APÊNDICE B - Matriz de planejamento e possíveis achados relacionados às práticas de governança pública organizacional – CONTROLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PRÁTICA 3110: A organização promove a transparência? | | | | |
| Conteúdo da prática | | | | |
| Esclarecimentos | Consulte a página 89 do Referencial Básico de Governança Organizacional 3ª edição: ([LINK PARA O REFERENCIAL](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F7595543501762EB92E957799)) | | | |
| Aspectos avaliados | Consulte as questões da prática 3110 do questionário de governança: ([LINK PARA O QUESTIONÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E73726BD201742591477D595B)) | | | |
| Glossário | | | Consulte, no glossário, os verbetes aplicáveis a esta prática: ([LINK PARA O GLOSSÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/levantamento-de-governanca/)) | |
| Relação com o Relatório de Gestão | | | Consulte o documento “Práticas x Conteúdo do relatório de gestão”: ([LINK PARA O DOCUMENTO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/auditoria-de-governanca/matrizes-de-auditoria.htm)) | |
| Matriz de Planejamento | | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Resposta às questões 3121, 3122 e 3133 do questionário do iGG | | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Locais na internet onde estão divulgadas as informações da organização | | Painel de indicadores do iGG; site da organização |
| 1. Formas de avaliação da satisfação das partes interessadas com o conteúdo disponibilizado pela organização em sítios oficiais na internet e com as informações prestadas por meio de solicitações de acesso à informação | | Ouvidoria ou estrutura similar da organização; assessoria de comunicação social; Serviço de Acesso à Informação ao Cidadão; processo de trabalho para recebimento e tratamento das manifestações |
| 1. Conclusões e encaminhamentos das avaliações de satisfação realizadas no último ano | |
| 1. Diretrizes para disponibilização de informações relacionadas à organização e comunicação com as diferentes partes interessadas | | Política de divulgação de informações; política de relacionamento com partes interessadas |
| 1. Mecanismos de controle de qualidade das informações prestadas | | Ouvidoria ou estrutura similar da organização; Serviço de Acesso à Informação ao Cidadão; área de tecnologia da informação |
| 1. Diretrizes (incluídos critérios e limites) para abertura de dados | | Política ou plano de dados abertos |
| 1. Canal(is) para manifestações dos usuários (acesso a informações, solicitações, reclamações) | | Painel de indicadores do iGG; ouvidoria ou estrutura similar da organização; Serviço de Acesso à Informação ao Cidadão; site da organização; área de tecnologia da informação |
| 1. Canal(is) para o acompanhamento, em meio eletrônico, das manifestações | |
| 1. Plano de dados abertos da organização, local de publicação e formas de monitoramento | |
| 1. Catálogo de informações às quais espontaneamente se compromete a dar transparência ativa e local de publicação | |
| 1. Responsabilidades pela publicação e manutenção de cada base de dados aberta | | Plano de dados abertos |
| Procedimentos | Verificar se:   1. as respostas às questões 3121 e 3122 do questionário do iGG declaram a publicação, na internet, do conteúdo mínimo exigido por lei. As respostas dessas questões podem corroborar a análise da prática 3110; 2. os sites em que a organização publica as informações atendem aos seguintes requisitos previstos na Lei 12.527/2011: I – contêm ferramenta de pesquisa de conteúdo; II - possibilitam a gravação de relatórios em diversos formatos eletrônicos, inclusive abertos e não proprietários, tais como planilhas e texto; II - mantêm atualizadas as informações disponíveis para acesso; III - indicam local e instruções que permitam ao interessado comunicar-se, por via eletrônica ou telefônica, com o órgão ou entidade detentora do sítio; 3. a organização disponibiliza canal(is) eletrônicos para manifestações das partes interessadas e se permite o acompanhamento das demandas pelos solicitantes; 4. há diretrizes (incluídos critérios e limites) para acesso à informação; 5. há diretrizes (incluídos critérios e limites) para abertura de dados; 6. há procedimentos padronizados para receber e tratar manifestações; 7. há mecanismos de controle de qualidade das informações prestadas (confiabilidade, integridade, tempestividade, atualização); 8. há avaliações periódicas de satisfação das partes interessadas com as informações disponibilizadas de forma ativa e passiva, e procedimentos padronizados para tratativas. A resposta à questão 3133 do questionário do iGG pode corroborar a análise; 9. há plano de dados abertos publicado na internet e monitorado, com responsabilidades de manutenção das bases de dados definida; 10. há catálogo de informações publicado na internet. | | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a organização cumpre requisitos legais de transparência; * Se o conteúdo mínimo exigido por lei é publicado em formato aberto; * Se a satisfação das partes interessadas com a transparência da organização é avaliada. | | |
| Possíveis achados | | | |
| Eventos de risco | * Desconformidade com leis e regulamentos aplicáveis à organização * Omissão no dever de prestar contas * Impossibilidade de análise e tratamento de dados disponibilizados pela organização (dados não disponibilizados em formato aberto) * Desconhecimento das partes interessadas sobre a atuação da gestão e alcance de resultados organizacionais. | | |
| Causas | * Pensamento de grupo, desenvolvimento de cultura que inibe a transparência; * Cultura organizacional focada em interesses privados; * Falta de apoio da liderança aos mecanismos de a*ccountability*; * Nível insuficiente de informatização. | | |
| Efeitos | * Restrição ao exercício do controle social * Restrição ao exercício do controle governamental interno e externo sobre a gestão * Ambiente propício à fraude e corrupção * Ambiente propício à ineficiência administrativa * Atos de fraude e corrupção propagados por longos períodos * Insatisfação das partes interessadas * Dano à imagem, reputação e credibilidade da organização | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PRÁTICA 3120: A organização garante a *Accountability*? | | | |
| Conteúdo da prática | | | |
| Esclarecimentos | Consulte a página 91 do Referencial Básico de Governança Organizacional 3ª edição: ([LINK PARA O REFERENCIAL](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F7595543501762EB92E957799)) | | |
| Aspectos avaliados | Consulte as questões da prática 3120 do questionário de governança: ([LINK PARA O QUESTIONÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E73726BD201742591477D595B)) | | |
| Glossário | | | Consulte, no glossário, os verbetes aplicáveis a esta prática: ([LINK PARA O GLOSSÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/levantamento-de-governanca/)) |
| Relação com o Relatório de Gestão | | | Consulte o documento “Práticas x Conteúdo do relatório de gestão”: ([LINK PARA O DOCUMENTO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/auditoria-de-governanca/matrizes-de-auditoria.htm)) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subquestões 3121: A organização presta contas diretamente à sociedade?  3122: A organização publica extrato de todos os planos de sua responsabilidade e respectivos relatórios de acompanhamento, excepcionados os casos de restrição de acesso amparados pela legislação? | | |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Resposta à questão 3112 do questionário do iGG, especialmente a letra e. | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Locais na internet onde estão publicados resultados de inspeções, auditorias, prestações e tomadas de contas realizadas pelos órgãos de controle interno e externo na organização em cumprimento à Lei 12.527/2011. | Painel de indicadores do iGG; site da organização; Portal Brasileiro de Dados Abertos; Portal da Transparência; comitê de governança; setor de planejamento estratégico |
| 1. Locais na internet onde estão publicados resultados dos programas, projetos e ações pelos quais está responsável, bem como metas e indicadores propostos, em cumprimento à Lei 12.527/2011. |
| 1. Locais na internet onde estão publicadas informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados, , em cumprimento à Lei 12.527/2011. |
| 1. Locais na internet onde estão publicadas informações atualizadas relativas à execução orçamentária e financeira da organização em atendimento à Lei Complementar 131/2009 e à Lei 12.527/2011. |
| 1. Locais na internet onde estão publicadas informações acerca da remuneração dos colaboradores e gestores, membros de conselhos e alta administração (Decreto 7.724/2016; Lei 13.303/2016; Resolução CNJ 215/2015). |
| 1. Planos de responsabilidade da organização (estratégico, nacionais, setoriais). |
| 1. Relatórios de acompanhamento da execução dos planos. |
| 1. Locais na internet onde estão publicados os extratos dos planos e dos relatórios de acompanhamento e formatos das publicações. |
| 1. Normativos e processos de trabalho da ouvidoria ou estrutura similar. | Ouvidoria ou estrutura similar da organização |
| Procedimentos | 1. Verificar se o conteúdo mínimo exigido por lei é publicado na internet pela organização; 2. Verificar se as informações disponibilizadas estão em formato aberto (a resposta à questão 3112 do questionário do iGG, especialmente a letra e pode corroborar a análise); 3. Verificar se os planos de responsabilidade da organização explicitam os objetivos a serem alcançados e orçamentos relacionados, indicadores de desempenho e respectivas linhas de base, periodicidades de aferição e metas quantificáveis; 4. Verificar se os relatórios de acompanhamento dos planos de responsabilidade da organização demonstram os valores alcançados por indicador; 5. Verificar se os extratos dos planos de responsabilidade da organização e respectivos relatórios de acompanhamento estão publicados na internet (excepcionados os casos de sigilo previstos em lei), em formato aberto, padronizado e legível por máquina; 6. Avaliar se os normativos aplicáveis à ouvidoria e processos de trabalho preveem o papel da ouvidoria de analisar as demandas externas e utilizar os resultados da análise para subsidiar os gestores no aprimoramento dos serviços prestados e dos processos organizacionais, e para subsidiar propostas de melhoria na qualidade e conteúdo da prestação de contas à sociedade. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a organização cumpre requisitos legais de prestação de contas; * Se a ouvidoria possui atuação proativa para a melhoria dos processos organizacionais e da prestação de contas da organização; * Se as informações disponibilizadas pela organização possibilitam o acompanhamento, pelas partes interessadas, do que tem sido planejado e alcançado por ela. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Desconformidade com leis e regulamentos aplicáveis à organização * Omissão no dever de prestar contas * Impossibilidade de análise e tratamento de dados disponibilizados pela organização (dados não disponibilizados em formato aberto) * Papel da ouvidoria restrito ao recebimento de solicitações e reclamações * Desconhecimento, por parte das partes interessadas, sobre a atuação da gestão e alcance de resultados organizacionais. | |
| Causas | * Pensamento de grupo, desenvolvimento de cultura que inibe a transparência; * Cultura organizacional focada em interesses privados; * Falta de apoio da liderança aos mecanismos de *Accountability*; * Nível insuficiente de informatização. | |
| Efeitos | * Restrição ao exercício do controle social * Restrição ao exercício do controle governamental interno e externo sobre a gestão * Ambiente propício à fraude e corrupção * Ambiente propício à ineficiência administrativa * Atos de fraude e corrupção propagados por longos períodos * Insatisfação das partes interessadas * Dano à imagem, reputação e credibilidade da organização | |
| Subquestão 3123: O canal de denúncias está estabelecido? | | |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Canais disponíveis na organização para recebimento de denúncias | Plano de integridade; normativos que tratam do funcionamento do canal de denúncias e/ou ouvidoria; políticas de integridade; regimento do comitê de ética; site da organização |
| 1. Etapas previstas para recebimento e análise de denúncias | Processo de trabalho para tratamento de denúncias; normativos que tratam do funcionamento do canal de denúncias e/ou ouvidoria |
| 1. Padronização de procedimentos para recebimento de denúncias por meio presencial e telefônico | Checklists da ouvidoria e outros canais presenciais e telefônicos disponíveis para recebimento de denúncias |
| 1. Fluxo de encaminhamento estabelecido para o caso de denúncias relacionadas a membros da alta administração | Processo de trabalho para tratamento de denúncias; normativos que tratam do funcionamento do canal de denúncias e/ou ouvidoria |
| 1. Estratégia de divulgação do canal de denúncias e ações de divulgação realizadas nos últimos doze meses | Plano de integridade; normativos que tratam do funcionamento do canal de denúncias e/ou ouvidoria; políticas de integridade; regimento do comitê de ética; campanhas de divulgação; links no site da organização; e-mail informando contatos, setores; atendimento online; formulário eletrônico |
| 1. Percepção de servidores/empregados da organização acerca dos canais de denúncia, direitos e deveres envolvidos no reporte de denúncias; | Servidores/empregados da organização |
| 1. Previsão de sigilo e confidencialidade do denunciante | Plano de integridade; normativos que tratam do funcionamento do canal de denúncias e/ou ouvidoria; políticas de integridade; regimento do comitê de ética; site da organização |
| 1. Previsão de sanções a quem produzir denúncia falsa ou evidência que sabe ser falsa e não retaliação a denunciantes de boa fé |
| Procedimentos | 1. Avaliar se há canais disponíveis para recebimento de denúncias, inclusive pela internet, para partes interessadas internas e externas (p. ex.: usuários de serviços públicos, fornecedores) e se permitem acompanhamento dessas denúncias pelos denunciantes. Verificar se o atendimento está disponível na língua portuguesa; 2. Verificar se os canais disponíveis informam expressamente que podem ser utilizados para denúncias relacionadas à fraude e corrupção (controle para alertar os usuários de que esses canais não são ou não servem apenas para recebimento de reclamações acerca de prazos, produtos, serviços, etc.). Verificar ainda se informam expressamente acerca das garantias de proteção oferecidas ao denunciante; 3. Acessar os canais de denúncia existentes para verificar se é disponibilizado formulário estruturado e com orientações para que o denunciante reporte as informações relevantes para a análise preliminar da denúncia; 4. Verificar se foram definidos procedimentos padronizados para orientar o recebimento de denúncias por meio presencial e eletrônico; 5. Verificar se há estratégia de divulgação dos canais disponíveis, para públicos externo e interno e as ações realizadas nos últimos doze meses; 6. Aplicar questionário aos servidores/empregados da organização para avaliar o conhecimento acerca dos canais de denúncia, direitos e deveres envolvidos no reporte de denúncias e ainda a percepção acerca da acessibilidade do canal e da proteção contra represálias; 7. Analisar se políticas internas e/ou normativos aplicáveis à organização preveem: garantia de sigilo e confidencialidade do denunciante nos termos da lei; diretriz para aplicação de sanções a quem produzir denúncia falsa ou evidência que sabe ser falsa e não retaliação a denunciantes de boa-fé; 8. Analisar o processo de trabalho definido para recebimento e tratamento de denúncias, para verificar se há previsão de reporte de denúncias envolvendo membros da alta administração para instância superior, como conselho, comitê ou órgão de hierarquia superior. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se há canais formais disponíveis para recebimento e acompanhamento de denúncias das partes interessadas internas e externas; * Se há procedimentos padronizados para recebimento e tratamento de denúncias; * Se os canais são divulgados; * Se há política de não retaliação a denunciantes de boa fé e proteção de sigilo; diretrizes para aplicação de sanções a quem produzir denúncia falsa ou evidência que sabe ser falsa; procedimentos para que denúncias contra a alta administração sejam apreciadas por instância superior. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Desconformidade com leis aplicáveis à organização (p. ex.: leis que obrigam a instituição de canais de denúncia e controles relacionados); * Ambiente propício para irregularidades; * Canal de denúncias ineficaz; * Desmotivação para denunciar, devido à ausência de medidas de proteção ao denunciante ou a dificuldade de reportar a denúncia; * Denúncias recebidas sem os elementos mínimos que permitem a aceitação dela; * Denúncias recebidas com informações suficientes para apuração, mas não apuradas. | |
| Causas | * Desconhecimento acerca de riscos e controles de integridade; * Equipe de atendimento do canal de denúncias não possui capacitação adequada; * Falta de apoio da liderança às políticas de integridade na organização; * Nível insuficiente de informatização; * Ausência de processo de trabalho para recebimento de denúncias; * Ausência de divulgação, interna e externa, do canal de denúncias. | |
| Efeitos | * Atos de fraude e corrupção propagados por longos períodos; * Dano à imagem, reputação e credibilidade da organização; * Perda de ativos públicos; * Não utilização das informações obtidas via canal de denúncia para aprimoramento dos controles internos da organização de forma a mitigar riscos. | |
| Subquestão 3124: Mecanismos para apurar indícios de irregularidades e promover a responsabilização em caso de comprovação estão estabelecidos? | | |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Instâncias responsáveis pelas atividades de gestão da ética e de correição na organização e respectivos titulares | Organograma, regimento interno, normativos internos que tratam de atividades de correição e gestão da ética |
| 1. Instrumentos de apuração de responsabilidade estabelecidos na organização |
| 1. Procedimentos administrativos padronizados para cada instrumento de apuração |
| 1. Ações de capacitação realizadas nos últimos dois anos para qualificação técnica de equipes que compõem comissões processantes, de sindicância e investigação |
| 1. Procedimentos que orientem acerca de encaminhamentos de resultados das apurações aos órgãos competentes quando necessário |
| 1. Se a organização for do Poder Executivo, possíveis casos de solicitação da CGU para instauração de procedimento ou processo administrativo para apuração de responsabilidade devido à omissão da autoridade responsável e/ou avocação de processos da organização para correção de falhas. Ainda possíveis casos de declaração de nulidade, pela CGU, de procedimento ou processo administrativo em curso na organização. | CGU |
| 1. Possíveis casos de recomendações/ciência feitas à organização nos últimos dois anos para encaminhar ao TCU resultados de procedimento administrativo instaurado para apurar ato de improbidade | Pesquisa integrada do TCU |
| 1. Servidores/empregados que participaram de comissões processantes, de sindicância e investigação nos últimos dois anos e respectivos currículos | Portarias de instauração de procedimento ou processo disciplinar; área de gestão de pessoas; unidade de correição |
| 1. Ações de capacitação em matéria disciplinar realizadas servidores/empregados da organização que participaram de comissões processantes, de sindicância e investigação nos últimos dois anos | área de gestão de pessoas |
| 1. Procedimentos realizados nos processos de apuração de responsabilidade instaurados nos últimos dois anos na organização | processos de apuração de responsabilidade instaurados nos últimos dois anos na organização |
| Procedimentos | 1. Verificar se há comitê/comissão de ética formal e unidade responsável pelas atividades de correição; 2. Analisar se as atribuições dessas unidades contemplam a apuração de desvios éticos e infrações disciplinares; 3. Verificar se estão definidos os perfis profissionais desejados para os titulares dessas unidades e se estão compatíveis com a legislação aplicável à organização (p. ex.: conformidade com o art. 8º do Decreto nº 5.480/2005); 4. Verificar se estão definidos os instrumentos de apuração de responsabilidade e se há previsão de rito processual prévio à aplicação de sanções; 5. Verificar se os instrumentos definidos abarcam infrações disciplinares e atos lesivos cometidos por pessoas jurídicas contra a organização; 6. Verificar se, para cada instrumento de apuração definido, há procedimentos padronizados que orientem a sua execução na organização, esclarecendo inclusive as situações que implicam encaminhamentos a outros órgãos, como MPF, PF, TCU, CGU; 7. Verificar se há processo de trabalho para compilação da legislação pertinente e atualização dos procedimentos para apuração de responsabilidade; 8. Verificar se há previsão para que os membros de comissões disciplinares possuam a capacitação necessária ao exercício da atividade; 9. Verificar se a organização fez levantamento, nos últimos dois anos, dos servidores/empregados passíveis de serem selecionados para comissões disciplinares e solicitou as ações de capacitação necessárias; 10. Se a organização for do Poder Executivo, entrar em contato com a CGU para saber se, nos últimos dois anos, a CGU requisitou da organização a instauração de procedimento ou processo administrativo para apuração de responsabilidade devido à omissão da autoridade responsável e/ou avocou processos da organização para correção de falhas (Lei 13.844/2019). Questionar ainda se houve declaração de nulidade de procedimento ou processo administrativo em curso; 11. Pesquisar no portal do TCU (pesquisa integrada) se há recomendações/ciência feitas à organização nos últimos dois anos para encaminhar resultados de procedimento administrativo instaurado para apurar ato de improbidade; 12. Analisar se os servidores/empregados da organização que participaram de comissões processantes, bem como as de sindicância e de investigação nos últimos dois anos possuem em seus currículos conhecimento em matéria disciplinar ou se realizaram ações de capacitação no tema; 13. Analisar os processos de apuração de responsabilidade instaurados nos últimos dois anos na organização para verificar se foram dados encaminhamentos aos órgãos como MPF, CEP, CGU, PF e TCU. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se há instâncias formais responsáveis pelo tratamento de desvios éticos e disciplinares; * Se há processo de trabalho para apuração de irregularidades com padronização de procedimentos para execução; definição de fluxo de informações; compilação da legislação pertinente; * Se os membros de comissões disciplinares possuem capacitação no tema; * Casos de falha nos encaminhamentos a outros órgãos, nulidades e avocação de procedimentos e processos administrativos de responsabilidade da organização. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Deixar de instaurar ou requisitar a instauração aos órgãos competentes dos procedimentos necessários à apuração de irregularidades e condutas em desacordo com as normas pertinentes; * No caso de organizações do Poder Executivo, deixar de encaminhar:  1. ao MPF, RF, CGU e TCU resultados de sindicâncias patrimoniais (art. 10 do decreto 5.483/2005); 2. à CGU os resultados das sindicâncias e procedimentos disciplinares (art. 5º do Decreto 5.480/2005); 3. à CEP situações que possam configurar descumprimento das normas de conduta da alta administração (decreto 6.029/2007, art. 7º).  * Deixar de encaminhar processo de apuração (ou informar) às organizações competentes para tomar providências nas esferas civil e penal (arts. 154 e 171 da Lei 8.112/1990; art. 16 da Lei 8.429/1992; art. 15 da Lei 12.846/2013); * Deixar de informar ao TCU e ao MPF acerca de procedimento administrativo instaurado para apurar ato de improbidade (art. 15 da Lei 8.429/92); * Repetição de erros e omissão de passos essenciais nos processos de apuração de ilícitos; * Nulidades formais nos procedimentos correcionais e o consequente impedimento de punir os responsáveis. | |
| Causas | * Membros de comissões processantes, bem como as de sindicância e de investigação, sem a qualificação técnica necessária para essa atividade; * Forma assistemática – dependente de caso concreto – de constituição de comissões processantes; * Textos dos códigos de ética e dos normativos que tratam de apuração e responsabilização de ilícitos dispersos e não ser suficientemente detalhados para orientar os servidores e empregados envolvidos nas comissões processantes, de sindicância e de investigação; * Inexistência de processo de trabalho para apuração de irregularidades; * Processo de trabalho para apuração de irregularidades mal desenhado, dada a ausência de: padrões mínimos para execução; definição de fluxo de informações; compilação da legislação pertinente. | |
| Efeitos | * Impossibilidade de dar efetividade às normas reguladoras de conduta; * Ambiente organizacional propício para irregularidades; * Perpetuação de atos de fraude e corrupção, em decorrência da ausência de responsabilização; * Incremento do incentivo ao cometimento de atos de fraude e corrupção; * Impossibilidade de recuperar/reduzir prejuízos financeiros causados por fraude e corrupção; * Dano à reputação e credibilidade da organização por passar a imagem de que se omite perante irregularidades. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRÁTICA 3130: A organização avalia a satisfação das partes interessadas? | | |
| Conteúdo da prática | | |
| Esclarecimentos | Consulte a página 99 do Referencial Básico de Governança Organizacional 3ª edição: ([LINK PARA O REFERENCIAL](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F7595543501762EB92E957799)) | |
| Aspectos avaliados | Consulte as questões da prática 3130 do questionário de governança: ([LINK PARA O QUESTIONÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E73726BD201742591477D595B)) | |
| Glossário | | Consulte, no glossário, os verbetes aplicáveis a esta prática: ([LINK PARA O GLOSSÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/levantamento-de-governanca/)) |
| Relação com o Relatório de Gestão | | Consulte o documento “Práticas x Conteúdo do relatório de gestão”: ([LINK PARA O DOCUMENTO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/auditoria-de-governanca/matrizes-de-auditoria.htm)) |

|  |
| --- |
| Subquestão 3131: A organização elabora, divulga e mantém atualizada Carta de Serviços ao Usuário contendo informações claras e precisas em relação a cada serviço prestado? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Conteúdo da Carta de Serviços ao usuário | Carta de Serviços ao Usuário publicada pela organização; lista de serviços publicada no site https://www.gov.br/pt-br/servicos |
| 1. Conteúdo da Carta de Governança Anual, se empresa estatal | Carta de governança anual, se empresa estatal (Art. 8º, I, da Lei 13.303/2016 e art. 13, VIII, do Decreto 8.945/2016) |
| 1. Dados relativos às finalidades e objetivos da organização | Lei de criação e Estatuto Social, se empresa estatal; Relatório de Gestão da organização e arquivos de informações suplementares |
| 1. Dados sobre atividades desenvolvidas pela organização |
| 1. Notícias em veículos jornalísticos e mídias assemelhadas, quanto à acessibilidade dos serviços de TI da organização e à segurança das informações por eles tratadas | Publicações na imprensa e em outros veículos informativos sobre os serviços de TI da organização e a as informações por eles tratadas |
| 1. Resultados de satisfação de clientes e usuários em relação à acessibilidade dos serviços de TI da organização e aos demais temas desta prática | Pesquisas de satisfação de clientes e usuários sobre as soluções de TI da organização e o tratamento das informações |
| Procedimentos | 1. Se a organização não for empresa estatal que atua no mercado, verificar se ela publica Carta de Serviços ao Usuário e se esse documento cumpre as seguintes prescrições legais: 2. a carta informa quais são os requisitos, documentos e informações necessários para acessar cada serviço;   na carta são publicados os locais e as formas de acessar cada serviço;  a carta lista as principais etapas para o processamento de cada serviço;  na carta é divulgado o prazo máximo para a prestação de cada serviço;  a carta estabelece a forma de comunicação com o solicitante para cada serviço;  a carta informa os mecanismos para a consulta pelos usuários acerca do andamento de cada serviço (etapas cumpridas e pendentes);  na carta são divulgados locais e formas para o usuário apresentar eventual manifestação sobre a prestação de cada serviço;  a carta está atualizada.   1. Observação: para as organizações do governo federal, foi feito censo de serviços. Todos os serviços identificados no censo foram agrupados no Portal de Serviços do Governo Federal: https://www.gov.br/pt-br/servicos/listar\_orgaos. 2. Se a organização for empresa estatal com atuação no mercado, buscar no Portal Gov.br se ela possui serviços listados no censo. Caso não tenha, avaliar na sua lei de criação, no estatuto social, no relatório de gestão e na carta de governança anual, se ela executa políticas públicas por meio de atividades ou ações diferenciadas (que não são realizadas normalmente pelas empresas do mercado em que atua). 3. em caso positivo, tais atividades são consideradas serviço público e devem estar contempladas em uma Carta de Serviços ao Usuário que cumpra as prescrições citadas no item anterior; 4. em caso negativo, avaliar, no caso concreto, a obrigatoriedade de publicar Carta de Serviços ao Usuário. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a organização publica Carta de Serviços ao Usuário atualizada * Se a Carta de Serviços ao Usuário contém os elementos de conteúdo exigidos pela legislação | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Ausência de parâmetros para avaliar a qualidade do atendimento da organização ao público; * Carta de serviços, ou documento equivalente, desatualizada e/ou não divulgada; * Usuários de serviços públicos não informados (ou mal informados) sobre: quais serviços a organização presta; o que é necessário para utilizar um serviço; onde encontrar e como utilizar um serviço efetivamente; quanto tempo demora a prestação do serviço; como acompanhar a situação de serviços solicitados; como reclamar, elogiar ou dar opinião sobre serviços. | |
| Causas | * Cultura organizacional focada em interesses privados; * Pensamento de grupo, desenvolvimento de cultura que inibe a transparência; * Falta de compromisso da liderança com a melhoria do atendimento prestado aos cidadãos; * Nível insuficiente de informatização; * Ausência de identificação do universo de serviços prestados pela organização e requisitos de qualidade. | |
| Efeitos | * Impossibilidade de avaliar a prestação dos serviços; * Baixa capacidade da organização em atender necessidades e expectativas dos usuários dos seus serviços; * Desconformidade com leis aplicáveis à organização; * Dano à imagem, reputação e credibilidade da organização; * Não identificação de demandas das partes interessadas; * Não identificação de pontos de melhoria organizacional. | |

|  |
| --- |
| Subquestão 3132: A organização assegura que os serviços acessíveis via internet atendam aos padrões de interoperabilidade, usabilidade e acessibilidade, e que as informações pessoais utilizadas nesses serviços sejam adequadamente protegidas? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Padrões (princípios e diretrizes) das melhores práticas como o e-Ping, e-MAG e cartilha de usabilidade aplicáveis à organização | Documento de Referência da arquitetura e-PING - Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico; guia “Padrões Web em Governo Eletrônico: Cartilha de Usabilidade”; documento do “eMAG - Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico” |
| 1. Padrões (princípios e diretrizes) estabelecidos na organização para interoperabilidade, usabilidade e acessibilidade de soluções de TI, bem como para o tratamento de dados pessoais produzidos ou custodiados pela instituição | Normas internas sobre padrões de interoperabilidade, de usabilidade e de acessibilidade de soluções de TI, bem como sobre o tratamento de dados pessoais produzidos ou custodiados |
| 1. Dados de planejamento e de execução dos principais projetos de TI, demonstrando a utilização dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática | Relatórios, diagramas, planilhas, repositórios, portfólios, sistemas informacionais e outros registros de informações sobre produtos e atividades do processo de software da instituição, sobre o processo de gestão de projetos de TI, sobre a gestão de serviços de TI e sobre a gestão de segurança da informação; atas de reuniões do Comitê de TI (ou estrutura equivalente, como por exemplo “Comitê de Governança Digital”) |
| 1. Dados das atividades de especificação de requisitos de software e soluções de TI com software, demonstrando a utilização dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática |
| 1. Dados das atividades de implementação de softwares e soluções de TI com software, demonstrando a utilização dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática |
| 1. Dados das atividades de testes de softwares e soluções de TI com software, demonstrando a utilização dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática. |
| 1. Dados das atividades de aceitação de softwares e soluções de TI com software, demonstrando a utilização dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática |
| 1. Dados das atividades de operação de softwares e soluções de TI com software, demonstrando a utilização dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática |
| 1. Dados das atividades de gestão de serviços de TI (gestão de incidentes, de mudanças, de níveis de serviços etc.) demonstrando a aplicação dos padrões, princípios e diretrizes definidos institucionalmente para os temas avaliados nesta prática |
| 1. Dados das atividades de gestão de segurança da informação demonstrando a aplicação de proteção adequada às informações pessoais tratadas pelos serviços de TI |
| 1. Notícias em veículos jornalísticos e mídias assemelhadas, quanto à acessibilidade dos serviços de TI da organização e à segurança das informações por eles tratadas | Publicações na imprensa e em outros veículos informativos sobre os serviços de TI da organização e a as informações por eles tratadas |
| 1. Resultados de satisfação de clientes e usuários em relação à acessibilidade dos serviços de TI da organização e aos demais temas desta prática | Pesquisas de satisfação de clientes e usuários sobre as soluções de TI da organização e o tratamento das informações |
| Procedimentos | 1. Avaliar inicialmente se a organização instituiu padrões (princípios e diretrizes) relacionados à interoperabilidade, usabilidade e acessibilidade de soluções de TI, bem como regras para o tratamento de dados pessoais produzidos ou custodiados pela instituição. Caso a organização não tenha estabelecido padrões ou regras para qualquer dos temas desta prática, realizar o procedimento a seguir com maior amplitude (maior quantidade de dados comprobatórios) em relação ao(s) tema(s) não regulamentados:    1. Verificar, com base nas fontes de informação, se a organização, no âmbito dos serviços de TI que apoiam a prestação de serviços públicos: 2. observa as recomendações do Documento de Referência da arquitetura e-PING - Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico ou, no caso de organização que não integra o Poder Executivo Federal, observa as melhores práticas equivalentes; 3. observa as recomendações do guia Padrões Web em Governo Eletrônico: Cartilha de Usabilidade ou, no caso de organização que não integra o Poder Executivo federal, observa as melhores práticas equivalentes; 4. garante o acesso da pessoa com deficiência aos serviços e informações que oferece na internet, por meio da adoção de melhores práticas de acessibilidade adotadas internacionalmente (p. ex. eMAG - Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico); 5. preserva a intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas às quais se referem os dados pessoais tratados nos serviços de TI que apoiam a prestação de serviços públicos 6. informa em seu sítio eletrônico as hipóteses em que, no exercício de suas competências, realiza o tratamento de dados pessoais, bem como fornece informações claras e atualizadas sobre a previsão legal, a finalidade, os procedimentos e as práticas de tratamento que utiliza. 7. Em relação ao tema acessibilidade, as conclusões dos procedimentos anteriores podem ser confirmadas por meio de verificação direta no sítio da organização. Para isso: 8. utilizar o software ASES - Avaliador e Simulador de Acessibilidade em Sítios (disponível na internet); 9. na aba “Validação pela URI”, informar o link (um por vez) da página de cada um dos principais serviços de TI oferecidos pela organização na internet; 10. executar a avaliação em cada página/serviço e obter a nota de acessibilidade gerada pelo ASES; 11. gerar média de todas as notas e considerar como resultado:  * Ótimo - igual ou superior a 0,9 * Bom - entre 0,7 e 0,89 * Regular - entre 0,5 e 0,69 * Ruim - inferior a 0,5   Nota-1: O software ASES não é apropriado para medir a acessibilidade em aplicações que não sejam totalmente construídas em linguagem HTML, como é o caso de applets e tecnologias correlatas (ainda que tais aplicações sejam executadas na internet e possuam links). Portanto, o auditor deve antes checar se a página do(s) serviço(s) a avaliar com o ASES se enquadra nesse tipo de situação. Se sim, não utilizar o ASES na análise.  Nota-2: O software ASES também não avalia a presença ou qualidade dos elementos citados na eMag em sua seção “4. Elementos padronizados de acessibilidade digital no Governo Federal” e em sua seção “5. Práticas desaconselhadas”. Porém, tais elementos são de alta importância, e devem ser avaliados complementarmente à avaliação feita com o ASES. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a organização entrega serviços em meio digital que atendem a padrões de interoperabilidade, usabilidade e acessibilidade recomendados pelas melhores práticas relativas a esses temas; * Se a organização protege adequadamente as informações pessoais tratadas nos serviços de TI que apoiam a entrega de serviços públicos de sua responsabilidade; * Se a organização informa, em seu sítio eletrônico, as hipóteses em que, no exercício de suas competências, realiza o tratamento de dados pessoais, bem como fornece informações claras e atualizadas sobre a previsão legal, a finalidade, os procedimentos e as práticas de tratamento que utiliza. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Serviços públicos em meio digital prestados pela organização falham ao interoperar com outros serviços da própria ou de outras organizações; * Baixo grau de usabilidade nos serviços públicos em meio digital prestados pela organização; * Baixo grau de acessibilidade a pessoas com deficiências nos serviços públicos em meio digital prestados pela organização; * Vazamentos de informações pessoais; * Perdas de informações pessoais; * Mau uso de informações pessoais; * Tratamento desnecessário (evitável) de informações pessoais; * Tratamento incorreto de informações pessoais; * Baixa capacidade para compartilhar dados e adotar medidas de interoperabilidade com outros órgãos e entidades públicos. | |
| Causas | * Cultura organizacional focada em interesses privados; * Pensamento de grupo, desenvolvimento de cultura que inibe a transparência e participação social; * Falta de compromisso da liderança com a melhoria do atendimento prestado aos cidadãos; * Baixa capacidade nas práticas de: gestão de serviços de TI; estabelecimento de processos e atividades para a gestão da segurança da informação; execução de processo de software; gestão de projetos de TI; * Desconhecimento acerca da satisfação dos usuários de serviços; * Deficiência ou ausência de mecanismos para responsabilização por mau uso de informações pessoais ou sigilosas. | |
| Efeitos | * Má qualidade na prestação de serviços públicos, em especial no que se refere à sua usabilidade e à acessibilidade por pessoas com deficiência; * Baixa capacidade da organização em atender necessidades e expectativas dos usuários dos seus serviços; * Resistência dos cidadãos em fazer uso dos canais digitais de prestação de serviços, perpetuando o uso de canais presenciais mais custosos e menos ágeis; * Impossibilidade de atuar de forma integrada e sistêmica com outros órgãos e entidades dos quais dependa ou com os quais precise interajir intensivamente na prestação dos serviços públicos; * Ações judiciais contra a organização por mau uso de dados pessoais; * Desconformidade com leis aplicáveis à organização; * Dano à imagem, reputação e credibilidade da organização. | |

|  |
| --- |
| Subquestão 3133: A organização promove a participação dos usuários com vistas à melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Formas definidas para participação do usuário no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços ofertados pela organização | Normativos internos; processos de trabalho da ouvidoria ou estrutura similar |
| 1. Iniciativas de participação social realizadas no último ano pela organização e tratamento dos resultados | Ouvidoria, serviço de atendimento ao cidadão ou estrutura similar; site da organização |
| 1. Canal(is) disponíveis para manifestações dos usuários acerca da prestação de serviços públicos |
| 1. Canal(is) para o acompanhamento das manifestações |
| 1. Procedimentos administrativos de recebimento e tratamento de manifestações | Processos de trabalho e checklists da ouvidoria, do serviço de atendimento ao cidadão ou de estrutura similar; |
| 1. Atribuições da ouvidoria ou estrutura similar na organização | Normativos internos aplicáveis à ouvidoria ou estrutura similar |
| 1. Resultados de pesquisas de satisfação de usuários de serviços públicos prestados em meio digital no último ano | Ouvidoria, serviço de atendimento ao cidadão ou estrutura similar; site da organização |
| 1. Informações publicadas e/ou comunicadas aos usuários dos serviços públicos, concernentes a resultados de pesquisas de satisfação realizadas no último ano |
| Procedimentos | 1. Verificar se a organização definiu as formas de participação do usuário no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços ofertados pela organização; 2. Avaliar se as iniciativas que foram realizadas no último ano resultaram em encaminhamentos/propostas para aperfeiçoamentos na prestação dos serviços (inclusive metas de simplificação); 3. Avaliar se as iniciativas contemplaram pesquisas de satisfação de usuários de serviços públicos prestados em meio digital: especialmente quanto à usabilidade e quanto à acessibilidade, direcionadas para grupos de usuários com deficiência; 4. Verificar se os resultados de pesquisas de satisfação realizadas no último ano foram publicados e/ou comunicados aos usuários dos serviços públicos; 5. Verificar se há procedimentos administrativos padronizados para o recebimento e tratamento de manifestações, que orientem no mínimo: 6. que a identificação do requerente não contenha exigências que inviabilizem sua manifestação; 7. vedação a quaisquer exigências relativas aos motivos determinantes da apresentação de manifestações; 8. obrigatoriedade de dar ciência ao usuário acerca da decisão administrativa e do encaminhamento dado a sua manifestação; 9. Verificar se as atribuições da ouvidoria ou estrutura similar na organização incluem as previstas nos art. 13 e 14 da Lei 13.460/2017; 10. Verificar existência e funcionamento dos canais de manifestações dos usuários e se: 11. a manifestação pode ser feita por meio eletrônico; 12. há emissão de comprovante de recebimento da manifestação; 13. há possibilidade de acompanhamento eletrônico das manifestações realizadas. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a organização promove a participação de usuários de serviços públicos no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços ofertados pela organização. * Se a organização comunica aos usuários os resultados das pesquisas de satisfação e das manifestações realizadas. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Canal de manifestações ineficaz; * Papel da ouvidoria restrito ao recebimento das manifestações; ouvidoria não atua de forma proativa para aperfeiçoamento dos serviços públicos prestados pela organização; * Desconhecimento acerca da satisfação dos usuários com os serviços públicos prestados pela organização; * Resultados da participação/avaliação de satisfação dos usuários dos serviços públicos não são utilizados para planejamento de melhorias e simplificações desses serviços ou concepção de novos serviços. | |
| Causas | * Cultura organizacional focada em interesses privados; * Pensamento de grupo, desenvolvimento de cultura que inibe a transparência e participação social; * Deficiência ou ausência de processo de trabalho para recebimento e tratamento de manifestações dos usuários dos serviços; * Estratégia organizacional não contempla objetivos relacionados à satisfação dos clientes com produtos e serviços da organização; * Falta de compromisso da liderança com a melhoria do atendimento prestado aos cidadãos. | |
| Efeitos | * Baixa capacidade da organização em atender necessidades e expectativas dos usuários dos seus serviços; * Desmotivação dos usuários de serviços públicos para avaliar os serviços prestados pela organização; * Dano à imagem, reputação e credibilidade da organização. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PRÁTICA 3140: A organização assegura a efetividade da auditoria interna? | | | |
| Conteúdo da prática | | | |
| Esclarecimentos | Consulte a página 101 do Referencial Básico de Governança Organizacional 3ª edição: ([LINK PARA O REFERENCIAL](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F7595543501762EB92E957799)) | | |
| Aspectos avaliados | Consulte as questões da prática 3140 do questionário de governança: ([LINK PARA O QUESTIONÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E73726BD201742591477D595B)) | | |
| Glossário | | | Consulte, no glossário, os verbetes aplicáveis a esta prática: ([LINK PARA O GLOSSÁRIO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/levantamento-de-governanca/)) |
| Relação com o Relatório de Gestão | | | Consulte o documento “Práticas x Conteúdo do relatório de gestão”: ([LINK PARA O DOCUMENTO](https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/organizacional/auditoria-de-governanca/matrizes-de-auditoria.htm)) |

|  |
| --- |
| Subquestão 3141: A instância superior de governança da organização participa da elaboração do Plano Anual de Auditoria Interna? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Relação dos atuais membros da alta administração e conselho superior, com respectivos cargos ou funções, contatos de e-mail | Área de gestão de pessoas |
| 1. Contribuições do conselho e da alta administração para avaliação de riscos e definição do plano de auditoria do exercício atual | Atas das reuniões entre auditoria interna, conselho e alta administração; agendas de compromissos dos membros de conselho e alta administração; agenda de compromissos do chefe da auditoria interna. No caso de ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, agenda das CISET ou de diretorias da Secretaria Federal de Controle da CGU; ofícios, e-mails e outras comunicações encaminhadas pela liderança da organização à auditoria interna; registros da comunicação do plano de auditoria interna. |
| 1. Instância que revisou e aprovou o último plano de auditoria | Atas das reuniões entre auditoria interna, conselho e alta administração. No caso de ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, agenda das CISET ou de diretorias da Secretaria Federal de Controle da CGU; ofícios, e-mails e outras comunicações encaminhadas pela liderança da organização à auditoria interna; registros da aprovação e comunicação do plano de auditoria interna. |
| 1. Avaliação de riscos na qual se baseou o último plano de auditoria interna | Documentação da elaboração do plano de auditoria |
| 1. Processo de trabalho e/ou previsão em política (ou em normativo a que a organização esteja sujeita) para que o plano de auditoria interna seja revisado e aprovado pelo conselho. No caso de ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, formas de participação do conselho e da alta administração no planejamento da auditoria estão previstas nas IN SFC 3 e 8 de 2017. | Normativos/políticas que tratam da atividade de auditoria interna |
| Procedimentos | 1. Analisar se há registros de que a auditoria interna discutiu com a alta administração e apresentou ao conselho o plano de auditoria interna do exercício atual; 2. Verificar se há processo de trabalho, política ou normativo que prevê a interação entre conselho, alta administração e auditoria interna no planejamento da auditoria; 3. Aplicar roteiro de entrevista em amostra de membros de conselho e alta administração acerca da percepção dos seus papéis em contribuir no planejamento da auditoria; 4. Aplicar roteiro de entrevista com o chefe da auditoria interna sobre a participação do conselho e da alta administração na avaliação de riscos e definição do universo de auditoria (no caso de ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, entrevistar chefia da respectiva CISET ou diretorias da Secretaria Federal de Controle da CGU); 5. Analisar se há documentação do plano de auditoria com lista dos trabalhos propostos, justificativas de cada trabalho com base em avaliação de riscos; 6. Confrontar as informações obtidas com as entrevistas e análise documental para avaliar o nível de adoção da prática. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a alta administração e o conselho participam do planejamento da auditoria interna, informando-a acerca de processos e atividades relevantes, objetivos, prioridades e riscos organizacionais; * Se a auditoria interna utiliza as informações passadas pela alta administração para avaliação de riscos no planejamento da auditoria e informa o plano ao conselho para revisão e aprovação (no caso de ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, se o plano elaborado pela CGU/CISETs é discutido com a alta administração e conselhos dessas organizações). | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Desconhecimento, por parte da auditoria interna, dos principais riscos identificados pela alta administração dos objetivos e prioridades organizacionais; * Entendimento limitado, por parte da auditoria interna, das expectativas da alta administração e do conselho; * Planejamento de auditoria interna não baseado em riscos. | |
| Causas | * Baixo grau de interação entre a auditoria interna, conselho e alta administração; * Ausência de diretrizes para a participação da liderança da organização no planejamento da auditoria; * Não há previsão de discussão do plano de auditoria interna com conselho e alta administração; * Conselho e alta administração desconhecem os seus papéis no planejamento da auditoria interna; * A alta administração tem receio de expor fragilidades à auditoria interna; * O conselho e/ou alta administração entendem que a interação com a auditoria interna é papel único da segunda linha de defesa. * Não entendimento do papel da auditoria interna de avaliar e melhorar os processos de gerenciamento de riscos, controles e governança da organização; * Foco da auditoria interna em áreas/atividades operacionais; * Ausência de trabalhos de auditoria interna em áreas de negócio da organização. | |
| Efeitos | * Falta de alinhamento entre as atividades da auditoria interna e as prioridades organizacionais; * Alocação de recursos de auditoria em áreas/processos/atividades não prioritários; * Lacunas de avaliação em áreas com maior exposição a riscos na organização; * Não melhoria dos processos de gerenciamento de riscos, controles e governança da organização derivados da atuação da auditoria interna. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subquestão 3142: A instância superior de governança recebe serviços de auditoria interna que adicionam valor à organização? | | |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Estatuto da auditoria interna | Auditoria interna, site da organização |
| 1. Métodos e procedimentos definidos para orientar a auditoria interna na execução de trabalhos de avaliação e de consultoria em processos de governança, gestão de riscos e controles internos | Manuais, guias, documentos de orientação das atividades da auditoria interna |
| 1. Relação dos atuais membros da auditoria interna, com respectivos cargos ou funções, contatos e CPF (no caso da CGU/CISETs, pode-se restringir aos diretores) | Área de gestão de pessoas |
| 1. Percepção de membros da auditoria interna acerca de expertise para realização de trabalhos de avaliação e de consultoria em processos de governança, gestão de riscos e controles internos; | Membros da auditoria interna |
| 1. Resultados de trabalhos de avaliação ou de consultoria da auditoria interna, realizados nos últimos três anos, que abordem processos de governança individuais ou opinião geral da auditoria sobre as práticas de governança na organização, incluindo a garantia de prestações de contas da organização | Relatórios de auditoria interna sobre processos de governança individuais, processo de gestão de riscos e controles internos; atas de reuniões do conselho/comitês e da alta administração, durante as quais o chefe de auditoria tenha apresentado avaliações das práticas de governança da organização, recomendações de gestão de riscos e avaliações de controles internos; mapas e avaliações de riscos e controles, resultados de pesquisas e entrevistas com a gestão, resultados de testes de controle, acompanhamentos das questões levantadas em relatórios de auditoria |
| 1. Resultados de trabalhos de avaliação ou de consultoria da auditoria interna, realizados nos últimos três anos, que abordem o processo de gestão de riscos, gestão de riscos críticos, confiabilidade e integridade de reporte de riscos (podem ser trabalhos em áreas individuais ou opinião geral da auditoria) |
| 1. Resultados de trabalhos de avaliação ou de consultoria da auditoria interna, realizados nos últimos três anos, que abordem: respostas a riscos críticos; controles-chave da gestão; adequação de desenvolvimento de controles; operação de controles adequadamente desenvolvidos |
| 1. Formas de comunicação ao conselho e alta administração dos resultados dos trabalhos indicados nos itens 5 a 7. | Atas de reuniões do conselho/comitês e da alta administração, durante as quais o chefe de auditoria tenha apresentado avaliações das práticas de governança da organização, recomendações de gestão de riscos e avaliações de controles internos |
| 1. Opinião da liderança da organização acerca da eficácia, utilidade e tempestividade das comunicações da auditoria interna sobre os resultados dos trabalhos realizados. | Membros de conselho ou colegiado superior e da alta administração |
| Procedimentos | 1. Analisar se o estatuto de auditoria interna contém os papéis e responsabilidades da atividade de auditoria interna com relação a gestão de riscos, processos de governança e controles internos. No caso de ministérios e demais organizações do poder executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, avaliar os normativos aplicáveis à CGU/CISETs, como por exemplo a IN SFC 3/2017; 2. Verificar se há manuais/guias utilizados para orientar a auditoria interna na execução de trabalhos de avaliação e de consultoria em processos de governança, gestão de riscos e controles internos; 3. Realizar pesquisa de percepção com membros da auditoria interna acerca de expertise para realização de trabalhos de avaliação e de consultoria em processos de governança, gestão de riscos e controles internos; 4. Analisar relatórios de auditoria e outros documentos que comprovem a conformidade com as normas 2110, 2120 e 2130 da Estrutura Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna – IPPF; 5. Avaliar se há evidências de que as conclusões dos trabalhos de auditoria são comunicadas à liderança da organização e avaliar percepção da liderança acerca da eficácia, utilidade e tempestividade dessas comunicações; 6. Confrontar as informações obtidas com as pesquisas e análise documental para avaliar se o nível de adoção da prática. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se o estatuto da auditoria interna prevê claramente as responsabilidades com respeito a gestão de riscos, processos de governança e controles internos da organização; * Se há métodos e procedimentos definidos para orientar a execução de trabalhos de avaliação e de consultoria em processos de governança, gestão de riscos e controles internos; * Se a auditoria interna tem prestado serviços de avaliação e/ou consultoria para melhoria dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos da organização; * Se a liderança toma conhecimento dos resultados dos trabalhos realizados pela auditoria interna. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Desconhecimento, por parte do Conselho e da alta administração, sobre a eficácia dos processos de governança, gestão de riscos e controles da organização; * Desconhecimento, por parte do Conselho e da alta administração, sobre a eficácia da gestão e confiabilidade e integridade de reporte dos riscos críticos organizacionais; * Desconhecimento, por parte do Conselho e da alta administração, da confiabilidade das informações constantes das prestações de contas da organização. | |
| Causas | * Ausência de padrões mínimos definidos para orientar a execução de trabalhos de avaliação e de consultoria em processos de governança, gestão de riscos e controles; * Auditoria interna não possui coletivamente as competências necessárias à execução desses tipos de trabalho; * Auditoria interna não aderente às práticas internacionais; * Sobreposição de funções de segunda e terceira linhas, sem salvaguardas necessárias; * A administração e/ou o conselho não entendem ou valorizam a importância de uma terceira linha independente e objetiva. * Atuação da auditoria interna voltada a áreas/atividades operacionais; * Ausência de atuação da auditoria interna em áreas de negócio. | |
| Efeitos | * Baixa capacidade de supervisão por parte do conselho e falta de subsídios aos processos decisórios da liderança da organização; * Riscos significantes não identificados e não gerenciados de forma eficaz; * Altos custos de manutenção de controles sem os benefícios esperados; * Manutenção de processos de governança inadequados ao tamanho, complexidade e requisitos legais aos quais a organização está sujeita; * Percepção da Auditoria Interna como mero controle burocrático. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subquestão 3143: A organização acompanha os resultados dos trabalhos de auditoria interna? | | |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Diretrizes definidas para comunicação dos resultados dos trabalhos de auditoria | Manual de políticas e procedimentos de auditoria interna |
| 1. Comunicações realizadas pela auditoria interna à instância superior de governança e à alta administração sobre resultados de trabalhos dos últimos dois anos | Plano de comunicação dos trabalhos de auditoria, relatórios de comunicação final dos trabalhos, apresentações formais de encerramento, documentos de comunicação de monitoramento, minutas de reuniões em que resultados tenham sido discutidos |
| 1. Discussões formais, pela instância superior de governança, acerca das recomendações emitidas pela auditoria interna | Atas de reunião da instância superior de governança; comunicações entre instância superior de governança e auditoria interna |
| 1. Controle, por parte da auditoria interna, das recomendações emitidas nos últimos dois anos e providências que foram tomadas pela organização | Sistema de informação, planilhas de acompanhamento, planos de ações corretivas preparados pela alta administração, relatórios de status |
| 1. Previsão de registro formal de justificativa da alta administração quando decida por não realizar nenhuma ação em resposta a recomendações de auditoria | Normativos aplicáveis a organização; processos de trabalho formalizados |
| 1. Para as recomendações não implementadas nos últimos dois anos, registro de justificativa pela alta administração | Atas de reunião entre auditoria interna e alta administração; Sistema de informação, planilhas de acompanhamento da auditoria interna, planos de ações corretivas preparados pela alta administração |
| Procedimentos | 1. Analisar se há diretrizes de comunicação definidas para os trabalhos de auditoria interna: frequência e tipos de comunicação, destinatários, requisitos de qualidade (ver Guia Prático IPPF – Comunicando resultados dos Trabalhos de avaliação); 2. Verificar se a instância superior de governança e alta administração foram informadas dos resultados de trabalhos de auditoria nos últimos dois anos; 3. Verificar se há política ou orientação aplicável à organização que prevê o registro formal de aceitação de risco caso a alta administração decida por não realizar nenhuma ação em resposta a recomendações de auditoria e se há registro para as recomendações não implementadas nos últimos dois anos; 4. Verificar se há monitoramento, por parte da auditoria interna, da implementação das recomendações. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a instância superior de governança toma ciência dos resultados dos trabalhos de auditoria interna; * Se a instância superior de governança discute formalmente acerca dos resultados dos principais trabalhos de auditoria interna; * Se estão registradas eventuais decisões de não implementar determinadas recomendações da auditoria interna. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * Desconhecimento, por parte do Conselho e alta administração, sobre vulnerabilidades apontadas pela auditoria interna nos processos de governança, gestão de riscos e controles da organização; * Não implementação de planos de ação necessários à correção de problemas identificados pela auditoria interna. | |
| Causas | * Baixo grau de interação entre a auditoria interna, conselho, alta administração e gerência: falta de reuniões entre auditoria interna, proprietários de processos, alta administração e conselho para apresentação dos problemas e discussão sobre soluções (planos de ação acordados); * O conselho e/ou alta administração entendem que a interação com a auditoria interna é papel único da segunda linha de defesa; * Ausência de diretrizes para comunicação de resultados dos trabalhos de auditoria interna; * Posicionamento da auditoria interna na organização não possibilita a comunicação e interação direta com a instância superior de governança; * Reportes de auditoria excessivamente extensos, com muito linguajar técnico, intempestivos, imprecisos. | |
| Efeitos | * Perda de oportunidade de melhorar os processos organizacionais; * Perda de oportunidade de realizar ações corretivas de forma tempestiva; * Impossibilidade de dar eficácia aos esforços da auditoria interna na organização; * Recorrência de incidentes de risco. | |
| Subquestão 3144: A instância superior de governança da organização opina sobre o desempenho da função de auditoria interna? | | |
| Matriz de Planejamento | | |
| Critérios | [LINK PARA QRN](http://www.tcu.gov.br/govorganizacional/) | |
| Informações requeridas e respectivas fontes | **Informações requeridas** | **Fontes de informação** |
| 1. Declaração de aderência à prática informada no questionário do iGG e evidências | Painel de indicadores do iGG |
| 1. Política ou programa de avaliação de qualidade e melhoria (QAIP) ou programa de gestão e melhoria da qualidade (PGMQ) | Auditoria interna |
| 1. Formas utilizadas pela auditoria interna para medir a satisfação dos clientes | Política do QAIP/PGMQ |
| 1. Formas disponibilizadas pela auditoria interna para medir o nível de satisfação da liderança da organização com o processo e produtos de auditoria | Política do QAIP/PGMQ |
| 1. Feedback da liderança e demais clientes de auditoria quanto à relevância, à qualidade e ao valor agregado pela atividade de auditoria interna dos trabalhos nos últimos dois anos | Entrevistas; pesquisas de satisfação |
| 1. Reportes de desempenho encaminhados à instância superior de governança nos últimos dois anos | Comunicações entre auditoria interna e liderança |
| Procedimentos | 1. Avaliar se há política ou normativo interno que tenha instituído programa de avaliação da qualidade e melhoria (QAIP) ou programa de gestão e melhoria da qualidade (PGMQ) para a auditoria interna; 2. Avaliar se o QAIP/PGMQ prevê a consideração do feedback da liderança e dos clientes de auditoria da organização (no caso de ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, verificar se as CISET/CGU forneceram possibilidade de feedback dos gestores a cada trabalho realizado nos últimos dois anos e se houve resposta por parte da organização); 3. Verificar se, nos últimos dois anos, houve reporte dos resultados do QAIP/PGMQ (desempenho da atividade de auditoria interna) à instância superior de governança. Para ministérios e demais organizações do Poder Executivo que não possuam unidade própria de auditoria interna, verificar se as CISET/CGU encaminharam resultados do programa de gestão de qualidade aos gestores. | |
| O que a análise vai permitir dizer | * Se o grau declarado (no questionário do iGG) acerca da adoção da prática na organização é real e as possíveis lacunas na implementação; * Se a auditoria interna possui programa de avaliação da qualidade e melhoria (QAIP) ou programa de gestão e melhoria da qualidade (PGMQ); * Se a liderança da organização toma conhecimento dos resultados do QAIP/PGMQ; * Se a auditoria interna mede o nível de satisfação dos seus clientes (incluindo a liderança da organização) com os processos e produtos de auditoria. | |
| Possíveis achados | | |
| Eventos de risco | * QAIP/PGMQ não definido e/ou não implementado; * Desconhecimento, por parte liderança da organização, da qualidade dos serviços prestados pela auditoria; * Não há avaliação do nível de satisfação dos clientes de auditoria com os processos e produtos de auditoria. | |
| Causas | * A liderança da organização não participa do processo de avaliação da atividade de auditoria interna; * A liderança da organização entende que a interação com a auditoria interna é papel único da segunda linha de defesa; * Há resistências na auditoria à implementação de QAIP/PGMQ. | |
| Efeitos | * Perda de oportunidade de promover melhorias nos processos e procedimentos de auditoria interna; * Manutenção de serviços de auditoria que não agregam valor à organização. | |