu impacto no caso de ocorrência, etc.

c) Atividades de controle

São as ações desenvolvidas por políticas e as atividades que contribuem para assegurar que os riscos sejam geridos, seja por acontecerem em níveis aceitáveis, pela sua mitigação ou eliminação. Esses procedimentos ocorrem em toda a organização, em todas as dimensões da instituição: áreas, funções, processos, rotinas, procedimentos, projetos, pois compreendem uma série de atividades, tais como: aprovação; autorização; verificação; supervisão; reconciliação; revisão do desempenho operacional; comunicação clara das funções, das responsabilidades e das obrigações de prestar contas; dos atos administrativos e dos processos de trabalho; da segurança dos bens e da segregação de funções; da orientação e capacitação.

d) Informação e Comunicação

É a identificação, coleta e comunicação de informações relacionadas a atividades e eventos internos e externos, necessárias ao alcance dos objetivos da organização, bem como à efetividade das atividades por ela desenvolvidas. Essas informações devem ser transmitidas às pessoas de forma oportuna e tempestiva, de modo a permitir que cumpram suas responsabilidades adequadamente.

e) Monitoramento

É o acompanhamento das atividades de controle da Unidade, com a finalidade de garantir que cada um dos cinco componentes de controle interno, inclusive os controles para colocar em prática os princípios de cada componente, estão presentes e funcionando.

Desenvolvimento

A equipe de auditoria avalia as questões propostas por meio da planilha de avaliação e aplica testes de auditoria (análise documental, entrevistas, etc.) para atestar a presença (existência) e o funcionamento (adequação e efetividade) desses controles. A presença faz referência ao estabelecimento do controle pela administração da entidade (políticas e procedimentos). O funcionamento refere-se à execução padronizada e repetível desses controles pelos agentes responsáveis. No que tange aos testes de controle, estes são aplicados pela equipe de auditoria sobre os Componentes avaliados, que por sua vez são divididos em princípios e posteriormente em questões.

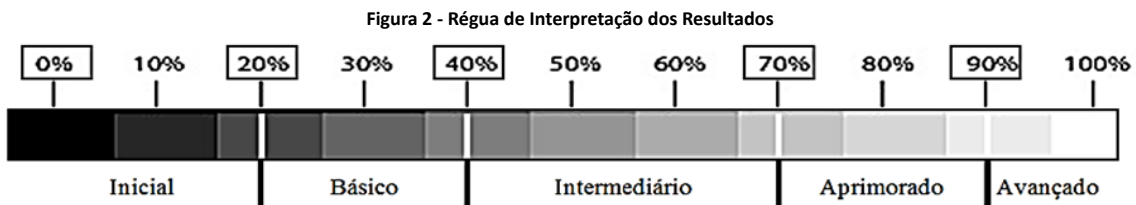
Para cada quesito (existência, adequação e efetividade) foi calculada a média simples com base em cada item avaliado, sendo que para cada item foram atribuídas notas (0 a 4 - conforme Tabela 3). Para cada questão foi calculada a média ponderada de cada quesito. Por sua vez, a nota de cada princípio é obtida pelo cálculo da média simples das questões e a nota de cada componente é obtida pela média simples dos princípios.

Tabela 3 - Escala da Avaliação Técnica de Auditoria

PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
0	Inexistência do controle
1	Controle em desenvolvimento
2	Controle existente, porém com muitas falhas
3	Controle existente, porém com poucas falhas
4	Controle existente e não há falhas detectadas

Fonte: CGE-MG.

A avaliação dos resultados se dará de acordo com o percentual de pontos obtidos frente ao total de pontos possíveis, que deverá ser atribuído, para fins de definição do nível de maturidade dos componentes e princípios, o conceito da escala constante na Figura 2, que será exposto nos índices de avaliação da entidade.



Fonte: CGE (Tribunal de Contas da União - TCU/2012).

A partir dos resultados são descritas as fragilidades constatadas pela equipe de auditoria, por componente avaliado. Com o intuito de subsidiar a atuação do gestor, a equipe de auditoria identificará as fragilidades, assim como as recomendações mais adequadas ao seu tratamento.

Por fim, conhecedor das fragilidades da estrutura de controle, a alta gestão deverá elaborar Plano de Ação para iniciar o tratamento, definindo a descrição das ações de controle, os responsáveis pela implementação e os prazos de implementação das ações que serão monitoradas pela Controladoria Seccional/Setorial.

[1] COSO I – Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Controle Interno – Estrutura Integrada. Maio de 2013. Obra traduzida em língua portuguesa pelo Instituto de Auditores Internos do Brasil – IIA Brasil -, com a colaboração PwC Brasil.



Documento assinado eletronicamente por **Anselmo Luiz Costa Abrantes, Servidor(a) Público(a)**, em 27/09/2022, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Alberto Antao Siqueira, Controlador(a)**, em 27/09/2022, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucimara Ribeiro Pereira, Controlador(a)**, em 27/09/2022, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **53698895** e o código CRC **D84A515C**.

