

INSTITUTO FEDERAL
Sertão Pernambucano

Relatório de Auditoria

Relatório nº: 01/2025 – AUDIN/IFSertãoPE

**Ação 06 do PAINT/2024 e 04 do PAINT/2025: Gestão de Riscos de Integridade -
Programa de Integridade**

Unidades Examinadas:

Reitoria

IFSertãoPE

Qual foi o trabalho realizado pela Auditoria Interna?

Avaliação do macroprocesso “*Gestão de Riscos de Integridade*”, por meio de informações coletadas junto ao Gabinete da Reitoria do IF Sertão PE, no site do próprio IF Sertão PE, à luz das normativas vigentes quanto ao macroprocesso avaliado, bem como de referenciais técnicos pertinentes.

Por que a Auditoria Interna realizou esse trabalho?

Esta avaliação mostrou-se necessária considerando inicialmente os riscos associados ao Macroprocesso, bem como a necessidade de a Auditoria, como terceira linha de defesa, fornecer avaliações sobre os processos de gerenciamento de riscos institucionais. Posteriormente, no curso da auditoria, verificou-se a necessidade de avaliação de todo o Programa de Integridade, especialmente considerando o momento institucional: elaboração do Plano de Integridade triênio 2025-2027.

Quais as conclusões alcançadas pela Auditoria Interna?

De modo geral conclui-se pelo cometimento de falhas da instituição quanto à estruturação do Programa de Integridade, bem como a necessidade de melhorias na própria política de gestão de seus riscos. Constatou-se que, apesar da devida formalização do plano, algumas etapas não estavam sendo integralmente cumpridas e, a princípio, não houve monitoramento, demonstrando fragilidades no processo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AUDIN – Auditoria Interna

GRI – Gestão de Riscos de Integridade

OS – Ordem de Serviço

CGRC – Comitê de Governança, Riscos e Controles

IFSertãoPE – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano

PI – Plano de Integridade

MEC – Ministério da Educação

PAINT – Plano Anual de Auditoria Interna

SA – Solicitação de Auditoria

TCU – Tribunal de Contas da União

CGU – Controladoria Geral da União

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. RESULTADOS DOS EXAMES.....	07
2.1. Constatação 01.....	07
2.2. Constatação 02.....	12
2.3. Constatação 03.....	16
2.4. Constatação 04.....	18
2.5. Constatação 05.....	21
2.6. Constatação 06.....	23
2.7. Constatação 07.....	24
3. QUADRO DE CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	26
4. INFORMAÇÕES.....	28
4.1. Informação 01.....	28
4.2. Informação 02.....	29
4.3. Informação 03.....	31
4.4. Informação 04.....	31
4.5. Informação 05.....	33
CONCLUSÃO.....	35

1.INTRODUÇÃO

A Instrução Normativa MP/CGU nº 01/2016 estabelece em seu art. 21 que a “integridade: tem como base a honestidade e objetividade, elevando os padrões de decência e probidade na gestão dos recursos públicos e das atividades da organização, com reflexo tanto nos processos de tomada de decisão, quanto na qualidade de seus relatórios financeiros e de desempenho”.

De outro turno, o Programa de Integridade consiste em um conjunto estruturado de medidas institucionais voltadas para a prevenção, detecção, punição e remediação de práticas de corrupção, fraudes, irregularidades e desvios éticos e de conduta.

Inicialmente, o objetivo do presente trabalho de Auditoria foi avaliar a condução do macroprocesso “Gestão de Riscos de Integridade”. Em outras palavras, buscou-se avaliar a gestão dos riscos associados ao Programa de Integridade institucional, formalizado por meio de um Plano de Integridade.

Entretanto, durante a execução dos trabalhos, verificou-se a importância de avaliar todo o Programa de Integridade. Isto porque a realização desta auditoria coincidiu com o momento institucional de elaboração do Plano de Integridade, agora em para o triênio 2025-2027, passando por diversas atualizações e melhorias, segundo esclarecimento da Unidade Auditada. Foi informado ainda que está também em fase de finalização a Política de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral, do Assédio Sexual, da Discriminação e das demais formas de Violência.

Assim, considerando a importância de uma auditoria mais sustentável e eficiente, a equipe optou por modificar o escopo dos trabalhos, sendo agora o próprio Programa de Integridade. Conseqüentemente, o objetivo da auditoria passou a ser a avaliação do referido Programa, com vistas a auxiliar a Instituição na melhoria do tratamento e estruturação dos processos concernentes ao tema integridade no âmbito do IFSertãoPE.

Inicialmente, quanto à avaliação da gestão de riscos de integridade, os objetivos específicos seriam no sentido de: a) determinar o nível de maturidade da gestão de

riscos integridade da organização; b) identificar os aspectos que necessitam ser aperfeiçoados.

No entanto, considerando o citado momento institucional (elaboração do novo Plano de Integridade), a equipe de auditoria concluiu que não seria sustentável realizar avaliar o nível de maturidade da gestão de riscos de integridade neste momento, uma vez que está na iminência de, muito provavelmente, alcançar um outro nível de maturidade, razão pela qual esta análise será feita em momento posterior.

Por isso, e considerando a modificação do escopo, como já explicado, o presente trabalho tem como objetivos específicos identificar as principais deficiências e melhorias estruturais necessárias no âmbito do Programa de Integridade e seu Plano de Integridade, identificar os aspectos práticos que precisam ser aperfeiçoados na instituição no que concerne à estruturação da GRI, no mapeamento e tratamento dos riscos, a fim de que seja alcançado um maior nível de maturidade nesta gestão.

Ainda, esta ação está prevista no Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, que estabelece a Política de Governança na Administração Pública, e nas Portarias n.º 1.089/2018 e n.º 57/2019, da Controladoria Geral da União.

Vale ressaltar que a ação de auditoria foi prevista para o exercício de 2023, contudo não foi possível realizá-la, reprogramando-a para o final de 2024 (com horas alocadas na Reserva Técnica do PAINTE 2024 – Item 06) e finalização em 2025 (item 04 do PAINTE 2025).

Foi um trabalho executado durante o período de dezembro de 2024 à maio de 2025, totalizando 378h, 38h além das 340h previstas no PAINTE e também na Ordem de Serviço emitida pela Auditora Titular (OS N° 010/2024/AUDIN/IFSERTA0-PE), a qual designou a equipe para execução desta avaliação. As horas além das planejadas se devem à alteração do escopo do trabalho, conforme mencionado.

A fim de obter evidências razoáveis e suficientes para fundamentar as conclusões e recomendações para a administração da entidade, a equipe de Auditoria Interna empreendeu os seguintes procedimentos de auditoria: análise documental, por meio de exame dos documentos encaminhados pela unidade auditada, localizados no site institucional e também em outros normativos e referenciais técnicos; em resposta às Solicitações de Auditoria; e indagação oral, via reunião com a unidade auditada, com o objetivo de requerer informações e/ou documentos.

Faz-se necessário pontuar que, uma vez iniciada a execução, nenhuma restrição de acesso à informação ou documentos foi imposta por parte da gestão. No entanto, como mencionado anteriormente, a única restrição que se apresentou para a execução do trabalho foi de cunho circunstancial, considerando o momento institucional quanto ao seu Programa de Integridade, razão pela qual o escopo e objetivos precisaram ser redefinidos.

Ao todo foram emitidas 11 recomendações que tratam da revisão de normativos internos, da transparência de informações no Portal Institucional, da instituição de indicadores que permitam avaliar o Plano de Integridade, da formalização de processos, do levantamento de riscos para a integridade, dentre outros.

Espera-se, portanto, a partir dos resultados apontados neste relatório, contribuir com a implementação de controles e melhorias relacionados à integridade no âmbito da IFSertãoPE.

2. RESULTADO DOS EXAMES

2.1 Constatação 01

Deficiência no levantamento e monitoramento dos riscos de integridade.

Fato

Verificou-se, por meio das informações apresentadas pela gestão e da análise do Plano de Integridade biênio 2023-2024, que não existe uma rotina periódica de

monitoramento dos riscos de integridade, em desacordo com o Item 6 do Plano de Integridade biênio 2023/2024, que institui monitoramentos semestrais, ou mesmo com a Tabela constante no Anexo I do Plano, que estabelece outros prazos.

Causa

Entende-se como de causa multifatorial, como: 1. Falha no planejamento das ações relativas ao monitoramento dos riscos por parte dos servidores e gestão; 2. Excesso de demandas e atribuições por partes dos membros do Comitê; 3. Priorização de outras atividades em detrimento da elaboração dos boletins; 4. Não realização de reuniões do Comitê de Integridade para discussões de sua competência.

Manifestação da Unidade Auditada

Questionada por meio da Solicitação de Auditoria nº 2/2025/AUDIN/IFSertãoPE, a unidade auditada afirmou que:

O preenchimento do check-list, previsto no Anexo II do Plano de Integridade para o biênio 2023/2024, ocorreu durante a elaboração do 2ª edição do Plano de Integridade, não havendo registros de monitoramento semestral, conforme inicialmente proposto, ou com base na periodicidade indicada na tabela constante no Anexo I.

Ainda, ao ser indagada, na mesma SA, sobre a realização de reuniões do Comitê de Integridade, foi informado que:

O Comitê de Governança, Riscos e Controles não tem realizado encontros periódicos até o momento, mas será discutida a necessidade de estabelecer uma frequência regular para tratar de deliberações estratégicas e sistêmicas relacionadas ao tema, com o objetivo de tornar a gestão de riscos do IFSertãoPE mais efetiva, estruturada e contínua.

Ademais, ainda sobre a periodicidade do monitoramento dos riscos de integridade, foi informado, em resposta à SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, que “Não há registros de que o monitoramento vinha sendo realizado anualmente ou conforme a periodicidade indicada no plano, ocorrendo apenas ao final de cada versão e no início da seguinte.”

Por fim, em resposta à mesma SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, questionado se o levantamento de riscos associados à integridade presente no Plano de Integridade

2023-2024 foi realizado pelo Comitê de Governança, Riscos e Controles do IFSertãoPE, a unidade auditada noticiou que o mapeamento “foi conduzido pelo Departamento de Gabinete, em parceria com a Diretoria de Gestão de Pessoas e o Departamento de Planejamento e Gestão de Riscos de Aquisições.”

Análise da Auditoria Interna

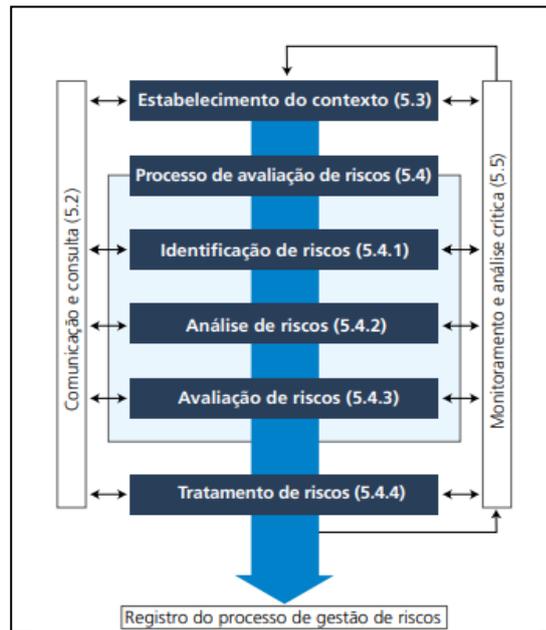
O monitoramento é uma das etapas mais importantes da gestão de riscos. Conforme preceitua o TCU¹, o monitoramento tem como objetivos:

- a) detectar mudanças no contexto externo e interno, incluindo alterações nos critérios de risco e no próprio risco, que podem requerer revisão dos tratamentos atualmente adotados e suas prioridades, e levar à identificação de riscos emergentes;
- b) obter informações adicionais para melhorar a política, a estrutura e o processo de gestão de riscos;
- c) analisar eventos (incluindo os “quase incidentes”), mudanças, tendências, sucessos e fracassos e aprender com eles; e
- d) garantir que os controles sejam eficazes e eficientes no desenho e na operação (ABNT, 2009).

Como bem ilustrado na imagem abaixo, o Monitoramento proporciona respostas e embasamento para a revisão, reestruturação ou manutenção da metodologia e informações de todas as fases de uma gestão de riscos:

¹ Brasil. Tribunal de Contas da União. Roteiro de Avaliação de Maturidade da Gestão de Riscos / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo, 2018, p. 38.

FIGURA 01



Fonte: Roteiro de Avaliação de Maturidade da Gestão de Riscos – TCU, p. 38

É preciso reconhecer que uma política de gestão de riscos de integridade sem o devido monitoramento torna impossível avaliar o cumprimento das etapas do Plano e dificulta a tomada de decisão referente às ações de melhoria da integridade.

No entanto, foi informado que somente foi realizado um monitoramento, quando da elaboração da 2ª Edição do Plano de Integridade, não obstante tenha sido definido um monitoramento semestral dos riscos mapeados. A realização de um único monitoramento realizado não apenas está em desacordo com o que foi estabelecido pela própria gestão no Plano de Integridade, mas também se revela insuficiente para uma gestão de riscos eficaz, considerando a importância desta ação em todo o processo.

Ademais disso, não obstante a unidade tenha informado na resposta à SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE que constará no Plano de Integridade que está em construção que “a Comissão de Integridade do IFSertãoPE passará a elaborar relatórios periódicos sobre a execução do plano, com base nas informações fornecidas pelos Gestores de Riscos no Relatório de Monitoramento de Riscos (RMR)”, é importante que a disposição a respeito do monitoramento, quanto à sua

frequência e competência, se dê de forma exequível, ainda que em um intervalo de tempo superior ao que está atualmente previsto.

Avaliando o último Plano de Integridade (biênio 2023/2024), verifica-se o seguinte trecho:

O Comitê de Governança Riscos e Controles do IFSertãoPE (...) é o responsável por coordenar as atividades de implementação da Política de Gestão de Riscos (Resolução 52/2021/Consup), de modo a orientar as áreas a identificarem os processos organizacionais os quais possibilitem possíveis ocorrências de fraudes e atos de corrupção. Ademais, caberá também ao Comitê supervisionar e monitorar os controles internos adotados, bem como propor novas ações. (p. 17)

Percebe-se que a competência para o monitoramento dos controles foi estabelecida para o Comitê de Governança, Riscos e Controles. No entanto, compete à Unidade de Gestão de Integridade o monitoramento do Programa de Integridade, ao passo que, como informado pela gestão, foram os gestores de riscos os responsáveis pela realização do único monitoramento ocorrido. Não há clareza, desta forma, quanto à competência para a realização do monitoramento dos riscos de integridade e dos controles adotados para a mitigação destes riscos.

É preciso, desta feita, que se estabeleça com cautela quem terá a competência para efetivamente realizar os monitoramentos dos riscos de integridade e com qual frequência estes monitoramentos irão, com segurança, acontecer.

Somado a isso, Unidade de Gestão de Integridade não realiza encontros periódicos para tratar sobre os assuntos de sua competência, incluindo um possível monitoramento, o que impossibilita a sua execução. Resta claro, assim, que a etapa que assegura o sucesso da gestão de riscos de integridade não vem sendo realizada, de forma eficaz, por nenhuma destas instâncias do IFSertãoPE.

Por fim, também no que concerne ao próprio levantamento dos riscos, apesar de esta atribuição competir formalmente ao Comitê de Governança, Riscos e Controles, o Plano de Integridade, ao descrever a metodologia para identificação, análise, avaliação dos riscos mapeados no Anexo I, bem como a resposta da unidade auditada à Solicitação de Auditoria, revelam que não houve participação do Comitê

de Governança, Riscos e Controles neste levantamento, mas apenas de alguns de seus membros (os gestores dos processos relacionados aos riscos levantados).

Há, desta forma, uma confusão ou indefinição quanto à competência para a gestão dos riscos de integridade.

RECOMENDAÇÕES:

Recomendação 1: A construção e execução de uma agenda de reuniões periódicas do Comitê de Integridade, devidamente publicizada, para tratar sobre os assuntos de sua competência.

Recomendação 2: A definição da instância competente para gerenciar os riscos de integridade, de forma clara, bem como a delimitação da competência de todos os agentes envolvidos no processo de gerenciamento de riscos de integridade.

Recomendação 3: A definição de monitoramentos periódicos e exequíveis no Plano de Integridade em construção com a devida execução pela instância competente, com publicação das tabelas de monitoramento no site institucional.

Responsáveis pela implementação: Comitê de Integridade, Gabinete da Reitoria.

2.2 Constatação 02

Carência na transparência quanto à Política de Integridade Institucional

Fato

Não há, no site institucional, acesso rápido e intuitivo aos documentos relacionados à Política de Integridade do IFSertãoPE, em desacordo com o previsto no Art. 11, incisos XII e XIII do Decreto nº 11.529/2023.

Causa

Dificuldade de navegabilidade do site institucional e falta de iniciativa da gestão quanto à disponibilização do conteúdo em local acessível.

Manifestação da Unidade Auditada

Por meio da SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, foi requerido que a unidade auditada justificasse a ausência de informações sobre o Programa de Integridade na aba "Acesso à Informação" ou em outro local de fácil acesso ao público (considerando a navegabilidade/intuitividade) no site institucional, quando foi respondido que:

Até o surgimento da necessidade de elaboração da 3ª versão do Plano de Integridade (em andamento), ainda não havia sido realizado o mapeamento completo das medidas de integridade a serem adotadas, sobretudo, principalmente devido à insuficiência de pessoal diante do alto volume de demandas que requerem ações efetivas. Contudo, após a análise dos requisitos em matéria de integridade, está prevista na nova versão do Plano a criação de um espaço específico no site para o Programa de Integridade, com a responsabilidade de mantê-lo constantemente atualizado.

Análise da Auditoria Interna

A Política de Transparência e Acesso à Informação da Administração Pública Federal compreende a transparência passiva e ativa, além da abertura de bases de dados produzidos, custodiados ou acumulados pela administração pública federal.

A transparência passiva garante a prestação de informações em atendimento a pedidos apresentados à administração pública federal com fundamento na Lei nº 12.527, de 2011. Já a transparência ativa compreende a pronta divulgação de informações nos sítios eletrônicos oficiais dos órgãos.

Nos moldes do art 3º do Decreto nº 11.529/2023, que Institui o Sistema de Integridade, Transparência e Acesso à Informação da Administração Pública Federal e a Política de Transparência e Acesso à Informação da Administração Pública Federal:

Art. 3º Para fins do disposto neste Decreto, considera-se: (Vigência)

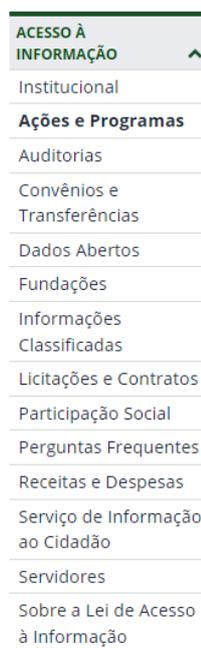
I - programa de integridade - conjunto de princípios, normas, procedimentos e mecanismos de prevenção, detecção e remediação de práticas de corrupção e fraude, de irregularidades, ilícitos e outros desvios éticos e de conduta, de violação ou desrespeito a direitos, valores e princípios que impactem a confiança, a credibilidade e a reputação institucional;

II - plano de integridade - plano que organiza as medidas de integridade a serem adotadas em determinado período, elaborado por unidade setorial do Sitai e aprovado pela autoridade máxima do órgão ou da entidade; e

III - funções de integridade - funções constantes nos sistemas de corregedoria, ouvidoria, controle interno, gestão da ética, **transparência** e outras essenciais ao funcionamento do programa de integridade.

Ora, se a transparência constitui uma das funções da Política de Integridade, é lógico e essencial que haja satisfatória transparência no que se refere à própria Política. No entanto, não há qualquer informação sobre o Programa de Integridade no menu “Acesso à Informação” do IFSertãoPE, como se observa nos espelhos abaixo:

FIGURA 02



Também não há informações na aba “Ações e Programas”:

FIGURA 03



Ressalta-se que esta Auditoria entende que não é razoável aguardar que haja mais informações sobre o Programa de Integridade, como foi apontado pela gestão em sua resposta à SA nº 06/2025, para que então se proceda com a inserção de uma aba ou acesso rápido aos assuntos concernentes ao Programa de Integridade, inclusive porque a Instituição já está elaborando o seu terceiro Plano de Integridade, além de outras medidas e documentos relacionados ao tema.

É importante e legalmente exigido que a comunidade do IFSertãoPE e a sociedade tenham conhecimento e acesso sobre o andamento das ações concernentes à integridade institucional.

Nesse contexto, com vistas a garantir especialmente o amplo acesso da sociedade às informações e aos dados produzidos, a melhoria da gestão das informações disponibilizadas pela administração pública federal para a provisão mais eficaz e eficiente de serviços públicos e para a prestação de contas adequada à sociedade (Art. 11, incisos XII e XIII do referido Decreto), é necessário que a transparência ativa seja exercida de maneira mais eficaz quanto à própria Política de Integridade.

Recomendação 4: Inserir, na aba destinada ao Acesso à Informação, as informações relacionadas ao Programa de Integridade do IFSertãoPE.

Responsáveis pela implementação: Gabinete da Reitoria, Departamento de Comunicação e Eventos (DEPC).

2.3 Constatação 03

Inexistência de normativo ou manual sobre a instituição de procedimentos internos para aplicação da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).

Fato

Não há, no âmbito do IFSertãoPE, uma normativa própria que assegure a aplicação efetiva da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).

Causa

Número reduzido de servidores para atender às demandas da Unidade; Priorização de outras atividades em detrimento da elaboração do normativo.

Manifestação da Unidade Auditada

Por meio da SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, foi questionado se havia sido elaborada uma normativa que a instituisse procedimentos internos para aplicação da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), sendo informado pela unidade auditada em sua resposta que não havia sido elaborada esta normativa.

Análise da Auditoria Interna

Não obstante a Lei Anticorrupção seja detalhada quanto à aplicação de penalidades e procedimentos, esta Auditoria considera como sendo importante para a efetiva aplicação da Lei e penalização dos atos que se enquadram em sua abrangência a elaboração de um manual próprio do IFSertãoPE.

À guisa de exemplo, dispõe o artigo 8º da referida Lei:

Art. 8º A instauração e o julgamento de processo administrativo para apuração da responsabilidade de pessoa jurídica cabem à autoridade máxima de cada órgão ou entidade dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, que agirá de ofício ou mediante provocação, observados o contraditório e a ampla defesa.

§ 1º A competência para a instauração e o julgamento do processo administrativo de apuração de responsabilidade da pessoa jurídica poderá ser delegada, vedada a subdelegação.

Ainda dispõe o artigo 22 da mesma Lei:

Art. 22. Fica criado no âmbito do Poder Executivo federal o Cadastro Nacional de Empresas Punidas - CNEP, que reunirá e dará publicidade às sanções aplicadas pelos órgãos ou entidades dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário de todas as esferas de governo com base nesta Lei.

§ 1º Os órgãos e entidades referidos no caput deverão informar e manter atualizados, no Cnep, os dados relativos às sanções por eles aplicadas.

Em termos práticos, seria possível, por exemplo, que no manual interno ou normativo constasse de que forma e para quem seria esta delegação a que se refere o parágrafo primeiro do artigo 8º. Ainda, no corpo deste documento, poderia constar uma minuta de um acordo de leniência a que se refere o artigo 16 da Lei Anticorrupção.

Verifica-se que há, sim, necessidade de uma normatização interna, com minutas e um procedimento adequado à realidade institucional, com vistas à aplicação efetiva da Lei Anticorrupção, que sirva de orientação para os servidores da Instituição acerca da formalização e tramitação dos Processos Administrativos de Responsabilização, previstos na Lei nº 12.846/2016.

A inexistência de tal documento causa o desconhecimento, por parte dos interessados, do fluxo do Processo Administrativo de Responsabilização relativo ao tema, a ausência de padronização dos trâmites do processo, além de risco maior de perda de prazos.

Recomendação 5: Elaborar normativo ou manual próprio que contemple a instituição de procedimentos internos para aplicação da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).

Recomendação 6: Na gestão de riscos do IFSertãoPE, avaliar o grau de risco no tocante à fraude e à corrupção, elaborando, se necessário, uma política antifraude e anticorrupção, como preconiza o Referencial de combate à fraude e corrupção, 2ª versão (2018), do TCU.

Responsáveis pela implementação: Gabinete da Reitoria, PRODI.

2.4 Constatação 04

Não realização e publicação de pesquisas de satisfação dos usuários dos serviços realizados pelo IFSertãoPE.

Fato

Não estão sendo realizadas pesquisas de satisfação dos usuários, as quais servem para subsidiar o ajuste na prestação dos serviços públicos realizados e ofertados pelo IFSertãoPE, em desacordo com o determinado pelo Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017.

Causa

Vinculação equivocada das pesquisas de satisfação ao Conselho de Usuários.

Manifestação da Unidade Auditada

Questionada sobre o fato descrito anteriormente, a unidade auditada informou que:

Desde 2021, não foram realizadas novas pesquisas ou enquetes por meio da Plataforma virtual do Conselho de Usuários de Serviços Públicos, conforme mencionado anteriormente.

No entanto, na 3ª versão do Plano de Integridade (em andamento), está prevista como medida de integridade a retomada das pesquisas de satisfação por meio de ferramenta que assegure a participação da comunidade, a realização regular de enquetes e a coleta de propostas para

o aperfeiçoamento dos serviços prestados, reforçando o compromisso institucional com a melhoria contínua das atividades desenvolvidas.

Análise da Auditoria Interna

O Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, que regulamenta dispositivos da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, dispõe sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos, institui o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) como instrumento suficiente e substitutivo para a apresentação de dados do cidadão no exercício de obrigações e direitos e na obtenção de benefícios, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma e da autenticação em documentos produzidos no País e institui a Carta de Serviços ao Usuário (Redação dada pelo Decreto nº 9.723, de 2019), estabelece que:

Art. 20. Os órgãos e as entidades do Poder Executivo federal utilizarão ferramenta de pesquisa de satisfação dos usuários dos seus serviços, disponível no endereço eletrônico www.gov.br/governodigital e os dados obtidos subsidiarão a reorientação e o ajuste da prestação dos serviços. (Redação dada pelo Decreto nº 10.332, de 2020)

§ 1º Os canais de ouvidoria e as pesquisas de satisfação objetivam assegurar a efetiva participação dos usuários dos serviços públicos na avaliação e identificar lacunas e deficiências na prestação dos serviços.

§ 2º **Os órgãos e as entidades do Poder Executivo federal deverão dar ampla divulgação aos resultados das pesquisas de satisfação. (grifo nosso)**

Ainda, a Portaria nº 548, de 24 de janeiro de 2022, da Secretaria de Governo Digital, vinculada ao Ministério da Economia, que dispõe sobre a avaliação de satisfação dos usuários de serviços públicos e estabelece padrões de qualidade para serviços públicos digitais no âmbito dos órgãos e entidades do Poder Executivo federal, aduz que:

Art. 7º Os serviços públicos serão avaliados pelos usuários quanto à satisfação e qualidade percebida em função da sua experiência com o serviço.

§ 1º **O nível de satisfação será indicado pelo usuário em escala de cinco pontos.**

§ 2º **As dimensões da qualidade percebida a serem apontadas pelos usuários serão, no mínimo, as seguintes:**

I - clareza das informações: adequação da linguagem ao público e atualização, relevância e objetividade das informações comunicadas;

II - facilidade de uso: simplicidade e intuitividade na navegação pelas telas do serviço;

- III - qualidade dos canais de comunicação: disponibilidade e efetividade do atendimento no relacionamento com o prestador do serviço;
- IV - custo ou esforço para obtenção do serviço: custo financeiro direto ou indireto ou esforço despendido pelo usuário para obtenção do serviço;
- V - disponibilidade do serviço: performance, estabilidade e acesso contínuo ao serviço, independentemente da forma ou dispositivo de conexão;
- VI - tempo para obtenção do serviço: tempo total necessário para finalização do serviço; e
- VII - eficácia: atendimento realizado cumpriu todas as etapas necessárias para responder a solicitação do usuário.

§ 3º A avaliação de satisfação não poderá ser uma etapa obrigatória da jornada do usuário na obtenção do serviço.

Art. 8º As unidades gestoras deverão utilizar a ferramenta de avaliação disponibilizada pela Secretaria de Governo Digital para operacionalização das avaliações de satisfação dos usuários.

Art. 9º As avaliações de satisfação dos usuários serão disponibilizadas para preenchimento após o término da última etapa do serviço.

§ 1º Adicionalmente, a avaliação de satisfação dos usuários poderá ser disponibilizada ao final de etapas intermediárias do processo padrão do serviço, a critério da unidade gestora.

§ 2º A coleta das avaliações de satisfação nos canais de atendimento do serviço será feita conforme modelo publicado pela Secretaria de Governo Digital.

§ 3º A critério da unidade gestora, outros canais poderão ser utilizados, de forma complementar, para disponibilizar as avaliações de que trata o caput para preenchimento pelos usuários.

§ 4º A unidade gestora poderá definir regras específicas relativas à frequência de coleta das avaliações de que trata o caput, visando a adequação às particularidades do serviço, desde que não representem limitação da possibilidade de avaliação por nenhum usuário. § 5º Outras formas de disponibilização, coleta e sistematização das avaliações de que trata o caput poderão ser aplicadas a serviços prestados em canais não digitais, a critério da unidade gestora. (grifo nosso)

Nesse contexto, vê-se que as pesquisas de satisfação constituem importante fonte de informação para avaliar a prestação dos serviços públicos, subsidiando a reorientação e o ajuste desses, quando necessário.

Além disso, a não realização de pesquisas recorrentes podem acarretar na baixa adesão nos formulários de pesquisa de satisfação eventualmente lançados, na impossibilidade ou dificuldade de avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados, e de conseguir informações para aprimorá-lo constantemente.

Cabe salientar que, não obstante a unidade auditada tenha informado que o Plano de Integridade retomará as pesquisas de satisfação, o fato relatado permanecerá como constatação, considerando a urgência, pormenores e relevância da medida.

Recomendação 7: Normatizar sobre a realização de pesquisas de satisfação, dispondo sobre sua periodicidade e metodologia, respeitando a disposição normativa sobre a utilização de ferramenta de pesquisa disponível no endereço eletrônico www.gov.br/governodigital (art. 20, Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017).

Recomendação 8: Promover a ampla divulgação dos resultados das pesquisas de satisfação, como aduz o § 2º do artigo 20 do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, e manter tais informações na página correspondente à Transparência no site do IFSertãoPE.

Responsáveis pela implementação: Gabinete da Reitoria ou Prodi.

2.5 Constatação 05

Ausência de normativo interno no âmbito da gestão de licitações e contratos que discipline padrões de relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo.

Fato

Inexistência do normativo indicado no campo anterior, em desacordo com o que orienta o Guia de Integridade Pública da CGU.

Causa

Possível discordância dos gestores em relação à necessidade de instituir normativo específico, tendo em vista a aplicabilidade de outras legislações e normativos internos.

Manifestação da Unidade Auditada

Ao responder à SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE sobre a ausência do normativo interno no âmbito da gestão de licitações e contratos que discipline padrões de

relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo, a unidade auditada informou que “Não há normativo interno, embora exista Manual de Licitações e Contratos, que se encontra em processo de atualização, estabelecendo regras e critérios de seleção de fornecedores.”

Análise da Auditoria Interna

De acordo com o Guia de Integridade Pública da CGU, que apresenta orientações para a administração pública federal: direta, autárquica e fundacional:

É fundamental a adoção de cuidados especiais para a seleção da equipe responsável pela condução dos processos licitatórios e acompanhamento da execução dos contratos públicos.

Cabe instituir regramento interno que discipline padrões de relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo decisório. Assim, diminuem-se os riscos de favorecimento ou indicação pessoal e criam-se mecanismos para que a fiscalização dos contratos seja feita de forma profissional e eficiente.

O órgão deve também verificar a possibilidade de inserir no contrato cláusulas que exijam, por exemplo:

- comprometimento com a integridade nas relações público-privadas, inclusive com a previsão de criação ou aplicação de um Programa de Integridade, conforme o Decreto nº 8.420 de 18 de março de 2015;
- previsão de rescisão contratual e multa caso a contratada pratique atos lesivos à Administração Pública.

O guia explica por si só a importância de um regramento interno sobre o tema, ainda que se dê por meio da inclusão do conteúdo no Manual de Licitações e Contratos.

Ademais, destaca-se que, embora o relacionamento com os fornecedores seja pautado nos princípios legais da Administração Pública e no Código de Ética dos Servidores Públicos Federais, a adoção de normativo representaria uma boa prática, resguardando ainda mais os gestores da unidade e a própria Instituição.

Recomendação 9: Instituir regramento interno que discipline padrões de relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo decisório ou inserir o conteúdo no Manual de Licitações e Contratos.

Responsáveis pela implementação: PROAD.

2.6 Constatação 06

Ausência de uma Política de formação de liderança devidamente instituída no IFSertãoPE.

Fato

Inexistência do normativo indicado no campo anterior, em desacordo com o que orienta o Guia de Integridade Pública da CGU e o Levantamento de Governança e Gestão Públicas do TCU (2021).

Causa

Possível discordância dos gestores em relação à necessidade de instituir normativo específico, número reduzido de servidores para atender às demandas da Unidade; Priorização de outras atividades em detrimento a essa demanda.

Manifestação da Unidade Auditada

Considerando o disposto no Guia de Integridade Pública da CGU, indagou-se os gestores se o IFSertãoPE possui uma Política de formação de liderança (SA N° 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE), sendo informado sucintamente que não há.

Análise da Auditoria Interna

Segundo o Guia de Integridade Pública da CGU, é necessário investir na formação de líderes e avaliar a gestão, a saber:

O processo de formação e qualificação de pessoal deve ser permanente. Lacunas na capacidade gerencial devem ser prontamente identificadas e sanadas, mediante, por exemplo, mapeamento de competências e capacitação ou, ainda, a substituição do ocupante atual por pessoas que detenham as características mais adequadas a cada posição.

Os gestores devem desenvolver habilidades que lhes permitam avaliar os riscos inerentes às suas atividades e atuar de forma a garantir o desempenho eficaz e eficiente da organização.

Além disso, é importante que a alta administração institua mecanismos de avaliação periódica de todos os dirigentes da organização, de modo a identificar falhas e gargalos que comprometam o desempenho institucional e a integridade. Também é fundamental identificar deficiências técnicas que possam prejudicar a integridade da instituição, principalmente entre os ocupantes de funções de risco.

Nesse contexto, a elaboração de uma política de formação de lideranças no âmbito do IFSertãoPE, além de configurar boa prática, como recomenda o Guia de Integridade Pública da CGU, ainda contribuiria para melhorar a Governança e a Gestão da Instituição.

Importa dizer que, não obstante não tenha sido mencionado na resposta, esta Auditoria reconhece que há, sim, iniciativas adotadas pela gestão quanto à formação de gestores, algumas das quais já participou a própria Auditoria Interna. No entanto, tais ações precisam ser permanentes e formalmente instituídas.

Recomendação 10: Instituir formalmente uma Política de formação de lideranças na IFSertãoPE, que contemple ações para desenvolvimento da liderança e mecanismos de avaliação periódica de todos os dirigentes da Instituição.

Responsáveis pela implementação: Gabinete da Reitoria, PRODI.

2.7 Constatação 07

Fragilidade na identificação de responsável para o andamento de denúncias envolvendo os membros da Alta Administração.

Fato

Não há fluxo específico para o tratamento de denúncias quando elas se referirem a membros da alta administração, em desacordo com o que preconiza o Referencial de Combate à Fraude e Corrupção do TCU.

Causa

Possível discordância dos gestores em relação à necessidade de instituir normativo específico, número reduzido de servidores para atender às demandas da Unidade;

Priorização de outras atividades em detrimento a essa demanda.

Manifestação da Unidade Auditada

Em resposta à SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, a unidade auditada informou que:

Embora não haja um fluxo específico para o tratamento de denúncias que envolvam membros da alta administração, existem fluxos instituídos para o tratamento de todas as manifestações de ouvidoria, incluindo denúncias, conforme página da Ouvidoria no site institucional.

Análise da Auditoria Interna

De acordo com o Referencial de Combate à Fraude e Corrupção do TCU, 2º edição (2018):

As denúncias devem ser tratadas sigilosamente até decisão definitiva sobre a matéria. No caso de denúncias por servidores, a organização deve estabelecer políticas que proíbam retaliação a servidores que denunciarem de boa-fé. **O canal deve estar preparado para receber inclusive denúncias contra a alta administração. Nesse caso, elas devem ser reportadas a uma instância superior**, a exemplo de conselhos de administração ou órgãos colegiados.

Nesse sentido, além do fluxo tradicional de denúncias, os órgãos devem estar preparados para a recepção de denúncias contra a alta administração, as quais serão reportadas a uma instância superior, sendo portanto, adotado um fluxo distinto.

É premente a instituição do referido procedimento, inclusive porque a ausência de um fluxo conhecido pela comunidade pode acarretar no tratamento da denúncia de forma indevida ou mesmo na não realização do tratamento, em virtude de o usuário ou servidor temer alguma retaliação.

Recomendação 11: Indicar responsável e estabelecer fluxo de processo interno relacionado às denúncias que envolvam membros da alta administração.

Responsáveis pela implementação: Gabinete da Reitoria.

3. QUADRO DE CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Constatação 01: Deficiência no levantamento e monitoramento dos riscos de integridade.
Recomendação 01
A construção e execução de uma agenda de reuniões periódicas do Comitê de Integridade, devidamente publicizada, para tratar sobre os assuntos de sua competência.
Recomendação 02
A definição da instância competente para gerenciar os riscos de integridade, de forma clara, bem como a delimitação da competência de todos os agentes envolvidos no processo de gerenciamento de riscos de integridade.
Recomendação 03
A definição de monitoramentos periódicos e exequíveis no Plano de Integridade 2025/2026 (em construção) com a devida execução pela instância competente, com publicação das tabelas de monitoramento no site institucional.
Constatação 02: Carência na transparência quanto à Política de Integridade institucional
Recomendação 04
Inserir, na aba destinada ao Acesso à Informação, as informações relacionadas ao Programa de Integridade do IFSertãoPE.
Constatação 03: Inexistência de normativo ou manual sobre a instituição de procedimentos internos para aplicação da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).
Recomendação 05
Elaborar normativo ou manual próprio que contemple a instituição de procedimentos internos para aplicação da Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção).
Recomendação 06
Na gestão de riscos do IFSertãoPE, avaliar o grau de risco no tocante à fraude e à corrupção, elaborando, se necessário, uma política antifraude e anticorrupção, como preconiza o Referencial de combate à fraude e corrupção, 2ª versão (2018), do TCU.
Constatação 04: Não realização e publicação de pesquisas de satisfação dos

usuários dos serviços realizados pelo IFSertãoPE.

Recomendação 07

Normatizar sobre a realização de pesquisas de satisfação, dispendo sobre sua periodicidade e metodologia, respeitando a disposição normativa sobre a utilização de ferramenta de pesquisa disponível no endereço eletrônico www.gov.br/governodigital (art. 20, Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017).

Recomendação 08

Promover a ampla divulgação dos resultados das pesquisas de satisfação, como aduz o § 2º do artigo 20 do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, e manter tais informações na página correspondente à Transparência no site do IFSertãoPE.

Constatação 05: Ausência de normativo interno no âmbito da gestão de licitações e contratos que discipline padrões de relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo.

Recomendação 09

Instituir regramento interno que discipline padrões de relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo decisório ou inserir o conteúdo no Manual de Licitações e Contratos.

Constatação 06: Ausência de normativo interno no âmbito da gestão de licitações e contratos que discipline padrões de relacionamento com fornecedores de bens e serviços e que institua regras e critérios transparentes de seleção de fornecedores e de acesso aos servidores que participam do processo.

Recomendação 10

Instituir formalmente uma Política de formação de lideranças na IFSertãoPE, que contemple ações para desenvolvimento da liderança e mecanismos de avaliação periódica de todos os dirigentes da Instituição.

Constatação 07: Fragilidade na identificação de responsável para o andamento de denúncias envolvendo os membros da Alta Administração

Recomendação 11

Indicar responsável e estabelecer fluxo de processo interno relacionado às denúncias que envolvam membros da alta administração.

4. INFORMAÇÕES

4.1. Informação 01

Orientações gerais para elaboração do novo Plano de Integridade – Triênio 2025-2027.

Fato

Considerando que, conforme estabelecido pela gestão em resposta à SA nº 2/2025/AUDIN/IFSertãoPE, “a elaboração do Plano de Integridade para o triênio 2025-2027 está ocorrendo de forma concomitante à Política de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral, do Assédio Sexual, da Discriminação e das demais formas de Violência, que também se encontra em fase de elaboração”, e que a publicação destes documentos é iminente, esta Auditoria optou por não realizar a avaliação da maturidade da gestão de riscos de integridade durante o presente trabalho, mas estabelecerá em seu planejamento a execução da referida avaliação. Ressalte-se, no entanto, alguns aspectos serão levados em consideração na avaliação da maturidade da gestão de riscos. Assim, é preciso atentar-se para os seguintes pontos²:

A alta administração e os responsáveis pela governança reconhecem a importância da cultura, da integridade, dos valores éticos e da consciência de riscos como aspectos-chaves para o reforço da *accountability*, através de normas, orientações, cursos, programas, políticas, canais de denúncia e comunicação?

As estruturas e processos para apoiar as responsabilidades de governança de riscos e assegurar que a gestão de riscos seja integrada aos processos de gestão estão bem desenhadas? As competências estão claramente estabelecidas (para gerenciar, monitorar os riscos, adotar as medidas de tratamento, dentre outros) e o exercício dessas atribuições está acontecendo de forma sistemática?

O Comitê de Governança, Riscos e Controles tem o controle sobre as exposições da organização aos riscos de integridade e a forma como os mesmos são tratados?

O apetite aos riscos de integridade foi estabelecido, comunicado e é revisado?

O planejamento estratégico da Instituição leva em consideração os riscos de integridade?

O Plano de Integridade está disponível para acesso ao público interno e externo (fácil acesso)?

² Baseados no documento “Gestão de Riscos – Avaliação de Maturidade” do TCU: Brasil. Tribunal de Contas da União. Roteiro de Avaliação de Maturidade da Gestão de Riscos / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo, 2018.

O Plano de Integridade estabelece de forma clara a periodicidade da identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos?
A administração aloca recursos suficientes e apropriados para a gestão riscos de integridade (pessoas, estruturas, sistemas de TI, métodos, treinamento e ferramentas)?
Além dos servidores, prestadores de serviço e outras partes relacionadas aos processos institucionais são informados e orientados a observar suas responsabilidades quanto aos riscos de integridade, bem como proceder para encaminhar assuntos relacionados ao tema à instância competente?
Foi estabelecido algum calendário, cronograma ou exigência mínima/constante de capacitação do pessoal designado para identificar, avaliar e tratar os riscos de integridade, especialmente os componentes do CGRC?
As três linhas de defesa são orientadas e tem ciência a respeito de seus papéis na gestão de riscos de integridade? Esclarecendo: - A primeira linha (servidores que exercem as atividades operacionais) entende sua responsabilidade pela gestão, identificação dos riscos, manutenção de controles internos eficazes e reporte à segunda linha de controle ou instâncias competentes no caso de necessidade de aperfeiçoamentos? - A segunda linha (funções de gestão) fornece e aplica metodologias para identificar e avaliar os riscos de integridade, bem como comunica ao Conselho Superior o andamento da gestão de riscos de integridade (reporte)?
Foram estabelecidas medidas de contingência e as mesmas são periodicamente testadas e revisadas?
Existem procedimentos e protocolos estabelecidos para monitorar e comunicar mudanças significativas nas condições que possam alterar o nível de exposição a riscos de integridade?
Quando são celebradas parcerias (ex: fundações de apoio) é averiguada a capacidade das potenciais organizações parceiras para gerenciar os riscos antes da realização das parcerias (uma vez que em muitos casos os riscos são compartilhados)?
As organizações parceiras definem planos e medidas de contingência formais e documentados para garantir a recuperação e a continuidade dos serviços, para minimizar efeitos adversos sobre o fornecimento de serviços ao público, quando se concretizar algum dos riscos de integridade.

A intenção ao trazer ao presente Relatório os questionamentos acima é que os mesmos sejam utilizados para nortear/assessorar a gestão inclusive na elaboração do novo Plano de Integridade e no estabelecimento das políticas institucionais de integridade.

4.2. Informação 02

Necessidade de unificação da metodologia de mapeamento de riscos em todo o IFSertãoPE.

Fato

Questionada a unidade auditada sobre como se deu a seleção dos processos presentes na matriz de riscos presente no último Plano de Integridade (Solicitação de Auditoria nº 2/2025/AUDIN/IFSertãoPE), foi informado que:

A seleção dos processos presentes na matriz de riscos do último Plano de Integridade teve como foco as áreas de gestão de pessoas e de licitações e contratos, a partir de uma avaliação realizada pelo Departamento de Gabinete, que coordena a Unidade de Gestão de Integridade no IFSertãoPE, com o apoio da Diretoria de Gestão de Pessoas e do Departamento de Planejamento e Gestão de Riscos de Aquisições. A análise não seguiu especificamente o modelo de priorização de processos disponibilizado pela gestão no site institucional, mas foi conduzida com base em critérios internos e nas áreas mais sensíveis à integridade, identificadas no momento de sua elaboração.

Na primeira edição do Plano (2020-2021), foram priorizadas as ações estruturantes para o Programa, visando fomentar as principais áreas institucionais de instâncias de integridade. Na segunda edição, o Plano continuou buscando fortalecer o Programa, mas com ênfase em ações de sensibilização, orientação e prevenção, voltadas para gestores, servidores, alunos, terceirizados, estagiários e cidadãos, por meio de campanhas e capacitação de promoção da integridade.

Considerando que o Comitê de Governança, Riscos e Controles instituiu metodologia para mensuração e avaliação dos riscos do IFSertãoPE, por meio da Deliberação nº 02 do Comitê de Governança, Riscos e Controles, de 26 de setembro de 2022 (Metodologia de Gestão de Riscos do IFSertãoPE), relevante mencionar a importância de se adotar uma metodologia uniformizada em toda a instituição, inclusive para facilitar a própria gestão de riscos, seu monitoramento e cruzamento de informações. Em suma, é ideal que a Instituição fale a mesma linguagem no que concerne à gestão de riscos em todos os processos institucionais, inclusive os relacionados à integridade, para que de fato ocorra um avanço na gestão de riscos institucional.

Percebe-se, então, uma fragilidade consubstanciada na utilização de metodologia utilizada no mapeamento e avaliação dos riscos de integridade diversa da metodologia instituída no IFSertãoPE por meio do CGRC.

No entanto, na mesma resposta à SA indicada, a unidade auditada afirmou que:

O Plano de Integridade para o biênio 2025-2026 adotará uma abordagem diferente em relação aos planos anteriores, uma vez que utilizará a matriz de riscos e a metodologia estabelecidas na já mencionada Deliberação nº 02 do Comitê de Governança, Riscos e Controles, de 26 de setembro de 2022, que aprova a Metodologia de Gestão de Riscos do IF Sertão PE.

Sendo assim, tendo em vista o quanto informado, a fragilidade restará superada com a adoção da mesma metodologia, instituída pelo Comitê de Governança, Riscos e Controles.

4.3. Informação 03

Necessidade de consolidação de conhecimento a respeito de gestão de riscos e os conceitos a ela associados, para melhor mapeamento dos processos, análise dos riscos e identificação dos controles

Fato

De uma leitura no Anexo I do Plano de Integridade, mais especificamente nas medidas de tratamento (controles internos), verifica-se que foram apontadas ações que não se enquadram no conceito de controle interno como, por exemplo, “realizar análise das autodeclarações”.

De acordo com a IN 01/2016, os controles internos são o:

(...) conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de servidores das organizações, destinados a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que, na consecução da missão da entidade, os seguintes objetivos gerais serão alcançados:

- a - execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das operações;
- b - cumprimento das obrigações de accountability;
- c - cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis; e
- d - salvaguarda dos recursos para evitar perdas, mau uso e danos. O estabelecimento de controles internos no âmbito da gestão pública visa essencialmente aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam alcançados, de forma eficaz, eficiente, efetiva e econômica;

Percebe-se, não apenas com o exemplo citado, mas em outras situações, uma certa confusão da gestão com os conceitos relacionados à gestão de riscos.

No entanto, considerando o tempo decorrido entre a elaboração da 2ª Edição do Plano de Integridade e a elaboração do novo Plano, agora triênio 2025-2027, bem como treinamento organizado pela própria Auditoria Interna sobre gestão de riscos direcionado à toda Alta Administração do IFSertãoPE em 2024, é esperado que no Plano de Integridade triênio 2025-2027, diante dos conhecimentos adquiridos e da experiência vivenciada, esta fragilidade seja superada. Não é demais ressaltar, por oportuno, a importância de capacitações periódicas dos agentes envolvidos no processo de gestão de riscos de integridade.

4.4. Informação 04

Necessidade de acompanhamento periódico, sistematizado, da divulgação das agendas dos gestores.

Fato

Por meio da SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, foi questionado à gestão se há uma definição formal sobre quem fiscaliza a divulgação das agendas de compromissos públicos dos gestores da IFSertãoPE, nos termos da Lei 12.813/2013, artigo 8º, inciso VIII.

Assim, a unidade auditada informou a existência de uma Unidade Setorial do Sistema de Integridade, Transparência e Acesso à Informação da Administração Pública Federal – Sitai de que trata o Decreto nº 11.529/2023, anexando aos autos a Portaria nº 683, de 06 de agosto de 2024 (SEI 0119991 – Anexo I).

Como medida relacionada à questão apontada, informou que:

Em 26/09/2024 foi enviado e-mail aos novos Pró-Reitores sobre a existência do Sistema Eletrônico de Agendas do Poder Executivo Federal - e-Agendas, desenvolvido pela Controladoria-Geral da União – CGU (SEI 0119991 – Anexo II). Na referida data, foram criados os perfis de Agentes Públicos Obrigados - APOs e solicitado que as referidas autoridades passassem a alimentar o Sistema.

Verifica-se a necessidade, no entanto, de um acompanhamento periódico, sistematizado, da divulgação das agendas dos gestores, com vistas a respeitar a necessidade da transparência ativa exigida pela normativa quanto ao tema.

Nesse sentir, a unidade auditada informou que:

O monitoramento da atualização regular do e-Agendas, com o objetivo de garantir a publicidade dos compromissos oficiais dos gestores, está previsto como medida de integridade na 3ª versão do Plano de Integridade (em andamento).

Em razão disto, este tema vem apontado no presente Relatório como informação, e será objeto de avaliação na próxima auditoria sobre o Programa de Integridade.

4.5. Informação 05

Inatividade do Conselho de Usuários de Serviços Públicos (ausência de exigência normativa) e necessidade de demanda junto à Ouvidoria Geral da União

Fato

Questionada, através da SA Nº 6/2025/AUDIN/IFSertaoPE, se havia sido instituído um Conselho de Usuários dos serviços públicos no âmbito do IFSertãoPE, a unidade auditada afirmou que:

A Ouvidoria criou um espaço no sítio institucional com vistas à divulgação de informações sobre o Conselho de Usuários de Serviços Públicos, com disponibilização do Guia do Conselheiro e o passo a passo para se cadastrar.

Em 2021, foi apresentada à Gestão a importância da implementação do Conselho de Usuários no âmbito do IFSertãoPE e, posteriormente, realizada uma palestra aberta à comunidade para apresentação do Conselho, seu funcionamento e outros esclarecimentos. Adicionalmente, foi realizado chamamento para voluntários ao Conselho de Usuários nos destaques na página oficial da Instituição e em todos os perfis das redes sociais das unidades. Na época, houve uma adesão de 30 conselheiros e os resultados das enquetes foram apresentados aos responsáveis pelos serviços prestados. Atualmente, o Conselho conta com 41 integrantes, porém, desde então, não foram realizadas novas pesquisas ou enquetes.

Para justificar a ausência da atuação deste Conselho que foi instituído, a unidade auditada juntou aos autos um comunicado da Diretoria de Proteção e Defesa do

Usuário de Serviço Público da Ouvidoria-Geral da União – Dusp/OGU, de 02 de outubro de 2023, informado que o então modelo dos Conselhos de Usuários de Serviços Públicos estava em processo de revisão.

Por fim, foi emitida pela CGU a Nota Técnica nº 331/2025/CGOUV/DOUV/OGU, também anexada aos autos pela unidade auditada, onde consta que

o conteúdo relativo às informações acerca do funcionamento dos conselhos de usuários de serviços públicos consta apenas na Portaria CGU nº 581/2021 (art. 52, § 1º, V), que foi revogada pela Portaria Normativa CGU nº 116/2024.

4.14. Logo, as recomendações que tratam exclusivamente da ausência desse conteúdo devem ser canceladas ou, quando tratarem desse conteúdo conjuntamente com outros conteúdos, devem ser ajustadas, considerando que não há mais amparo normativo para tal exigência.

Assim, por ausência de uma exigência normativa e também de orientação proveniente do órgão competente, e visando manter uma unidade de entendimentos com o órgão de controle que supervisiona as atividades desta Auditoria (CGU), bem como com as demais Auditorias por ele subordinadas, não há que se falar em recomendação quanto a este ponto.

Para sanar esta lacuna, a unidade auditada informou que:

Na 3ª versão do Plano de Integridade (em andamento), está previsto como medida de integridade o estabelecimento de um processo transparente e eficiente que garanta a participação cidadã na avaliação e melhoria dos serviços do IFSertãoPE, promovendo uma governança íntegra e focada em resultados que atendam às necessidades da comunidade.

No entanto, ressaltamos a importância de demandar, junto à Diretoria de Proteção e Defesa do Usuário de Serviço Público da Ouvidoria-Geral da União – Dusp/OGU ou outro órgão competente sobre a divulgação das novas diretrizes relativas aos Conselhos de Usuários de Serviços Públicos, considerando a relevância das atividades exercidas pelo referido Conselho. Por este motivo, este ponto merece destaque neste Relatório como informação.

5. CONCLUSÃO

A presente auditoria foi realizada sem dificuldades quanto à unidade auditada, a qual prestou todas as informações e apresentou todos os documentos necessários de forma tempestiva e contributiva.

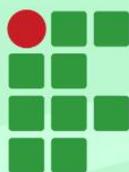
Pôde-se perceber que, apesar da devida formalização do Plano de Integridade e de estar instituído o Programa de Integridade, algumas etapas não estavam sendo totalmente cumpridas e, a princípio, não houve monitoramento, demonstrando fragilidades. Espera-se, portanto, a partir dos resultados apontados neste relatório, contribuir com a implementação de controles e melhoria dos processos relacionados à integridade no âmbito da IFSertãoPE, fortalecendo tanto a Unidade de Gestão da Integridade (UGI) como as demais instâncias que atuam e colaboram nessa seara.

Petrolina, 02 de junho de 2025.

Supervisão:

Raquel Cavalcanti
Auditora Interna

Damiana Araújo
Auditora Titular



**INSTITUTO
FEDERAL**
Sertão Pernambucano