



CISET

Secretaria de Controle Interno

RELATÓRIO DE AUDITORIA AVALIAÇÃO

MINISTÉRIO DA DEFESA (MD)

Exercício 2018

22 de outubro de 2019

Ministério da Defesa - MD
Secretaria de Controle Interno - Ciset

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO Nº 1/2019/Geaud/Ciset-MD

Órgão: MINISTÉRIO DA DEFESA

Unidade Examinada: MINISTÉRIO DA DEFESA (MD)

Município/UF: Brasília/Distrito Federal

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da gestão pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Auditoria Anual de Contas

A Auditoria Anual de Contas tem por objetivo formentar a boa governança pública, aumentar a transparência, provocar melhorias na prestação de contas dos órgãos e entidades federais, induzir a gestão pública para resultados e fornecer opinião sobre como as contas devem ser julgados pelo Tribunal de Contas da União.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA Ciset?

Trata-se de Auditoria Anual de Contas, referente ao exercício de 2018, realizada no Ministério da Defesa (Secretaria Geral), cujo escopo definido em Ata firmada entre a Ciset/MD e o Tribunal de Contas da União, consistiu na: verificação da conformidade das peças de prestação de contas; avaliação dos resultados dos objetivos estabelecidos no PPA – ação 20XT; avaliação dos indicadores de desempenho; avaliação dos controles internos relacionados ao gerenciamento dos convênios e transferências no âmbito do DPCN e EMCFA; avaliação da gestão do patrimônio imobiliário da união (no âmbito da Coordenação de Patrimônio e Almoxarifado), notadamente dos PNRs; e na avaliação dos controles internos administrativos nos cinco componentes do *COSO IC-IF 2013*: Ambiente de Controle, Gestão de Riscos, Atividades de Controle, Informação e Comunicação e Monitoramento.

POR QUE A Ciset REALIZOU ESSE TRABALHO?

O trabalho se insere no contexto da prestação anual de contas dos gestores do Poder Executivo Federal.

O Ministério da Defesa está entre as unidades elencadas na Decisão Normativa TCU 172/2018, cujos responsáveis terão as contas de 2018 julgadas pelo TCU.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA Ciset? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

A equipe de auditoria concluiu que o rol de responsáveis não foi elaborado em perfeita conformidade com a DN 172 e que estão ausentes do Relatório de Gestão algumas informações exigidas pelo TCU. Verificou-se ainda que: há necessidade de aprimoramento dos indicadores para que possam ser utilizados na tomada de decisões; há necessidade de aprimoramento na gestão; e do patrimônio imobiliário (PNR); que os controles internos, avaliados segundo os cinco componentes do *COSO IC-IF 2013*, necessitam de melhorias – como a implantação de uma gestão baseada em riscos – que elevem seu grau de maturidade. No sentido de melhorar tais processos, a Ciset efetuou recomendações estruturantes, cuja implementação será acompanhada por meio do Plano de Providências Permanente a ser encaminhado pela unidade.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACMD – Administração Central do Ministério da Defesa
CENSIPAM – Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia
CGU – Controladoria Geral da União
COPAL – Coordenação de Patrimônio e Almoxarifado
CHOC – Chefia de Operações Conjuntas
CISSET – Secretaria de Controle Interno
COSO – The Committee of Sponsoring Organizations (Comitê de Organizações Patrocinadoras)
DESEG - Departamento de Engenharia e Serviços Gerais
DETIC - Departamento de Tecnologia de Informação e Comunicação
DPCN – Departamento do Programa Calha Norte
EMCFA – Estado Maior do Comando das Forças Armadas
END – Estratégia Nacional de Defesa
ESG – Escola Superior de Guerra
GEAUD – Gerência de Auditoria
GEPES – Gestão de Pessoal
HFA – Hospital das Forças Armadas
MD – Ministério da Defesa
PNR – Próprios Nacionais Residenciais
QACI – Questionário de Avaliação dos Controles Internos
RTAA - Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental
SEI – Sistema Eletrônico de Informações
SEPESD - Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto
SEPROD – Secretaria de Produtos de Defesa
SEORI – Secretaria de Orçamento e Organização Institucional
SG – Secretaria-Geral do Ministério da Defesa
SIC – Serviço de Informação ao Cidadão
TED – Termo de Execução Descentralizada
TCU – Tribunal de Contas da União
UAIG – Unidade de Auditoria Interna Governamental
UG – Unidade Gestora

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
SUMÁRIO	6
1. INTRODUÇÃO	7
2. RESULTADOS DOS EXAMES	8
2.1. CONFORMIDADE DAS PEÇAS	8
2.1.1 Conformidade do Rol de Responsáveis	8
2.1.2 Conformidade do Relatório de Gestão	8
2.2 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS – AÇÃO 20XT	10
2.3. AVALIAÇÃO DOS INDICADORES	11
2.4. AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS	12
2.4.1 Programa Calha Norte – Convênios	12
2.4.2 Termo de Execução Descentralizada (TED 09)	12
2.5. AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO	13
2.5.1 Deficiências no gerenciamento dos PNRs do MD	13
2.6. AVALIAÇÃO DOS CONTROLES INTERNOS ADMINISTRATIVOS	14
2.6.1 Ambiente de Controle	15
2.6.2 Gestão de Riscos	15
2.6.3 Atividades de Controle	16
2.6.4 Informação e Comunicação	17
2.6.5 Monitoramento	17
2.7. DETERMINAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DO TCU	18
3. RECOMENDAÇÕES	19
4. CONCLUSÃO	19
5. ANEXO	21

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Defesa foi criado em 1999 para reforçar a articulação das Forças Armadas e dar mais fluidez à sua relação com outras áreas do Estado, o ministério tem sob sua responsabilidade uma vasta e diversificada gama de assuntos.

Entre suas principais atribuições está o estabelecimento de políticas ligadas à defesa e à segurança do país e a Estratégia Nacional de Defesa (END) - lançada em 2008 e atualizada em 2012, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a adequada preparação e capacitação das Forças Armadas, de modo a garantir a segurança do país tanto em tempo de paz, quanto em situações de crise e atender às necessidades de equipamento dos Comandos Militares, reorganizando a indústria de defesa para que as tecnologias mais avançadas estejam sob domínio nacional.

Também faz parte de seu escopo de atuação temas de grande alcance, como o Serviço Militar, o orçamento de defesa, as operações militares e a cooperação internacional em defesa, entre outros.

A estrutura organizacional do Ministério da Defesa contempla o Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas (EMCFA), que tem a missão de promover e coordenar a interoperabilidade entre as Forças Singulares, e a Secretaria-Geral (SG), órgão central de direção ao qual estão subordinadas as demais secretarias do MD: Secretaria de Orçamento e Organização Institucional (SEORI), Secretaria de Produtos de Defesa (SEPROD) e Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto (SEPESD).

Em 2011, o Ministério da Defesa passou a abrigar também o Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia (Censipam), vinculado anteriormente à Casa Civil da Presidência da República.

Integram ainda sua estrutura, na qualidade de órgãos subordinados, a Escola Superior de Guerra (ESG), voltada a estudos de alto nível sobre defesa nacional, e o Instituto Pandiá Calógeras, centro de pesquisas cuja missão é contribuir para desenvolver o pensamento sobre segurança internacional e defesa nacional do Brasil.

O Relatório de Auditoria Anual de Contas está estruturado de acordo com as seguintes partes e conteúdos:

- a) Resultado dos Exames: onde estão registrados os achados de auditoria, apresentando os resultados das análises realizadas pela equipe de auditoria;
- b) Recomendações: apresenta as medidas propostas pela Ciset, discutidas previamente junto à unidade auditada, para corrigir situações de impropriedades identificadas e/ou estruturar solução sistêmica para tratamento das causas das falhas constatadas;
- c) Conclusão: apresenta uma síntese dos resultados do trabalho de auditoria, contemplando as principais falhas identificadas e as causas relevantes, bem como as boas práticas identificadas ao longo do exercício sob exame; e

O escopo da Auditoria Anual de Contas do MD (SG), relativa ao exercício de 2018, abrangeu os temas consignados nos itens 2.1 a 2.6 deste Relatório, conjuntamente definidos pela Ciset/MD e o TCU e firmados em ata, e a verificação do atendimento às determinações/recomendações do TCU.

Nenhuma restrição foi imposta ao desempenho do trabalho, que foi desenvolvido em consonância com o disposto no Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental (RTAA), aprovado pela IN CGU nº 03/2017, e com o COSO IC-IF 2013.

2. RESULTADOS DOS EXAMES

2.1. Conformidade das peças exigidas nos incisos I e II do art. 13 da IN TCU nº 63/2010

Em atendimento ao disposto no item 1 do anexo II à Decisão Normativa TCU nº 172/2018, estão registrados nos subitens 2.1.1 e 2.1.2, a seguir, os resultados da análise da conformidade do Rol de Responsáveis e do Relatório de Gestão elaborados pela SG com os requisitos fixados pelo Tribunal de Contas da União.

2.1.1 Conformidade do Rol de Responsáveis

Achado: Inserção de e-mails institucionais no rol de responsáveis

A análise do rol de responsáveis da SG inserido no sistema TCU e-Contas revelou que embora o documento liste os agentes públicos de que trata o Ofício nº 21/2019-TCU/SecexDefesa, de 29/01/2019, e que discrimine os períodos de efetiva substituição dos agentes titulares, em observação ao disposto nos subitens 9.6 e 9.7 do Acórdão nº 3565/2019 – TCU – 1ª Câmara, nele não constam os endereços eletrônicos privados de cerca de 60% desses agentes.

É importante salientar que de acordo com item 8 da orientação sobre a elaboração do conteúdo (disponível no e-Contas), no rol devem ser inseridos os dados de contatos pessoais dos responsáveis, isto é, não são adequados o endereço, o telefone e o e-mail vinculados à instituição onde eles trabalham.

Instado a se manifestar por meio da versão preliminar deste relatório, o gestor informou (Despacho nº 1200/SG-MD, de 14/10/2019) que “concorda com o que consta do achado e adotará medidas para que, doravante, sejam inseridos no Relatório de Gestão os e-mails pessoais de cada integrante do rol de responsáveis.”

O gestor concordou com o teor das considerações apresentadas no achado, razão pela qual faz-se necessário que passe a registrar os contatos pessoais dos integrantes do rol de responsáveis.

2.1.2 Conformidade do Relatório de Gestão

Achado: Ausência de conteúdo previsto nas orientações consignadas no sistema e-Contas

No que concerne ao relatório de gestão, examinado à vista dos requisitos previstos nos anexos II e III da Decisão Normativa-TCU nº 170/2018, em conjunto com as orientações consignadas no Sistema e-Contas, verificou-se que, à exceção do item 8 do conteúdo Alocação de Recursos e Áreas Especiais da Gestão, as peças contemplam os conteúdos exigidos pelo Tribunal.

O item em causa prevê a inserção de informações acerca dos principais programas/projetos estratégicos do Ministério da Defesa, ou seja, F-X2, HXBR/EC-725, KC-390, Modernização de Aeronaves em Andamento (A-1M e P-3BR), VLM-1, AM-X, Guarani, Recop, Sisfron, Defesa Antiaérea, Astros 2020, Prosub, SisGAAz, Aquisição de Helicópteros de Multiemprego (HME S - 70B Seahawk), Protótipo de Reator Nuclear, Construção do Núcleo do Poder Naval (especificamente os subprojetos Navios-Patrolha de 500 ton PROSUPER).

Em outras palavras, ficaram ausentes do relatório de gestão:

Subitem 8.d - fontes de financiamento;

Subitem 8.e - valor global estimado: ausência de informação quanto ao total de recursos financeiros estimados quando da aprovação do projeto/subprojeto e sua variação, a cada aditivo de preço firmado, até o final do exercício corrente;

Subitem 8.g - gráfico comparativo (tipo linha do excel) com as seguintes informações: desembolsos previstos a cada ano para todo o projeto, na data de seu início (cronograma original); desembolsos previstos a cada ano para todo o projeto, conforme cronograma válido ao término de exercício de referência do relatório de gestão; desembolsos executados (valores pagos), a cada ano, desde seu início até o término do exercício de referência do relatório de gestão;

Subitem 8.h – gráfico comparativo (tipo linha do excel) com as seguintes informações: desembolsos previstos e acumulados ano a ano, desde o início dos projetos (cronograma original) até seu término; desembolsos executados (valores pagos) e acumulados ano a ano, desde o início dos projetos até o término do exercício de referência do relatório de gestão;

Subitem 8.i – valores desembolsados, ano a ano, desde o início do projeto, relativos aos contratos de financiamento externo, decompondo-o de modo a evidenciar os valores relativos às amortizações e a cada um dos encargos neles previstos, como taxa de compromisso, juros de mora, etc. No caso de não existir contratos de financiamento externo, citar isso no subitem 8.i;

Subitem 8.k – Acordos de Compensação: ausência de informação se há compensação e, em caso afirmativo, o total previsto e o total realizado, por modalidade de compensação;

Subitem 8.m – descrição resumida dos contratos, incluídos os de financiamento e de seus aditivos;

Subitem 8.n – diagnósticos acerca da performance, abrangendo minimamente análises sobre a variação dos custos, o cumprimento de prazos, o atendimento do escopo (entrega da quantidade prevista com os requisitos estabelecidos).

Instado a se manifestar por meio da versão preliminar deste relatório, o gestor informou que “conforme detalhado na Reunião de busca conjunta de soluções, o Portfólio Estratégico de Interesse do Ministério da Defesa, estabelecido pela Portaria Normativa nº 99/GM-MD, de 21 de dezembro de 2018, é composto pelo atual conjunto de projetos de defesa que compõem o Programa Avançar do Governo Federal, sendo esse o acervo de programas acompanhado periodicamente pelo MD e executado pelas Forças Armadas. Além disso, cumpre ressaltar que as informações disponibilizadas sobre cada programa ou projeto no Relatório de Gestão do Ministério da Defesa, foram aquelas exigidas para o cumprimento do determinado no item 9.2 do Acórdão nº 1519/2017-TCU-Plenário.”

Durante a reunião, o gestor informou que os dados cobrados pelo TCU faltaram ao seu relatório de gestão porque deveriam constar nos dos comandos militares. Ou seja, além da justificativa reportada acima, poder-se-ia também considerar o que dispõe o artigo 4º da Lei Complementar nº 97/1999, segundo o qual os comandos da Marinha, Exército e Aeronáutica exercem a direção e a gestão da respectiva Força. Assim, s.m.j, competiria a cada um dos comandos manifestar-se sobre o assunto em seus respectivos relatórios de gestão, sem prejuízo de no relatório de gestão do MD constar a justificativa quanto a não abordagem do conteúdo requerido.

2.2 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS - AÇÃO 20XT

Achado: análise da gestão de recursos disponibilizados na ação 20XT (Prestação de Serviços Médico-Hospitalares e de Ensino e Pesquisa do Hospital das Forças Armadas).

A Ação 20XT, durante o exercício de 2018, foi constituída por três planos orçamentários, a saber: Plano Orçamentário 0001 – Manutenção dos Serviços Médico-Hospitalares; Plano Orçamentário 0002 – Manutenção e Desenvolvimento do Ensino/Aprendizagem; e Plano Orçamentário 0003 – Manutenção e Desenvolvimento de Pesquisas Médicas. A tabela abaixo, apresenta as metas físicas, metas reprogramadas, metas realizadas e a execução orçamentária da referida ação durante o exercício 2018.

Tabela 1: Exercício 2018

Informações Financeiras (R\$)					Metas Físicas			
P.O.	Dotação Atual	Empenhado	Liquidado	Pago	Meta LOA	Meta Reprogramada	Meta Realizada	Produto
0001	42.745.731	42.745.253	39.827.240	39.099.563	384.000	336.000	336.181	Paciente Atendido
0002	353.805	353.302	296.385	296.385	120	-	144	Profissional Capacitado
0003	948.246	948.246	870.378	870.378	10	-	16	Pesquisa Desenvolvida

Observa-se que no P.O. 0001 (Manutenção dos Serviços Médico-Hospitalares) houve reprogramação da meta física de 384.000 para 336.000 pacientes atendidos. Este fato se deu em virtude da evasão de profissionais da área de saúde ocorrido à época. Todavia, a meta ao final do exercício foi superada em 181 atendimentos.

No que diz respeito ao P.O. 0002 – Manutenção e Desenvolvimento do Ensino/Aprendizagem, a apuração anual registrou 144 servidores capacitados, um aumento de 20% em relação a meta da LOA. No ano em questão, a Diretoria Técnica de Ensino e Pesquisa realizou melhorias nos processos de seleção das capacitações disponibilizadas aos servidores e militares, buscando contemplar profissionais dos mais diversos setores, mediante aprovação do Conselho Administrativo Financeiro do HFA., racionalizando o fluxo de avaliação e aprovação, culminando na superação da meta. Destaca-se ainda a realização de outras ações objetivando o aperfeiçoamento profissional a partir da realização de treinamentos, palestras e cursos ministrados internamente e sem a utilização de recursos orçamentários.

No que concerne ao P.O. 0003 – Manutenção e Desenvolvimento de Pesquisas Médicas, também houve superação da meta da LOA em 6 unidades conforme tabela acima. Cabe destacar a aquisição de um simulador computadorizado de procedimentos endoscópicos no valor de R\$ 845.800,00. O equipamento é capaz de gerar relatórios que permitem a retificação da aprendizagem pós-procedimento, complementando, desta forma, as necessidades de maquinário de alta tecnologia para o desenvolvimento de pesquisas médicas do HFA.

Segundo o gestor, uma das maiores dificuldades enfrentadas na execução da ação 20XT, foi a perda de recursos humanos nas áreas administrativa e finalística da Unidade. Objetivando amenizar este cenário e, considerando a imprevisibilidade de autorização de concurso público para a recomposição do quadro de pessoal, a administração do HFA fez gestões no sentido de obter profissionais oriundos das três forças para o exercício temporário naquele hospital. Outras medidas foram adotadas, como a reavaliação da distribuição dos servidores, estudo de

um novo modelo de gestão e a possibilidade de acionar o retorno de profissionais em exercício fora da Unidade.

2.3 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES

2.3.1. Achado: Necessidade de aprimoramento dos indicadores para que possam servir de base para o processo de tomada de decisão.

Além de constituir-se em meio eficaz para aferir os resultados alcançados pelos administradores e de permitir a detecção de falhas que possam comprometer o alcance das metas e objetivos institucionais, os indicadores são elementos essenciais dos controles internos (Instrução Normativa TCU nº 63/2010) e “um importante passo para a adoção de boas práticas de governança, quando remetem ao cumprimento das funções institucionais” (Guia da Política de Governança Pública, 2018).

Com isso em mente, foi solicitado à SG que encaminhasse a relação de seus indicadores de desempenho vinculados, direta ou indiretamente, aos objetivos estratégicos do MD em 2018, acompanhados de informações acerca de seu significado e da situação que ele pretende medir; dos resultados por eles fornecidos em 2016, 2017 e 2018; de sua fonte de dados e da metodologia utilizada para a coleta, o processamento e a divulgação desses dados; da periodicidade com que é calculado e levado ao conhecimento da alta administração e de sua metodologia de cálculo.

Em resposta, a SG encaminhou seu plano de diretrizes para o triênio 2017-2019, aprovado pela Instrução Normativa MD nº 4/SG, de 3/8/2017, no qual estão listados 14 objetivos estratégicos, 41 metas e 41 indicadores, e os relatórios de acompanhamento estratégico referentes ao 1º semestre de 2017, ao 2º semestre de 2017 e ao 1º semestre de 2018, onde são apresentados os resultados dos indicadores. Não foram enviados dados relativos a 2016.

De posse das informações apresentadas pelo gestor, a equipe de auditoria concluiu (análise consignada no Anexo I) que os indicadores de desempenho formulados pela SG necessitam de aprimoramentos para se tornem tecnicamente adequados a cumprir a missão a que se destinam.

Em face do contido na versão preliminar deste relatório, o gestor acrescentou (Despacho nº 1200/SG-MD, de 14/10/2019), que “conforme explicitado na Reunião de Busca Conjunta de Soluções, encontra-se em andamento a elaboração do Plano de Gestão da Secretaria-Geral para 2020/2023, contemplando a elaboração de novos indicadores, para os quais serão buscados os requisitos preconizados pela Portaria Segecex nº 33, de 23 de dezembro de 2010.”

As informações acrescentadas pelo gestor apontam para o aprimoramento dos indicadores ora utilizados. É oportuno lembrar que tais aprimoramentos devem contemplar os seguintes critérios de avaliação propostos no item 3 do Anexo II da DN TCU 172/2018.

- a) a capacidade do indicador de representar, com a maior proximidade possível, a situação que a unidade pretende medir e de refletir os resultados das intervenções efetuadas na gestão;
- b) a capacidade de proporcionar a medição da situação pretendida ao longo do tempo, por intermédio de séries históricas;

- c) a confiabilidade das fontes dos dados utilizados para o cálculo do indicador, avaliando, principalmente, se a metodologia escolhida para a coleta, processamento e divulgação é transparente e replicável por outros agentes, internos ou externos à unidade;
- d) a facilidade de obtenção dos dados, de elaboração do indicador e de compreensão dos resultados pelos usuários da informação; e
- e) a razoabilidade dos custos de obtenção do indicador em relação aos benefícios da medição para a melhoria da gestão da unidade.

2.4 AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS

2.4.1 Programa Calha Norte – Convênios

Achado: Auditoria nos convênios firmados com municípios localizados na região do Calha Norte e avaliação dos controles internos do DPCN.

Realizada entre o segundo semestre de 2017 e novembro de 2018, em três etapas, a auditoria de avaliação dos programas de governo a cargo do Departamento do Programa Calha Norte (DPCN) mapeou riscos relacionados à boa e regular aplicação dos recursos e ao atingimento dos objetivos do programa (1ª etapa); verificou in loco a execução de 76 convênios (R\$ 90 milhões) firmados com prefeituras dos Estados do Amapá, Roraima e Rondônia, escolhidos aleatoriamente, de forma não probabilística (2ª etapa); e compilou os achados de auditoria mais frequentes nos vinte municípios fiscalizados com o objetivo de embasar a avaliação dos controles internos do DPCN (3ª etapa).

Da primeira etapa resultaram uma proposta de melhorias para a governança do Programa e alguns subsídios para o DPCN iniciar o desenvolvimento de uma política de gerenciamento de riscos.

Das fiscalizações realizadas na segunda etapa resultou um relatório que foi encaminhado tanto ao DPCN quanto aos órgãos de controle estaduais e municipais, para que tomassem conhecimento dos problemas ali elencados e as providências cabíveis dentro de suas competências institucionais.

Por fim, da avaliação dos controles internos resultaram recomendações ao DPCN para que aprimorasse a rotina de seus processos internos visando, sobretudo, à atualização dos normativos vigentes, uma das causas identificadas para o não atingimento dos objetivos estipulados nos convênios vigentes. A implementação das recomendações efetuadas vêm sendo acompanhadas pela Ciset-MD, por meio do Plano de Providências Permanente elaborado pela unidade.

2.4.2 Termos de Execução Descentralizada (TED 09 e Operação Acolhida)

Achado: gestão das transferências com controles internos satisfatórios.

Com o intuito de avaliar a efetividade dos controles internos instituídos pelo EMCFA para garantir a boa e regular aplicação dos recursos públicos relacionados às atividades de apoio à intervenção federal no Estado do Rio de Janeiro (decreto 9.288, de 16/02/2018), quanto ao desempenho da ajuda humanitária prestada no âmbito da Operação Acolhida (decreto nº 9.286, de 15/02/2018) e ao nível de maturidade da unidade na prática do componente Monitoramento do Coso IC-IF 2013, foi realizada auditoria no âmbito da Chefia de Operações Conjuntas (Choc) - subunidade do EMCFA responsável pelo controle dos recursos descentralizados - e que, além da análise de documentos e da seleção de uma amostra não probabilística para avaliar a rastreabilidade dos recursos descentralizados aos comandos

militares, foi aplicado à Choc o Questionário de Avaliação dos Controles Internos (QACI), com foco no componente Monitoramento do Coso IC-IF 2013.

Em decorrência da avaliação empreendida concluiu-se que os controles internos relacionados ao gerenciamento dos recursos descentralizados são satisfatórios, embora nem todos os procedimentos empregados estejam devidamente formalizados.

Além disso, verificou-se a necessidade de o EMCFA reforçar a atuação de suas duas linhas de defesa da gestão, com a primeira instituindo mecanismos robustos para processar transações, sustentar a qualidade das informações, aumentar a velocidade e a confiabilidade com que operações são iniciadas e concluídas e para garantir a confiabilidade e a integridade de registros e dados; e a segunda apoiando, supervisionando e monitorando o desenvolvimento dessas atividades instituídas pela primeira.

A implementação das recomendações efetuadas vêm sendo acompanhadas internamente pela Ciset/MD no Plano de Providências Permanente.

2.5 AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO

O MD administra 397 imóveis residenciais funcionais da União, localizados na Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro e Taguatinga, destinados à moradia de militares e servidores civis pertencentes ao Órgão.

A administração dos imóveis é regida pela Portaria Normativa nº 993/MD, de 30/4/2015, com subsídio do Decreto nº 980, de 11/11/1993 e das demais legislações que tratam sobre imóveis residenciais da União.

Dos exames realizados com vistas à avaliação dos controles internos administrativos utilizados pela COPAL para o gerenciamento dos Próprios Nacionais Residenciais (PNR), constatou-se o que segue:

2.5.1 Achado: Deficiências no gerenciamento dos PNR do MD

Ao examinar os controles internos aplicados na gestão de PNR do Ministério da Defesa, constatou-se que planilhas em MS-Excel estão sendo utilizadas em lugar do sistema corporativo previsto na Portaria Normativa nº 993/MD, isto é, do Sistema de Gerenciamento de PNR (SisPNR), cujo desenvolvimento foi abandonado em definitivo pela administração após algumas tentativas frustradas de colocá-lo em operação.

Em outras palavras, a administração vem simultaneamente descumprindo o disposto no artigo 39 da Portaria Normativa 993/MD, de 30/4/2015, alterada pela Portaria Normativa nº 1/MD, de 3/1/2018, e pondo em risco a segurança, confiabilidade e integridade das informações geradas no âmbito da Coordenação de Patrimônio e Almoxarifado (Copal) pelo uso alongado de uma solução que deveria ser tratada como emergencial.

Instado a descrever, de modo detalhado, os controles utilizados para garantir a segurança, a tempestividade e a fidedignidade das informações relativas ao cadastro de imóveis e de permissionários e à sua gestão patrimonial e financeira, ou seja, das informações relacionadas ao pagamento de taxas governamentais e de obrigações condominiais, ao cumprimento exato dos termos acordados na concessão de uso e à manutenção e à segurança dos imóveis, bem como os motivos, conforme relatado na reunião do dia 24/8/2019 com a equipe de auditoria, que levaram à interrupção do uso do SisPNR e, conseqüentemente à utilização de planilhas eletrônicas MS-giExcel, o gestor anexou diversos modelos de check-lists relacionados a lista

de espera de PNR, de inclusão de descontos de taxa de uso, de publicações, de pagamentos de taxa de limpeza, entre outros, que podem ser obtidos diretamente na intranet.

Em face do contido na versão preliminar deste relatório, o diretor do Departamento de Engenharia e Serviços Gerais – Deseg, por meio do Despacho 5426/Deseg/Seori/SG-MD, de 14/10/2019, ratificou “a informação prestada na reunião realizada no dia 24/8/2019, entre os técnicos da Seori e da Ciset-MD de que a ferramenta SISPNR está em processo de descontinuidade, devido a pendências de manutenções corretivas no software.”.

Acrescentou que “a Portaria Normativa nº 993/MD, de 30 de abril de 2015, que faz referências ao uso do SISPNR, encontra-se em revisão, conforme detalhado na Nota Técnica nº16/Assadi/Deadi/Seori/SG/MD/2018, parte do processo nº 60580.000235/2018-87” o qual se encontra “em análise pelo Deorg, para posterior aprovação pelo Senhor Ministro da Defesa.”

Por fim, Informou que em 30/9/2019, por meio do Despacho nº 5116/Deseg/Seori/SG-MD, o Deseg solicitou ao Departamento de Tecnologia de Informação e Comunicação (Detic) a criação de um subsistema de informática que auxilie no gerenciamento dos PNRs e a inclusão desse no Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação - PDTIC do MD para o quadriênio 2020-2023.

A utilização de planilhas eletrônicas para o gerenciamento do patrimônio imobiliário não é a forma mais adequada a ser utilizada no gerenciamento dos PNRs por conter fragilidades e riscos associados – de agilidade, de integridade e confiabilidade da informação, de garantia de segurança de acesso, etc. que devem ser previamente conhecidas pelo gestor para que sejam adotadas medidas mitigadoras, de forma a garantir o atingimento dos objetivos estabelecidos, que se traduz numa gestão eficiente e eficaz do patrimônio imobiliário da união.

Entretanto, as providências informadas acima pelo gestor, que incluem a criação de um subsistema de informática para auxiliar o gerenciamento dos PNR, apontam para a resolução do problema.

2.6 AVALIAÇÃO DOS CONTROLES INTERNOS ADMINISTRATIVOS

A avaliação sobre a qualidade e a suficiência dos controles internos administrativos instituídos pela Secretaria Geral foi realizada por meio do cotejamento entre a auto avaliação realizada pelo gestor – resposta ao Questionário sobre Avaliação de Controles Internos (QACI) – e as informações e documentos colhidos no decorrer dos exames de auditoria, adotando-se, como subsídio teórico, a publicação dos Critérios Gerais de Controle Interno na Administração Pública, do Tribunal de Contas da União, disponível no portal do TCU na internet e a estrutura modelo, versão atualizada, do *Internal Control – Integrated Framework*, publicada pelo *Committee of Sponsoring Organizations Of the Treadway – COSO IC-IF 2013*, denominada nesta tradução como Estrutura, com orientações para todos os níveis da administração em relação ao desenvolvimento, à implementação e à avaliação dos controles internos e de sua eficácia.

A definição do nível de maturidade dos sistemas de controle interno em nível de entidade varia conforme o percentual dos pontos obtidos frente ao total de pontos possíveis com as seguintes interpretações: inicial, básico, intermediário, aprimorado e avançado.

A avaliação realizada levou em conta os cinco elementos integrados do controle interno, descritos nos itens 2.6.1 a 2.6.5 deste Relatório.

2.6.1 AMBIENTE DE CONTROLE

Achado: Nível de maturidade “Intermediário”

De acordo com o COSO IC-IF 2013, Ambiente de Controle é um conjunto de normas, processos e estruturas que fornece a base para a condução do controle interno por toda a organização. O ambiente de controle abrange a integridade e os valores éticos da organização; os parâmetros que permitem à estrutura de governança cumprir com suas responsabilidades de supervisão; a estrutura organizacional e a delegação de autoridade e responsabilidade; o processo de atrair, desenvolver e reter talentos competentes; e o rigor em torno de medidas, incentivos e recompensas por performance. O ambiente de controle resultante tem impacto pervasivo sobre todo o sistema de controle interno.

À vista das informações e documentos colhidos, bem como dos testes aplicados no decorrer dos exames de auditoria, avaliou-se como “intermediário” o Ambiente de Controle da SG, tendo contribuído para essa avaliação a ausência de Código de Ética próprio da ACMD; ausência de previsão de que a participação dos servidores em treinamentos possa ser utilizada como critério em avaliações de desempenho e de exigência de participação obrigatória em cursos/treinamentos; ausência de evidências quanto ao funcionamento da Comissão de Ética no exercício auditado e, em que pese as competências estarem adequadamente atribuídas e as responsabilidades apropriadamente delegadas, conforme consignado no Regimento Interno (Portaria Normativa nº 12/2019), verificou-se a ausência de políticas efetivas para o monitoramento dos resultados. Registre-se, ainda, deficiências nos mecanismos de divulgação de responsabilidades pelo controle interno, em que pese as responsabilidades estarem bem definidas no Regimento Interno e no art. 3º da Portaria Normativa nº 29/GM-MD, de 22/5/2018.

É oportuno destacar que, especificamente no que diz respeito ao código de ética, a Comissão de Ética, em seu Plano de Trabalho para o biênio 2017/2018 (<https://www.defesa.gov.br/etica>), consignou na Ação 6 o seguinte planejamento: “Elaborar e aprimorar normas de conduta ética, incluindo orientações destinadas a setores específicos do Ministério da Defesa, com base no grau de maior suscetibilidade a eventuais conflitos de interesses”.

2.6.2 GESTÃO DE RISCOS

Achado: Nível de Maturidade “Básico”

Toda entidade enfrenta vários riscos originados de fontes externas e internas. O risco é definido como a possibilidade de que um evento ocorra e afete adversamente a realização dos objetivos. A avaliação de riscos envolve um processo dinâmico e iterativo para identificar e avaliar o que ameaça a realização dos objetivos. Os riscos à realização desses objetivos, originados em toda a entidade, são considerados em relação às tolerâncias ao risco estabelecidas. Desse modo, a avaliação de riscos constitui a base para determinar como os riscos serão gerenciados. Uma condição prévia à avaliação de riscos é o estabelecimento de objetivos associados aos diferentes níveis da entidade. A administração especifica os objetivos dentro das categorias operacionais, de divulgação e de conformidade, com clareza suficiente para conseguir identificar e analisar os riscos a esses objetivos. A administração também considera a adequação dos objetivos para a entidade. A avaliação de riscos exige ainda que a

administração leve em conta o impacto de possíveis mudanças no ambiente externo e no seu próprio modelo de negócio que podem tornar o controle interno ineficaz.

À vista das informações e documentos colhidos, bem como dos testes aplicados no decorrer dos exames de auditoria, avaliamos no nível “Básico” o gerenciamento de riscos na SG, o que significa que os Controles internos são tratados informalmente e que ainda não há treinamento e comunicação sobre controles internos no âmbito da unidade.

Considerando que a identificação e gerenciamento dos riscos é uma ação preventiva, de responsabilidade da administração, a qual permite evitar desvios de rumos, é recomendável, considerando o grau de maturidade da gestão de riscos no âmbito da unidade, a adoção de medidas com vistas ao mapeamento dos seus processos internos e o estabelecimento de metas e indicadores com o intuito de avançar na identificação dos riscos que possam impactar o atingimento dos seus objetivos Estratégicos; Operacional; Divulgação e Conformidade.

Ante o exposto, sugerimos à administração que busque incentivar os seus servidores a participarem de cursos de capacitação em gerenciamento de riscos, tais como *COSO ERM Framework (Enterprise Risk Management Framework)* e *Iso 31.000 – Gestão de Risco*.

O quadro a seguir, elaborado pela CGU, mostra os 5 níveis de maturidade do ERM (Enterprise Risk Management). Assim, para que a abordagem da auditoria interna possa galgar os níveis, faz-se necessário que as organizações se preparem de forma a atender cada uma das respectivas características.

nº	Grau de maturidade do ERM	Características	Abordagem da Auditoria Interna
1º	Ingênuo(risk-naive)	Inexistência de abordagem formal de ERM; foco na conformidade legal; controles ad-hoc; baixos investimentos	Consultoria Promoção do ERM Sensibilização
2º	Conciente (risk-aware)	Ênfase na mitigação; controles localizados (em “silos”); implementação fragmentada; gerenciamento de riscos táticos	Consultoria Promoção do ERM Apoio à Capacitação Busca de metodologia
3º	Definido (risk-definid)	Desenvolvimento e comunicação da Política de Gestão de Riscos e procedimentos do ERM; comprometimento da alta administração; pilotos em projetos-chave; definição e apetite a risco	Consultoria Avaliação (nível da cultura de riscos)
4º	Gerenciado (risk-managed)	Referencial de governança com coordenação entre riscos e controles; comunicação regular sobre riscos; ERM no lugar; linguagem consistente	Avaliação (cf. item 19 da IN SFC nº 3, de 09/06/2017)
5º	Habilitado (risk-enabled)	Processos totalmente incorporados; prática consistente; melhoria contínua	Avaliação (cf. item 19 da IN SFC nº 3, de 09/06/2017)

2.6.3 ATIVIDADE DE CONTROLE

Achado: Nível de Maturidade “Intermediário”

As atividades de controle são ações estabelecidas por políticas e procedimentos que ajudam a assegurar que as diretrizes da administração para mitigar os riscos à realização dos objetivos sejam cumpridas. As atividades de controle são realizadas em todos os níveis da entidade e em vários estágios dos processos corporativos, assim como no ambiente de tecnologia. Podem ser de natureza preventiva ou de detecção e podem abranger uma série de atividades manuais e automatizadas, como autorizações e aprovações, verificações, reconciliações e revisões de desempenho dos negócios. Normalmente, a segregação de funções é incorporada à seleção e ao desenvolvimento das atividades de controle.

No que se refere ao desenvolvimento e implementação de atividades de controle que contribuam para a obtenção de níveis aceitáveis de risco, consideramos as atribuições ou

responsabilidades por atividades-chave (autorização, atesto/aprovação, registro e revisão), referentes à segregação de funções entre diferentes colaboradores, no nível “intermediário”, indicando que há princípios e padrões documentados, e treinamento básico sobre controles internos.

O gestor não apresentou evidências que demonstrem que a alta administração revisa periodicamente as atividades de controle para determinar se continuam relevantes.

2.6.4 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Achado: Nível de Maturidade “Intermediário”

Informações são necessárias para que a entidade cumpra as responsabilidades de controle interno para apoiar a realização de seus objetivos. A administração obtém ou gera e utiliza informações relevantes e de qualidade tanto de fontes internas quanto externas para apoiar o funcionamento do controle interno. A comunicação é o processo contínuo e iterativo de proporcionar, compartilhar e obter informações necessárias. A comunicação interna é o meio pelo qual as informações são disseminadas por toda a organização, fluindo em todas as direções da entidade. Ela permite que o pessoal receba uma mensagem clara da administração de que as responsabilidades de controle devem ser levadas a sério. A comunicação externa possui duas finalidades: permite a entrada de informações externas relevantes e fornece informações a partes externas em resposta a requisitos e expectativas.

No que se refere a disseminação de informações necessárias ao fortalecimento da cultura e da valorização dos controles internos da gestão, verificamos que existem canais para denúncias, reclamações e consultas, que podem ser utilizados pelos públicos interno e externo, tais como: e-mails e formulários próprios, com vistas ao esclarecimento de dúvidas e consultas relacionadas à conduta ética de servidor, e denúncias e representações de infração ao código de ética (Comissão de Ética); pedidos de autorização ou consulta sobre a existência de conflito de interesses entre atribuições de cargo e atividades privadas que o servidor deseje desempenhar (GEPES, como responsável), apresentação de sugestões, elogios ou solicitação de providências e/ou solicitação de simplificação ou aperfeiçoamento de serviços, procedimentos e normas (Ouvidoria) e requerimentos de acesso a informações (SIC-MD). Verificamos, ainda que por meio da intranet e internet viabiliza-se o fluxo de informações e/ou orientações a todos os servidores/empregados, tais como atos normativos e informações atualizadas relacionadas às ações relevantes desenvolvidas pela SG.

Entretanto, há fragilidades relacionadas à divulgação de informações de interesse geral ou coletivo e na divulgação de informações relevantes – identificadas e coletadas, no formato e com detalhamento suficiente - para que as pessoas cumpram suas responsabilidades, tornando possível a condução e o controle dos processos de forma eficiente e eficaz.

2.6.5 MONITORAMENTO

Achado: Nível de Maturidade “Intermediário”

Monitoramento é uma atividade pela qual a administração seleciona, desenvolve e realiza avaliações contínuas e/ou independentes para se certificar da presença e do funcionamento dos cinco componentes do controle interno, avaliando e comunicando eventuais deficiências, em tempo hábil, aos responsáveis por tomar ações corretivas, inclusive a estrutura de governança e alta administração, conforme aplicável.

O sistema de controle interno de uma entidade mudará com frequência. Os objetivos da entidade e os componentes de controle interno poderão também mudar com o tempo. Adicionalmente, os controles podem se tornar menos eficazes ou até obsoletos, podem não ser mais aplicados da forma como foram selecionados ou desenvolvidos ou podem ser considerados insuficientes para apoiar a realização de objetivos novos ou atualizados. As atividades de monitoramento fornecem informações valiosas para a administração determinar se o sistema de controle interno continua a ser adequado e capaz de abordar os novos riscos.

Dessa forma, depreende-se que o processo de monitoramento se desdobra basicamente em dois aspectos: avaliações contínuas (internas), inseridas nos processos corporativos nos diferentes níveis da entidade, e avaliações independentes (externas), conduzidas periodicamente, com escopos e frequências diferenciadas que, no caso da SG, se traduzem, basicamente, na execução de auditorias realizadas pela UAIG desta Setorial de Controle Interno e pelo Tribunal de Contas da União.

Ao responder o QACI o gestor não apresentou evidências (documentos e/ou relatórios) de que o sistema de controle interno é constantemente monitorado para avaliar sua adequação e qualidade ao longo do tempo.

Dessa forma, em que pese a existência de avaliações independentes realizadas pela UAIG, adequadamente reportadas às pessoas que detém poder para determinar ações corretivas, e a adoção, pela alta administração, de medidas para observância e cumprimento, por parte dos responsáveis, das recomendações e/ou determinações resultantes de auditorias e/ou outras avaliações independentes, atribuímos no que se refere à maturidade do componente monitoramento da SG o nível Intermediário, necessitando de implantação, na rotina da unidade, de processos contínuos de monitoramento de suas atividades, bem como de medidas preventivas e/ou corretivas nos procedimentos adotados. (grifo nosso)

Contribui para a avaliação a existência de normativo desatualizado, não condizente com novos procedimentos adotados e se o sistema de controle interno é capaz de abordar novos riscos, notadamente a utilização de planilhas eletrônicas em MS-Excel para o gerenciamento de PNR, conforme tratado em item próprio deste relatório.

2.7 DETERMINAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

O Acórdão nº 3.565/2019 TCU 1ª Câmara, em seu item 9.5, dá ciência a esta Secretaria de Controle Interno acerca do descumprimento do item 9.5 do Acórdão 1.176/2015-Plenário. Por sua vez, o item 9.5 do Acórdão 1.176/2015 assim dispõe: *“determinar, ainda, aos órgãos de controle interno financeiro que atuam junto aos órgãos, autarquias e fundações autárquicas da administração pública federal que, nos relatórios de auditoria de gestão atinentes às respectivas tomadas ou prestações de contas anuais, façam constar expressamente informação específica sobre o efetivo cumprimento, ou não, da determinação contida no item 9.4 deste Acórdão”*.

Outrossim, o item 9.4 determina a todos *“os órgãos, autarquias e fundações autárquicas da administração pública federal que, nos casos em que proventos de aposentadoria não estejam sendo pagos com as regras deste Acórdão, no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, contados da ciência desta deliberação, adotem providências cabíveis para a efetiva regularização desses pagamentos, com observância, se necessário, do contraditório e da ampla defesa, informando*

ao TCU sobre o resultado dessas providências em item específico do correspondente relatório de gestão nas respectivas tomadas e prestações de contas anuais". (grifo nosso)

Considerando as determinações exaradas pelo Tribunal de Contas da União descritas acima, a Unidade Examinada foi instada a se manifestar a respeito do cumprimento ou não do item 9.4 do Acórdão 1.176/2015. Em resposta, a Secretaria de Orçamento Institucional (SEORI) informou que: a) foram identificadas apenas duas aposentadorias concedidas com base no cálculo da média de 80% das maiores remunerações; b) os proventos dos servidores foram concedidos e calculados conforme determinava os normativos legais vigentes à época, sendo que os respectivos atos de aposentadoria foram objeto de julgamento legal pelo Tribunal de Contas da União, consoante Acórdão nº 1/2011-TCU 1ª Câmara; e c) foi promovida a conferência dos fundamentos legais dessas aposentadorias e respectivas remunerações (Processo SEI nº 60000.007875/2015-59), não se constatado inconsistência quanto a aplicação do Acórdão nº 1.176/2015 – TCU.

Em análise ao Despacho nº 510/2015/GEPEs constante no Processo SEI nº 60000.007875/2015-59 considerou-se pertinente a informação prestada pela Unidade Examinada, razão pela qual entende-se a desnecessidade de registro em item específico no relatório de gestão da unidade. No referido Despacho também encontramos esclarecimentos a respeito das determinações relativas aos itens 9.2 e 9.3 do Acórdão 1.176/2010.

3. RECOMENDAÇÕES

3.1 - Achado nº 2.3.1: Adotar medidas para aprimorar os indicadores de desempenho de forma que passem a contemplar os critérios de avaliação propostos no item 3 do Anexo II da DN TCU 172/2018.

3.2 - Achado nº 2.5.1: Agilizar a revisão da Portaria MD nº 993/2015 e a criação do subsistema de informática que auxilie no gerenciamento dos PNR.

4. CONCLUSÃO

A partir dos exames realizados, conclui-se da necessidade da Secretaria Geral, ao elaborar o relatório de gestão, observar os normativos vigentes, sobretudo no tocante ao rol de responsáveis.

Há, ainda, necessidade de promover aprimoramento nos indicadores de desempenho, considerando que são essenciais para utilização, no âmbito da organização, para a tomada de decisões.

Além disso, o controle do patrimônio imobiliário, no que diz respeito ao PNR necessita ser revisto de forma a se manter em conformidade com os normativos que tratam do tema.

No que se refere aos controles internos administrativos, as análises evidenciaram que há necessidade de melhorar os níveis de maturidade, considerando que a aplicação do questionário baseado nos cinco componentes do COSO IC-IF 2013 mostrou nível intermediário para os componentes ambiente de controle; atividades de controle; informação/comunicação; e monitoramento; bem como apresentou nível básico para a gestão de riscos.

Na avaliação das transferências destacou-se:

a) as fiscalizações realizadas em municípios localizados na região norte do país, cujos resultados, além de terem sido repassados aos respectivos órgãos de controle estaduais e municipais, também serviram de base para melhorar os controles internos do DPCN.

b) os controles satisfatórios existentes no EMCFA relacionados à transferência descentralizada de recursos às forças para garantia da lei e da ordem no Estado do Rio de Janeiro.

Não obstante os pontos de fragilidades anteriormente registrados, ressalta-se como fato positivo as ações envidadas pelo MD, no âmbito do HFA. Para tentar suprir a perda de recursos humanos foram adotadas medidas de realização de gestões para obter profissionais oriundos das 3 forças para o exercício temporário naquele hospital; de reavaliação da distribuição de servidores; de estudo de novo modelo de gestão; além da possibilidade de acionar o retorno de profissionais em exercício fora da Unidade.

LUCIANO ROCHA SILVA

AFFC

ANDRÉ GUSTAVO DA GAMA SANTOS

AFFC

FÁBIO DOS SANTOS SOARES

Supervisor

ARANTES JOSÉ DA SILVA

Gerente de Auditoria

5. ANEXO

ANEXO I – Achado 2.3.1 – Avaliação de Indicadores

É importante salientar que os critérios utilizados nesta avaliação foram os propostos no item 3 do Anexo II da DN TCU 172/2018, a saber:

- i) a capacidade do indicador de representar, com a maior proximidade possível, a situação que a unidade pretende medir e de refletir os resultados das intervenções efetuadas na gestão;
- ii) a capacidade de proporcionar a medição da situação pretendida ao longo do tempo, por intermédio de séries históricas;
- iii) a confiabilidade das fontes dos dados utilizados para o cálculo do indicador, avaliando, principalmente, se a metodologia escolhida para a coleta, processamento e divulgação é transparente e replicável por outros agentes, internos ou externos à unidade;
- iv) a facilidade de obtenção dos dados, de elaboração do indicador e de compreensão dos resultados pelos usuários da informação; e
- v) a razoabilidade dos custos de obtenção do indicador em relação aos benefícios da medição para a melhoria da gestão da unidade.

De início, cumpre destacar que não foi possível verificar a capacidade de os indicadores da SG medir a situação pretendida ao longo do tempo por meio de séries históricas (critério b, da relação supra), uma vez que não foram fornecidas – nem encontradas por meio de buscas na intranet do Ministério da Defesa – informações acerca dos resultados aferidos em 2016, exercício que principia o PPA em vigor.

Aliás, é importante salientar que o Plano de Diretrizes da SG para o triênio 2017-2019 (PD 17-19), que estabeleceu os indicadores de desempenho, as metas e as iniciativas vinculados a cada objetivo estratégico que nortearia “as ações do órgão no período” (IN 4/SG-MD, 2017), só foi publicado em 7/8/2017, o que o descaracteriza como um “plano” para o período.

Analisando os indicadores propostos no PD 17-19, constata-se que têm frequência de acompanhamento semestral, o que, em tese, permitiria ao gestor utilizá-los como elementos auxiliares da tomada de decisão. Percebe-se também que seus custos de obtenção são razoáveis e suas fontes de dados (sistemas institucionais ou organizações públicas), confiáveis.

A construção de alguns desses indicadores, no entanto, é às vezes confusa, de difícil compreensão e possui condicionantes que parecem contraditórias, o que compromete sua capacidade de representar a situação que a unidade pretende medir e de refletir os resultados das intervenções efetuadas na gestão.

Veja-se, por exemplo, o indicador 1oid3 – Índice de atualização da transparência ativa. Seu propósito é:

Medir a EFICÁCIA no que se refere à atualização anual das informações obrigatórias de transparência ativa, em relação aos itens disponíveis de uma listagem padrão, a fim de apurar o grau de desatualização disponibilizada no sítio eletrônico do MD.

Sua fórmula é obtida por meio da razão “InfoAtzd A/InfoDisp A”, em que:

InfoDisp A: aferição anual da quantidade de informações ativas mantidas disponíveis no ano atual.

InfoAtzd A: aferição anual da quantidade de informações ativas mantidas atualizadas no ano atual.

Sua fórmula relaciona o número de “informações” atualizadas com o número de “informações” disponíveis, ou seja, seu índice é o oposto do esperado na meta fixada, que é o de manter “abaixo de 5%, a desatualização da informação ativa da administração central do Ministério da Defesa”. Além disso, não se sabe ao certo o significado da palavra “informação”, que confere ao indicador um caráter subjetivo que dificulta sua mensuração. Também se destaca a aparente contradição temporal entre a “aferição anual” prevista na fórmula e a “semestralidade” estipulada na frequência de acompanhamento do indicador.

Falhas semelhantes – apenas para citar mais alguns – podem ser encontradas nos indicadores 4id1 – Taxa de convênios celebrados, 4id3 – Taxa de retorno social, 4id4 – Taxa de eficácia dos objetos atestados com serventia, 11id2 – Taxa de horas de capacitação anual, 13id1 – Índice de prestação de serviços continuados de manutenção predial, 2id1 – Índice de alcance da conscientização sobre Defesa no País.

Chama atenção ainda o fato de os relatórios de desempenho estratégico, com os resultados das mensurações, estarem sendo elaborados de forma intempestiva, tornando ineficazes os dados por eles compilados como elementos de tomada de decisão: o relativo ao segundo semestre de 2017 tem data de agosto de 2018, enquanto o do primeiro semestre tem data de novembro daquele ano.