



Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Bairro centro, Alfenas/MG - CEP 37130-001
Telefone: (35)3701-9011 - <http://www.unifal-mg.edu.br>

RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 2021001

PAINT/2021, AÇÃO 12, SUBAÇÃO 06, INTEGRIDADE, GESTÃO DE RISCOS

PROCESSO SEI Nº 23087.006367/2021-62

I - INTRODUÇÃO

Em atenção ao preceituado no Processo nº 23087.006367/2021-62, o qual encaminha o Programa de Auditoria referente à Ação 12 - Subação 06 - Planejamento, Mapeamento de Processos, Integridade Pública, Gestão de Riscos Corporativos do PAINT/2021 foram desenvolvidos trabalhos de avaliação nas rotinas internas dos setores envolvidos com a ação.

Tendo em vista a realidade atual que envolve as Universidades Públicas Brasileiras, o aprimoramento do planejamento interno por meio da racionalização e otimização dos processos e ações de tal sorte a buscar o cumprimento da missão e objetivos institucionais tem se tornado um verdadeiro desafio aos gestores. Sob a tônica das restrições orçamentárias e demais dificuldades que vêm recaindo sobre as Instituições, a adoção de medidas cada vez mais eficazes e efetivas, bem como o exercício de prioridades na tomada de decisão tem sido uma realidade no enfrentamento desse cenário atual.

Sob essa ótica, o bom conhecimento dos processos internos e suas nuances, faz com que a gestão torne-se mais consciente e segura na tomada de decisões. Para tanto, faz-se necessário o aprimoramento das rotinas internas no sentido de se implementar ferramentas essenciais ao planejamento como o Mapeamento de Processos e a Gestão de Riscos Corporativos (GRC). Além do mais, faz-se necessário que as informações geradas recebam o devido tratamento e sejam devidamente disponibilizadas.

Ensina o *Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission* – COSO que todas as instituições precisam definir sua estratégia e ajustá-la periodicamente, adequando seus processos, ficando sempre atentas às oportunidades de criação de valor e aos desafios que se apresentam. Nessa seara o GRC se apresenta como necessário para viabilizar a otimização da performance dos processos e ações, assim como da própria estratégia institucional. Quando se observa a integração da GRC na estrutura processual da organização, diversos são os benefícios alcançados, vejamos:

1. Aumento do leque de oportunidades, onde a Instituição poderá identificar novas oportunidades, bem como os desafios específicos relacionados às oportunidades atuais;
2. Identificação e gestão dos riscos da instituição como um todo, o que fornecerá aos gestores a oportunidade de manter e/ou melhorar a performance dos processos institucionais;
3. Aumento dos resultados positivos e mais eficazes por meio da diminuição das surpresas negativas que poderiam atingir os processos institucionais, preparando o gestor de uma forma mais eficiente para a tomada de decisão mais consciente dos riscos;
4. Permite prever os riscos que poderiam afetar a performance e colocar em práticas medidas necessárias para minimizar a disrupção e maximizar a oportunidade;

5. Melhor distribuição dos recursos por meio de informações sólidas e consistente sobre os riscos que permitem à administração, diante de recursos finitos e/ou escassos, avalie as necessidades, priorize a distribuição e melhore a alocação de recursos;
6. Aumento da resiliência da Instituição, fornecendo mais elementos para a previsão de possíveis mudanças e como responder a elas, assim como evoluir e prosperar nesse cenário.

Outro aspecto que merece a atenção da gestão diz respeito à sua imagem, por meio da tomada de medidas coerentes aos preceitos de integridade que decorrem de princípios constitucionais como o da moralidade e eficiência do gasto público.

Posto isso, uma estrutura de governança forte e bem delineada se desenvolve com a estruturação de um bom mapeamento de processos, que viabilizará um melhor conhecimento de todas as atividades da instituição e viabilizará uma boa estruturação do processo de gerenciamento de riscos. Por sua vez, o GRC fornece ao gestor a segurança razoável para a tomada de decisão e fortalece a governança institucional fornecendo elementos de profissionalismo às ações institucionais. Dentro dessa atmosfera de um planejamento mais robusto e mais profissional, onde o gestor terá uma estrutura de governança mais bem tabulada e melhor alinhada aos rumos institucionais, por meio de implementação de ferramentas de controles condizentes aos riscos identificados e geridos, as ações serão praticadas de forma mais real, distanciando possíveis distorções e aspectos de amadorismo.

Um outro aspecto que fortalece uma gestão a forma com que ela trata seus dados internos e os disponibiliza para a coletividade. Dentro dessa ótica, faz-se necessário promover o casamento da LGPD com os preceitos de dados abertos no intuito de promover o cumprimento do princípio da publicidade e da transparência evidenciando o compromisso da instituição de não só realizar uma boa gestão dos recursos públicos, mas também de informar a todos como e porque foram efetivados tais gastos.

Por fim, cabe ressaltar que o processo de gerenciamento de riscos, assim como todo o planejamento institucional, não é um processo estático com o fim em si próprio. Ele é um processo cíclico que demanda revisões periódicas que favorecem a correção de rumos, assim como o estabelecimento de novas metas mediante análises e adequação dos processos às novas realidades que se impõe por agentes internos e externos.

II - ESCOPO DO TRABALHO

Conforme proposto no PAINT/2021, a Audint deverá realizar a avaliação dos processos relacionados à 1) mapeamento de processos, 2) execução do plano de dados abertos, 3) o programa de integridade, e 4) a gestão de riscos corporativos verificando a conformidade com a regulamentação pertinente, bem como tentando identificar, oportunamente, fragilidades relevantes à partir de eventuais falhas evidenciadas nos resultados.

Após o levantamento inicial de informações optou-se por iniciar as averiguações com o Comitê de Governança, Riscos, Controles e Integridade – CGRCI, assim como com as áreas estratégicas da Instituição, deixando de fora as unidades acadêmicas e campus avançados.

III - METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi encaminhado ao Presidente do Comitê de Governança, Riscos, Controles e Integridade – CGRCI, à Pró-Reitoria de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional e à Pró-Reitoria de Administração e Finanças o Ofício nº 23/2021/AI/Reitoria/UNIFAL-MG, datado de 25/05/2021, comunicando as referidas áreas e seus gestores acerca do início da realização das ações de auditoria, assim como apresentando a equipe que foi designada para a realização da presente ação.

As ações de auditoria foram deflagradas por meio de consulta ao sítio eletrônico da Instituição mediante busca nas diversas páginas que tratam sobre os assuntos pertinentes à presente ação de auditoria.

Feita a presente busca e a competente análise dos documentos encontrados, foram elaboradas duas espécies de solicitação de auditoria, sendo uma destinada ao CGRCI e a outra destinada a 11 (onze) áreas distintas que tinham seus processos mapeados e os riscos catalogados no plano de gestão de riscos da Instituição.

Vejamos os questionamentos feitos ao CGRCI:

Gestão de Riscos Corporativos - Instrução Normativa Conjunta CGU/MP nº 01/2016

1. A disponibilização das atas de reunião Ordinárias e Extraordinárias do CGRCI – Comitê de Governança, Riscos, Controles e Integridade referentes aos exercícios de 2019, 2020 e 2021.
2. Tendo em vista que o Plano de Gestão de Riscos da UNIFAL-MG informa que a estrutura do processo da gestão de riscos na UNIFAL-MG está alinhada à metodologia ForRisco (BERMEJO, et al. 2018), solicita-se informar, assim, o estágio de adoção do sistema ForRisco na Instituição.
3. Tendo em vista que o Plano de Gestão de Riscos elaborado pela UNIFAL-MG prevê que a implementação da gestão de riscos deve traduzir-se em resultados satisfatórios à instituição, por meio de respostas ágeis, da otimização de recursos, e da melhoria dos serviços prestados junto à comunidade acadêmica e à sociedade, solicita-se manifestar se já foi feita uma ponderação acerca dos benefícios trazidos pela adoção da gestão de risco na instituição tendo em vista que o processo de adoção da mesma se deu desde 2017 por meio da elaboração da Política de Gestão de Riscos.
4. Tendo em vista que em 28/11/2018 foi editado o Plano de Gestão de Riscos, em atenção ao item 6 da Política de Gestão de Riscos, que previa que *“No prazo de 360 dias de sua constituição, o Comitê de Governança, Risco e Controle deverá elaborar, aprovar e iniciar a implementação da Política de Gestão de Riscos, que será revisada anualmente para acompanhamento e avaliação”*, solicita-se apresentar os instrumentos de revisão realizada anualmente desde 2019 para a avaliação da Política de Gestão de Riscos, assim como da metodologia adotada.
5. Manifestar acerca do grau de adoção do gerenciamento de riscos pelas diversas áreas fim e meio da Instituição (Pró-Reitorias, Institutos, Faculdades, Escolas, Órgãos de Apoio, Laboratórios, etc.).
6. Manifestar sobre a periodicidade de revisão dos processos submetidos à gestão de riscos.
7. Manifestar acerca do monitoramento realizado para a verificação do cumprimento dos planos de ação e da adoção das medidas mitigadoras identificadas em cada processo.
8. Manifestar acerca do grau de apoio ao gestor que os processos geridos sob a ótica da gestão de riscos têm conferido no ato da tomada de decisões estratégicas.
9. Tendo em vista que o novo normativo de licitações, o qual já pode ser utilizado concomitantemente ao regime anterior, mas que dentro de menos de dois anos será o único regime existente, prevê a utilização de informações oriundas da gestão de risco para a elaboração dos planejamentos das compras públicas, manifestar sobre o estágio de utilização dos insumos provenientes de processos geridos sob a ótica de risco para esses fins.

Programa de Integridade – Decreto nº 8240/2016, Decreto nº 9203/2017 e Portaria CGU nº 1089/2018

1. Apresentação dos relatórios semestrais de monitoramento do plano de integridade elaborados no exercício de 2020 que externe o monitoramento dos riscos estabelecidos no Plano de Integridade 2018/2020.
2. Apresentação do plano de integridade em vigor já que a Instituição se comprometeu a uma revisão e atualização do plano de integridade com periodicidade bianual.
3. Tendo em vista que já estamos no mês de junho de 2021, manifestar acerca do estágio de elaboração do relatório semestral de monitoramento do plano de integridade desse exercício.

Programa Dados Abertos - Decreto nº 8777/2016

1. Tendo em vista o estabelecido no item 7 do Plano de Dados Abertos da UNIFAL-MG, às fls. 12, qual o estágio de evolução das providências necessárias para a disponibilização no Portal Brasileiro de Dados Abertos das bases de dados da UNIFAL-MG? Apresentar evidências.
2. Manifestar acerca do estágio de evolução do cumprimento do Cronograma de elaboração do PDA para as seguintes ações a serem realizadas nesse exercício (apresentando evidências): 1) Consulta Pública para avaliar bases já abertas (Prazo Abril 2021); 2) Revisão do PDA para atender o último ano de vigência (Prazo Maio 2021); 3) Relatório de Acompanhamento Publicado (Prazo Junho 2021)

Para as demais áreas foram encaminhadas Solicitações de Auditoria contendo os seguintes questionamentos:

1. Tendo em vista que o Plano de Gestão de Riscos elaborado pela UNIFAL-MG prevê que a implementação da gestão de riscos deve traduzir-se em resultados satisfatórios à instituição, por meio de respostas ágeis, da otimização de recursos, e da melhoria dos serviços prestados junto à comunidade acadêmica e à sociedade, solicita-se manifestar se já foi feito, à nível desse Setor, uma ponderação acerca dos benefícios trazidos pela adoção da gestão de risco tendo em vista que o processo de gerenciamento de riscos foi adotado na Instituição desde 2017 por meio da elaboração da Política de Gestão de Riscos pelo Comitê de Governança, Riscos, Controle e Integridade – CGRCI? **Apresentar possíveis evidências.**
2. Manifestar acerca do grau de adoção do gerenciamento de riscos pelo setor abordando o percentual de processos já mapeados e com gerenciamento de riscos implementado. **Apresentar possíveis evidências.**
3. Para os processos já mapeados cujos riscos já tenham sido identificados, manifestar acerca da periodicidade que tais processos e ações são revisados. **Apresentar possíveis evidências.**
4. Manifestar acerca do monitoramento realizado pelo setor para a verificação do cumprimento dos planos de ação e da adoção das medidas mitigadoras identificadas em cada processo. **Apresentar possíveis evidências.**
5. Tendo em vista a Pandemia Instaurada no início do último exercício e que ainda estamos vivendo, foi realizado pelo setor alguma modificação nos processos internos? No tocante a tais modificações, caso existam, foram feitas novas análises de riscos sobre a nova conjectura? Foram implementadas novas ferramentas de controle sobre essa nova situação? **Apresentar possíveis evidências.**

Fez-se necessário ainda a emissão de mais uma solicitação de auditoria – SA nº 13, direcionada à Coordenadoria de Capacitação e Avaliação da PROGEPE, onde foi questionado o que segue:

1. Relação contendo todos os cursos de capacitação relacionados a Gestão de Riscos e Mapeamento de Processos realizados pela Instituição ou com o apoio da mesma desde janeiro de 2017 (ano da adoção da política de gestão de riscos pela Instituição), apresentando também a relação dos servidores da Instituição participantes, assim como o montante de recursos financeiros investido na ação seja com contratação de curso externo, seja com o pagamento de Gratificação por Encargo de Curso ou Concurso (GECC). Caso não tenha sido gasto qualquer recurso financeiro na capacitação, indicar tal fato.

Cabe ressaltar que para cada Solicitação de Auditoria foi aberto um processo distinto com prazo de cumprimento específico de tal sorte a manter a confidencialidade das informações prestadas por cada uma das áreas avaliadas. Conforme se verifica do quadro abaixo apenas o CGRCI e a PROGEPE não responderam ao questionamento no prazo especificado, sendo que o CGRCI ao ser notificado do vencimento do prazo e especificado novo prazo, este foi devidamente atendido. Já a PROGEPE encaminhou solicitação ao Auditor Chefe e não à equipe responsável pela realização do trabalho de dilação de prazo, sendo que o Auditor Chefe, por meio do Despacho Administrativo nº19/2021/AI/Reitoria informou que tal solicitação de dilação deveria ser tratado diretamente com a equipe, o que não foi feito pela área que, sem qualquer manifestação de concordância com a solicitação feita no Despacho Administrativo nº854/2021/PROGEPE/REITORIA, apenas encaminhou as informações

de forma intempestiva em 28/07/2021 por meio do Despacho Administrativo nº 1008/2021/PROGEPE/REITORIA.

PROCESSO	DESTINO	ASSUNTO	RESPOSTA
23087.009073/2021-92	CGRCI e Reitoria	SA 01	Novo Prazo - Reiteração
23087.009161/2021-94	PROAF	SA 02	No prazo
23087.009162/2021-39	PROGEPE	SA 03	Fora do Prazo
23087.009163/2021-83	PROEXT	SA 04	Dilação – No Prazo
23087.009165/2021-72	PROPLAN	SA 05	No Prazo
23087.009166/2021-17	PRACE	SA 06	No Prazo
23087.009167/2021-61	PRPPG	SA 07	No Prazo
23087.009168/2021-14	PROGRAD	SA 08	No Prazo
23087.009169/2021-51	NTI	SA 09	No Prazo
23087.009170/2021-85	DRGCA	SA 10	No Prazo
23087.009171/2021-20	Agência Inovação	SA 11	No Prazo
23087.009172/2021-74	Ouvidoria	SA 12	No Prazo
23087.009978/2021-62	CGRCI e Reitoria	Reiteração SA 01	No Prazo
23087.010903/2021-24	PROGEPE	SA 13	No Prazo

De posse de todas as informações foram feitas as devidas análises pela equipe de auditoria sendo os achados de auditoria e as respectivas recomendações condensados no tópico a seguir.

IV - RESULTADOS DOS EXAMES

1. Universidade Federal de Alfenas

1.1. Comitê de Governança, Riscos, Controle e Integridades – CGRCI

1.1.1. INFORMAÇÃO 01

Conforme se extrai da Política de Gestão de Riscos e do Plano de Gestão de Riscos da Instituição, a metodologia adotada trabalha com uma matriz 3x3, ou seja, apresenta três classes de impacto e três classes de probabilidade, gerando 09 possibilidades de combinação e criando intervalos de classificação de apenas três graus, sendo baixo, médio e alto. Assim sendo, os intervalos apresentam-se muito amplos abarcando 03 possibilidades de combinação para cada intervalo num percentual de 33,33% para cada grau de risco.

Ao verificarmos as metodologias existentes, assim como a literatura sobre o assunto, verifica-se que existem diversas combinações e especificações de dimensões para a realização do processo de gerenciamento de riscos. A metodologia do antigo Ministério do Planejamento, por exemplo, trabalha com uma matriz 5x5. O mesmo ocorre com a metodologia da CGU, que também trabalha com

uma metodologia 5x5, gerando 25 possibilidades de combinação e viabilizando uma ampliação dos graus de classificação, como o que ocorre nas metodologias citadas, as quais classificam os riscos em baixo, moderado, alto, muito alto e extremo. Assim, cada uma das 05 classificações abarcaria 05 possibilidades de combinações e perfariam um percentual de 20% ampliando as possibilidades do gestor de especificar melhor suas prioridades.

Posto isso, buscando o aprimoramento do processo de gerenciamento de riscos na Instituição, assim como buscando fornecer maior segurança ao gestor na sua tomada de decisão, sugerimos que a metodologia aplicada na UNIFAL-MG seja revista com o auxílio de uma das áreas de estatística da Instituição de tal sorte que se busque uma metodologia que traga maiores possibilidades de classificação de riscos e viabilize aos gestores intervalos menores e um maior número de classificações de riscos possíveis para uma melhor priorização e melhor emprego dos recursos públicos.

1.1.2. CONSTATAÇÃO 01

Ausência de revisões periódicas para avaliação da política e revisão da metodologia de gestão de riscos da UNIFAL-MG.

FATO

Conforme determina o item 06 da Política de Gestão de Riscos da instituição, esta deveria ser anualmente revisada para acompanhamento e avaliação. Assim, por meio do item "d" da Solicitação de Auditoria nº01 foram solicitados os instrumentos de revisão realizados pela Instituição desde o exercício de 2019, tendo em vista que não foram encontradas nas análises feitas no sítio eletrônico da Instituição qualquer evidência de que as mesmas teriam sido realizadas.

Por meio do OFÍCIO Nº 2/2021/COMITE-CGRCI/CDI/PROPLAN/Reitoria/UNIFAL-MG o Presidente do CGRCI em exercício encaminhou como resposta o DESPACHO ADMINISTRATIVO Nº 31/2021/CDI/PROPLAN/REITORIA que apresentou a seguinte justificativa:

A unidade responsável pela gestão de riscos na universidade é a Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional (CDI). Em 2019, a CDI deu início ao processo de revisão da gestão de riscos dos processos críticos das unidades administrativas, conforme consta na ata da 2ª reunião do CGRCI, de 2019 (0195355). Entretanto, com as mudanças advindas pela pandemia, e, por contar com apenas dois servidores efetivos, os trabalhos foram interrompidos momentaneamente. Por isso, dado o extenso rol de atribuições da CDI, como: coordenar a elaboração de planos, programas e projetos institucionais, tais como o PDI e o plano de ações; o monitoramento do plano de ações; o relatório de gestão; divulgar informações institucionais; elaborar organogramas e fluxogramas; realizar o mapeamento de processos; contribuir com o desenvolvimento do marketing interno e externo da UNIFAL-MG; entre outras, a revisão da política de gestão de riscos será retomada a partir de 2022, conforme colocado no Plano de Ações 2021.

Assim sendo o que se observa é que a revisão prevista na Política de Gestão de Riscos da Instituição não foi realizada tendo em vista o acúmulo de serviço do setor que recebeu a incumbência do CGRCI para a realização do monitoramento e avaliação do processo de gestão de riscos na Instituição. Tal fato espelha que a área reúne inúmeras competências estratégicas da Instituição e não é devidamente aparelhada tendo em vista a relevância dos assuntos ali tratados.

CAUSA

Priorização feita pelo gestor responsável em decorrência da sobrecarga da área designada para tratar o assunto.

RECOMENDAÇÃO 01: Realização de revisões periódicas da política, do plano e da metodologia de gestão de riscos em atendimento ao preceituado na própria política de gestão de riscos da UNIFAL-MG, assim

como preceitua as boas práticas sobre a matéria;

RECOMENDAÇÃO 02: Aparelhar a área responsável por coordenar e executar as ações de gestão de riscos com os recursos necessários à efetiva realização das ações necessárias para a real implantação da gestão de riscos na Instituição.

RECOMENDAÇÃO 03: Executar de forma periódica avaliações qualitativas e quantitativas dos resultados obtidos por meio da efetivação dos processos de gestão de riscos de tal sorte que seja possível identificar os benefícios trazidos pela implantação da gestão de riscos, assim como identificar as melhorias trazidas para os processos mapeados e submetidos à gestão de Riscos.

RECOMENDAÇÃO 04: Estabelecer no plano de gestão de riscos metas de ampliação para a adoção da gestão de riscos para aqueles processos mapeados e que ainda não foram submetidos à gestão de riscos, assim como para a execução do mapeamento dos processos das áreas que ainda não foram mapeadas e a consequente aplicação do procedimento da gestão de riscos.

1.1.3. CONSTATAÇÃO 02

Ausência de procedimento institucionais que demonstrem a continuidade dos trabalhos relacionados ao Programa de Integridade Pública estabelecido pelo art. 19 do Decreto 9.203/2017.

FATO

Na busca por informações acerca do programa de integridade da Instituição foram feitas pesquisas no sítio eletrônico da Instituição e somente foi encontrado uma página denominada PROFIP de onde só foi possível extrair documentos que demonstravam as atividades na Instituição sobre a matéria até meados de 2019. Dessa forma, tendo em vista que o Programa de Integridade da Instituição, que data de 2018, previa uma revisão semestral das ações, foram solicitadas informações ao CGRCI por meio da Solicitação de Auditoria nº 01 conforme descrito abaixo:

Programa de Integridade – Decreto nº 8240/2016, Decreto nº 9203/2017 e Portaria CGU nº 1089/2018

1. Apresentação dos relatórios semestrais de monitoramento do plano de integridade elaborados no exercício de 2020 que externe o monitoramento dos riscos estabelecidos no Plano de Integridade 2018/2020.
2. Apresentação do plano de integridade em vigor já que a Instituição se comprometeu a uma revisão e atualização do plano de integridade com periodicidade bianual.
3. Tendo em vista que já estamos no mês de junho de 2021, manifestar acerca do estágio de elaboração do relatório semestral de monitoramento do plano de integridade desse exercício.

Os questionamentos apresentados acima foram respondidos por meio do DESPACHO ADMINISTRATIVO Nº 31/2021/CDI/PROPLAN/REITORIA encaminhado a essa Auditoria Interna por meio do OFÍCIO Nº 2/2021/COMITE-CGRCI/CDI/PROPLAN/Reitoria/UNIFAL-MG com as seguintes informações:

Programa de Integridade:

- a) Não foram realizados os relatórios semestrais monitoramento do plano de integridade.
- b) Ainda não foi submetido um novo plano de integridade para o biênio 2020-2022.
- c) Não foi iniciado monitoramento do plano de integridade deste exercício.

Tais informações corroboraram a ausência de informações constatada na busca realizada na página da Instituição. Tal fato externa descumprimento do estabelecido no próprio Programa de Integridade da Instituição, o qual prevê, expressamente, uma revisão semestral das atividades previstas, bem como o prazo de vigência do próprio programa que foi instituído inicialmente para o biênio 2018/2020.

Cabe ressaltar oportunamente que em 27/07/2021 foi editado o Decreto 10.756 o qual institui o Sistema de Integridade Pública do Poder Executivo Federal – SIPEF, aplicável a todos os órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, sendo que a UNIFAL-MG se enquadra como unidade setorial do sistema conforme dispõe o art. 4º, II do Decreto 10.756/2021 e o art. 19 do Decreto 9.203/2017, cujas competências e obrigações estão elencadas no art. 6º do Decreto 10.756/2021.

CAUSA

Priorização de outras Ações Institucionais.

RECOMENDAÇÃO 01: Apresentar relatório acerca do cumprimento das ações previstas no Programa de Integridade 2018/2020.

RECOMENDAÇÃO 02: Elaborar novo programa de integridade institucional conforme determina o art. 6º do Decreto nº 10.756/2021.

RECOMENDAÇÃO 03: Dar cumprimento a todas as obrigações previstas no Decreto nº 10.756/2021 no sentido de se estruturar uma unidade de Integridade – Unidade Setorial, a qual comporá o chamado Sistema de Integridade Pública do Poder Executivo Federal – SIPEF, conforme preceitua o referido normativo.

V - CONCLUSÃO

Tendo em vista a necessidade de se implantar um procedimento efetivo de gestão de riscos e um programa de integridade e dados abertos que possam otimizar as rotinas internas aderindo-as aos preceitos éticos, morais e legais que regem a Administração Pública, a presente ação de auditoria mostrou-se necessária face relevância e a atualidade do tema.

A UNIFAL-MG, desde a edição da IN Conjunta nº 01/2016 saiu à frente das demais instituições na busca por informações e de capacitação de como proceder à implantação dos procedimentos de gestão de riscos, assim como instrumentalizar uma estrutura de governança, riscos e controles coerentes aos normativos pátrios e com as boas práticas nacionais e internacionais. Prova disso é que a edição piloto das capacitações feitas pela Controladoria Geral da União em 07 eventos regionais, foi feita na UNIFAL-MG em junho de 2017. A partir dali a gestão de riscos passou a ser um elemento constante de debate internamente dando-se o “start” da implantação por meio do estabelecimento da Política de Gestão de Riscos e do Plano de Gestão de Riscos.

A exemplo do que ocorreu com a Gestão de Riscos, a UNIFAL-MG também foi pioneira na implantação do seu Programa de Integridade, antes mesmo de o mesmo tornar-se obrigatório a todas as Instituições por meio do Decreto 9.203/2017.

Contudo, por meio do presente trabalho, o que se observou é que tanto a gestão de riscos quanto a integridade não apresentaram as evoluções que se esperava. No tocante à gestão de riscos, segundo informação do próprio CGRCI das 46 unidades institucionais, apenas 16 possuem seus processos mapeados e seus riscos geridos. Essas 16 unidades apresentam 306 processos mapeados, sendo que apenas 109 processos possuem seus riscos geridos, ou seja, apenas 34,79% das unidades institucionais possuem seus processos mapeados e desse pequeno montante, apenas 35% dos processos mapeados apresentam a implementação da gestão de riscos. Cabe ressaltar, ainda, que unidades administrativas finalísticas como a PROGRAD, segundo informações apresentadas pela própria área por meio do DESPACHO ADMINISTRATIVO Nº 243/2021/PROGRAD/REITORIA, informam que estão em desconformidade com o plano de gestão de riscos institucionais, ressaltando que é a única Pró-Reitoria finalística da Instituição que não possui o procedimento de gestão de riscos instrumentalizado. Tal fato externa que nem mesmo nas áreas administrativas da Instituição, embora todas as Pró-Reitorias tenham sido devidamente capacitadas, conforme se verifica das informações de cursos sobre a matéria apresentado pela PROGEPE, possuem de forma minimamente estruturada a sua gestão de riscos,

cabendo muito a ser feito pelo CGRCI para difundir essa importante concepção de riscos na Instituição, ainda mais tendo em vista que cada vez mais vem sendo cobrado das Instituições informações baseadas em riscos, como é o caso dos normativos para contratação de serviços terceirizados e da nova lei que implementa o novo regime de compras e contratações públicas.

Assim, cabe à instituição rever sua política de implementação da gestão de riscos criando os meios necessários para que os riscos institucionais sejam efetivamente geridos e as informações advindas desse gerenciamento possam efetivamente assumir o papel de subsidiar as decisões administrativas fornecendo a segurança mínima necessária que se almeja de um procedimento de gestão de riscos bem estruturado.

Sob uma dimensão ainda menos estruturada, encontra-se a ceara da Integridade na Instituição. O que se observa é que foi feito inicialmente o programa para o biênio 2018/2020, foram deflagradas as atividades ali previstas, contudo as ações ligadas à integridade paralisaram por completo nessa fase em meados do exercício de 2019. Prova disso é que nem mesmo o programa para ser desenvolvido após o encerramento da vigência do anterior foi desenvolvido. Tampouco existem registros acerca da implementação ou não das ações previstas no programa anterior e que deveriam ser submetidas a análises de andamento e condensados os resultados em relatórios semestrais. Tal fato mostra que realmente a área de integridade foi esquecida pela instituição ao passo que não houve nem mesmo reuniões da comissão responsável pela execução das ações que fora nomeada pelo CGRCI.

Posto isso, o que se verifica é que a Instituição priorizou outros temas e assuntos deixando de lado os temas sobre gestão de riscos e integridade. Tal fato é nitidamente demonstrado ao analisar as atas de Reunião do CGRCI, onde se verifica que tais assuntos nem eram abordados, sendo que grande parte das atas relatam discussões acerca do PDI.

Por outro lado, o que se verifica com relação às rotinas institucionais sobre os dados abertos é que a Instituição vem cumprindo com os preceitos necessários e vem tentando proceder de uma forma coerente ao casamento da transparência com a regulamentação da proteção de dados. Existem ainda pontos a serem trabalhados e otimizados, mas que já estão sendo deflagrados pelas áreas responsáveis. Um outro elemento que poderia agregar valor a essa implantação dessas rotinas de dados abertos é a adoção do gerenciamento de riscos para se avaliar as rotinas adotadas e ponderar acerca dos controles internos necessários a serem implementados.

Assim sendo, conclui-se o presente trabalho apontando algumas fragilidades que merecem atenção da Instituição, mas que não foram suficientes a causar qualquer dano ao erário. É também elaborado no presente trabalho algumas sugestões de aprimoramento e algumas recomendações que entendemos necessárias.

Encaminhamos o presente Relatório de Auditoria nº 2021001 para que seja apresentado à essa Auditoria Interna um plano de providências, no prazo de 30 dias (até 17/12/2021), que contenha as medidas que a gestão pretende adotar e em que prazo estima implementar as medidas mencionadas.

Alfenas, 17 de novembro de 2021

JEFERSON ALVES DOS SANTOS

Técnico Administrativo em Educação - AUDITOR

Auditor Responsável pela Avaliação

Daniel Silva de Oliveira

Auditor-Chefe

Supervisor da Avaliação



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Silva de Oliveira, Auditor-Chefe**, em 17/11/2021, às 19:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0634449** e o código CRC **F6B9ABE5**.

Auditoria Interna UNIFAL-MG - E-mail: audint@unifal-mg.edu.br

Fone: (35) 3701-9009 / 3701- 9011

Referência: Processo nº 23087.006367/2021-62

SEI nº 0634449

Criado por [daniel.oliveira](#), versão 12 por [daniel.oliveira](#) em 17/11/2021 19:29:04.