PROGRAMA DE INTEGRIDADE DE BOAS PRÁTICAS

# DEVOLUTIVA DO RELATÓRIO DE MONITORAMENTO

## PROGRAMA DE INTEGRIDADE E BOAS PRÁTICAS (PIBP)

**2025 - 2028**

## REF: PROGRAMA DE INTEGRIDADE E BOAS PRÁTICAS. MONITORAMENTO. MANIFESTAÇÃO QUANTO AO RELATÓRIO SEMESTRAL DE MONITORAMENTO. 1º SEMESTRE - 2026.

Senhor Secretário,

Em atendimento ao artigo 29, inciso VI, do Decreto Municipal nº 62809/2023, e em consonância com o artigo 46 do Decreto Municipal nº 59.496/20, a Divisão do Programa de Integridade e Boas Práticas da Controladoria Geral do Município (CGM/COPI/DPIBP) realizou a avaliação semestral do Programa de Integridade e Boas Práticas da SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA URBANA E OBRAS, referente ao período aos 1º Semestre de 2026.

Este relatório apresenta uma análise da evolução do Programa de Integridade e Boas Práticas (PIBP) da Unidade e é estruturado em duas seções principais:

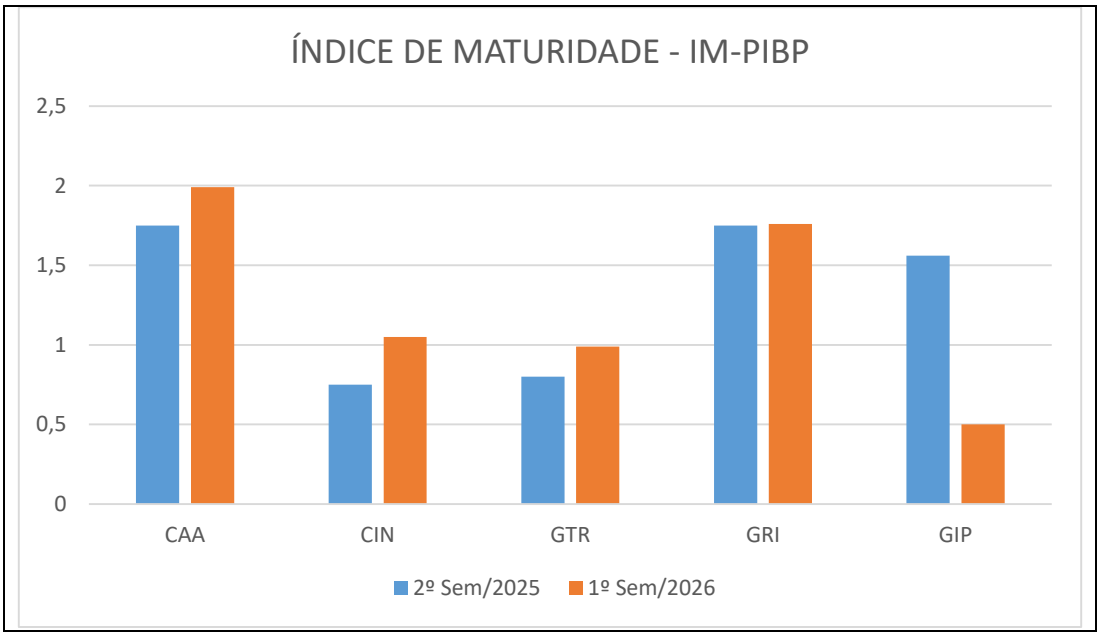
1. Avaliação da nota do Indicador de Maturidade do PIBP (IM-PIBP).
2. Avaliação do progresso do Plano de Ação.

## 1. AVALIAÇÃO DO IM-PIBP

Destacamos que o órgão obteve a nota 6,30 nesta última avaliação do Indicador de Maturidade do Programa de Integridade e Boas Práticas (IM-PIBP), que integra o Índice de Governança e Integridade (IGI) da CGM.

Tal nota refletiu em uma diminuição de 4,69% em relação à avaliação ao período ao 2º semestre de 2025, conforme demonstrado abaixo:

DESEMPENHO DO ÓRGÃO POR EIXO NO 2º SEMESTRE DE 2025 E 1º SEMESTRE DE 2026




## *1.1. Nível de Maturidade Alcançado*

Com base na comprovação de todos os **Key Performance Indicators (KPIs)** do nível mais alto atingido, o Nível de Maturidade alcançado pela Unidade no período corresponde: **NÍVEL INICIAL**.

**Lembrete:** Para alcançar um nível superior, todos os KPIs dos níveis anteriores devem ser devidamente atingidos e aprovados. Para manter o nível, a Unidade deve assegurar a institucionalização das práticas.

## *1.2. Desempenho por Eixo Estruturante*

A tabela a seguir apresenta a pontuação do órgão em cada um dos cinco Eixos Estruturantes do PIBP, considerando o peso atribuído a cada eixo na metodologia do IM-PIBP:

| Eixo Estruturante | Sigla | Peso Máximo na Nota Final | Nota Obtida |
|---|---|---|---|
| Comprometimento da Alta Administração | CAA | 25% | 1,99 |
| Cultura para Integridade | CIN | 15% | 1,05 |
| Gestão da Transparência | GTR | 10% | 0,99 |
| Gestão de Riscos para a Integridade | GRI | 25% | 1,76 |
| Gestão da Integridade Pública | GIP | 25% | 0,50 |

## 2. AVALIAÇÃO DE KPIS E PLANO DE AÇÃO

### *2.1. Análise de KPIs e Evidências*

A análise detalhada das evidências (documentos, processos SEI, URLs) para cada KPI (NP.CAA.1, NI.GTR.1, etc.) demonstrou que a Unidade alcançou um total de 20 KPIs implementados de 39 no período.

As principais áreas de atenção, onde se observou a falta de evidências ou a insuficiência delas, concentram-se nos seguintes KPIs:

#### NP.GIP.2 – Declaração de Bens e Valores por 100% dos servidores da Unidade

A não apresentação da Declaração de Bens e Valores por todos os servidores obrigados enfraquece o principal mecanismo de prevenção à corrupção, impossibilitando o monitoramento da evolução patrimonial e a identificação de conflitos de interesses ou enriquecimento ilícito.

#### NI.GRI.2 – Divulgação semestral pela Alta Administração de resultados/status do PIBP

A falta de comunicação dos resultados do PIBP para os servidores gera um ambiente de baixa transparência e desengajamento, reduzindo o senso de responsabilidade compartilhada e dificultando o feedback para a melhoria contínua do programa.

#### NI.GIP.1 – Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 50%

Semelhante ao NP.GIP.1, mas em patamar mais elevado, a baixa taxa de atendimento (menos de 50%) demonstra uma inércia mais acentuada na correção de falhas, elevando a exposição a riscos operacionais e de conformidade, além de sinalizar descompromisso com a melhoria contínua.

#### NI.GIP.2 – Resposta às reclamações recebidas pela Ouvidoria dentro do prazo

O descumprimento do prazo de 30 dias para resposta às manifestações da Ouvidoria gera insatisfação, desconfiança e exposição da Unidade a riscos reputacionais e à judicialização, enfraquecendo a relação com o cidadão e o princípio da eficiência.

#### NI.GIP.3 – Atendimento das recomendações do Relatório de Monitoramento do PIBP em percentual igual ou superior a 70%

Não implementar a maioria das recomendações emitidas nos relatórios de devolutiva demonstra baixa capacidade de resposta às fragilidades diagnosticadas, perpetuando falhas e impedindo a evolução da maturidade do PIBP.

#### NG.CIN.1 – Código de Ética específico

A ausência de um código de ética específico para a Unidade (ou de orientação e capacitação para as áreas da Direta) deixa de estabelecer padrões de conduta claros e alinhados às particularidades de suas atividades, dificultando a prevenção de desvios e a orientação de condutas complexas.

NG.CIN.3 – Gestão e avaliação regular da área de controle interno (indicadores de desempenho)

A ausência de indicadores de desempenho e da avaliação regular impossibilita medir a eficácia da área de controle interno, dificultando a identificação de gargalos, a comprovação de resultados e o aperfeiçoamento dos processos de governança e integridade.

NG.GIP.1 – Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 75%

A baixa implementação de recomendações no nível gerenciado (menos de 75%) indica que a Unidade não está consolidando a correção de suas fragilidades mais críticas, mantendo riscos elevados, comprometendo a governança e afetando a confiança dos órgãos de controle.

NG.GIP.2 – Processo de Apuração Preliminar concluído em até 30 dias

A demora na conclusão de apurações preliminares gera morosidade, impunidade e perda de credibilidade no sistema correicional. Processos que se arrastam por mais de 30 dias sem justificativa violam o princípio da eficiência e enfraquecem a capacidade de responsabilização.

NG.GIP.3 – 20% dos cargos em comissão e de estágio profissional ocupados por negros, negras ou afrodescendentes

O descumprimento da Lei nº 15.939/2013 e do Decreto nº 57.557/2016 compromete a política de inclusão e equidade racial, reduzindo a diversidade e a representatividade nos cargos de liderança e estágio. Isso enfraquece a integridade organizacional e a legitimidade social da Unidade.

## *2.2. Andamento do Plano de Ação (Gestão de Riscos)*

Constatamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA URBANA E OBRAS apresentou Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (GRI).

A análise do Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (PGRI) apresentado pela Secretaria Municipal de Infraestrutura Urbana e Obras (SIURB) revela uma estrutura inicialmente delineada, porém ainda incipiente no que tange à profundidade metodológica e à efetividade operacional esperadas de um instrumento dessa natureza, especialmente à luz das diretrizes da ABNT NBR ISO 31000:2018 e do modelo COSO ERM 2017. O documento demonstra esforço na identificação de riscos e na proposição de ações, mas carece de elementos fundamentais que conferem robustez e confiabilidade a um processo de gestão de riscos, comprometendo sua capacidade de integrar-se à estratégia institucional e de promover uma cultura de integridade efetiva.

Em primeiro lugar, observa-se que a identificação dos riscos, embora listada, não explicita a metodologia empregada para sua construção, tampouco evidencia a participação de diferentes áreas e níveis hierárquicos, o que é essencial para assegurar uma visão abrangente e multifacetada das incertezas que podem impactar os objetivos da organização. A ausência de um registro claro sobre as técnicas utilizadas – tais como brainstorming estruturado, entrevistas com especialistas ou análise de cenários – fragiliza a rastreabilidade do processo e levanta dúvidas sobre a completude do inventário de riscos. Ademais, a descrição dos riscos, embora apresente uma estrutura de causa-

evento-consequência, não segue de maneira uniforme o padrão recomendado pelas boas práticas, o que prejudica a clareza e a comparabilidade entre os diferentes itens. A falta de um vínculo explícito entre os riscos identificados e os objetivos estratégicos da unidade, ou mesmo com os processos finalísticos e de suporte, indica uma desconexão entre a gestão de riscos e o planejamento estratégico, contrariando o princípio de que a gestão de riscos deve ser parte integrante de todos os processos organizacionais e estar alinhada à definição da estratégia.

No que concerne à avaliação e priorização dos riscos, a planilha apresenta uma matriz que combina impacto e probabilidade, com a atribuição de pesos e a classificação em níveis (baixo, médio, alto, extremo). Contudo, a metodologia de atribuição dessas notas não é detalhada, nem há justificativas consistentes para os valores escolhidos, o que introduz um componente de subjetividade que pode comprometer a objetividade da análise. A percepção de riscos é influenciada por vieses cognitivos e pela experiência dos envolvidos, e a ausência de um processo estruturado para calibração dessas avaliações – como a utilização de escalas descritivas detalhadas ou a revisão por pares – reduz a confiabilidade dos resultados. Além disso, a avaliação dos controles internos existentes é realizada de forma genérica, com a classificação "Satisfatório" para a maioria dos riscos, sem que se evidencie uma análise crítica da eficácia desses controles, considerando seu desenho e sua implementação real. A simples existência de procedimentos documentados não é suficiente para atestar sua efetividade, sendo necessária uma avaliação baseada em evidências, testes de conformidade e monitoramento contínuo.

O tratamento dos riscos, por sua vez, é majoritariamente orientado para a mitigação, com a proposição de ações que, em muitos casos, se limitam à revisão de manuais e à elaboração de checklists. Embora essas sejam medidas válidas, a abordagem revela-se reativa e focada em controles preventivos, sem considerar adequadamente outras estratégias de resposta, como a aceitação, a transferência ou a eliminação do risco, que deveriam ser avaliadas com base em uma análise de custo-benefício. A definição de responsáveis pelas ações é apresentada, mas a descrição das atividades é por vezes vaga, carecendo de prazos claros, marcos intermediários e indicadores de progresso que permitam um acompanhamento efetivo. O relatório de monitoramento semestral, embora traga um resumo do status de cada ação, limita-se a informar se a ação foi implementada ou não, sem detalhar o grau de implementação, as dificuldades enfrentadas ou os resultados alcançados, o que inviabiliza uma avaliação substantiva do impacto das ações na redução do nível de risco residual.

O monitoramento e a comunicação, pilares essenciais de qualquer sistema de gestão de riscos, apresentam fragilidades significativas. O relatório de monitoramento, embora atenda a uma periodicidade semestral, não estabelece uma sistemática de monitoramento contínuo que permita a detecção tempestiva de mudanças no perfil de risco ou a identificação de novos riscos emergentes. A comunicação dos resultados restringe-se ao envio do relatório à Controladoria Geral do Município, sem que haja evidências de que esses resultados sejam disseminados para a alta administração e para as demais áreas envolvidas, de modo a fomentar uma cultura de transparência e aprendizado organizacional. Ademais, não se observa a definição de indicadores-chave de risco (KRIs) que possam sinalizar antecipadamente a materialização de eventos de risco, nem a integração desses indicadores aos sistemas de gestão de desempenho da unidade.

Por fim, a integração do PGRI com o Programa de Integridade e Boas Práticas (PIBP) é mencionada, mas a análise revela que a gestão de riscos ainda não está plenamente incorporada à cultura organizacional, sendo tratada como uma atividade periférica e de cumprimento burocrático, em vez de um instrumento de apoio à decisão e de melhoria contínua. A ausência de uma declaração de apetite a risco, que defina os níveis de risco que a organização está disposta a aceitar, compromete a capacidade de priorização e alocação de recursos, uma vez que não há um parâmetro claro para distinguir os riscos que exigem ação imediata daqueles que podem ser tolerados. Em suma, o PGRI da SIURB, embora represente um ponto de partida, ainda se encontra em um estágio inicial de maturidade, necessitando de aprimoramentos substanciais em sua metodologia, na profundidade da análise, na sistemática de monitoramento e na integração com a estratégia e a governança, para que possa efetivamente contribuir para a prevenção, detecção e remediação de fraudes e atos de corrupção, conforme preconizado pelo Decreto Federal nº 9.203/2017 e pelas melhores práticas de gestão pública.

## 3. RECOMENDAÇÕES

Com base no novo cenário apresentado, em que a Unidade alcançou 20 KPIs implementados de 39, e considerando o Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (PGRI) já elaborado pela Unidade (conforme planilha anexa), apresentamos o resumo do plano de ação existente e as recomendações específicas para os KPIs não implementados.

Com base na análise das evidências, os seguintes KPIs não foram atendidos:

### NP.GIP.2 – Declaração de Bens e Valores por 100% dos servidores da Unidade

1. Instituir um processo de monitoramento ativo e preventivo: Criar um cronograma semestral de alertas e cobranças, com pelo menos 30 dias de antecedência ao prazo final, para que a área de Recursos Humanos notifique formalmente todos os servidores obrigados sobre a necessidade de apresentar a Declaração de Bens e Valores, utilizando ferramentas como e-mail corporativo, sistema de gestão de pessoas e avisos nos pontos de circulação.

2. Implementar medidas coercitivas progressivas: Para os casos de não cumprimento, aplicar as medidas previstas no Decreto Municipal, tais como advertência, notificação e, em última instância, a instauração de processo administrativo para apuração de falta disciplinar, demonstrando à Controladoria a efetiva atuação da Unidade.

3. Manter um registro digital, em planilha ou sistema, com a data de entrega e o status de cada servidor, gerando relatórios gerenciais que permitam identificar rapidamente os inadimplentes e subsidiar as ações de cobrança, facilitando a comprovação do cumprimento do KPI.

### NI.GRI.2 – Divulgação semestral pela Alta Administração de resultados/status do PIBP

1. Criar um informe periódico padrão: Desenvolver um modelo de relatório ou apresentação (ex: Power BI, boletim informativo) que consolide, de forma clara e objetiva, o status de implementação

dos KPIs, os riscos monitorados e as ações em andamento. Este material deve ser revisado e aprovado pela Alta Administração antes da divulgação.

2. Estabelecer canais formais de comunicação: Divulgar o relatório semestral para todos os servidores por meio de canais oficiais, como o site institucional (no espaço do PIBP), intranet, newsletter corporativa ou em reuniões gerais. A publicação no site é essencial para atender ao requisito de transparência.

3. Promover um "Dia da Integridade" semestral: Organizar um evento semestral (presencial ou virtual) conduzido pela Alta Administração para apresentar os resultados do PIBP, abrir um espaço para perguntas e feedback dos servidores, e reforçar o compromisso da liderança com o programa, gerando evidências robustas (atas, listas de presença, registros fotográficos).

### NI.GIP.1 – Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 50%

1. Criar uma "sala de situação" para recomendações: Estabelecer uma rotina de gestão dedicada ao monitoramento das recomendações da CGM/AUDI, com reuniões periódicas (mensais ou quinzenais) entre a área de controle interno e os gestores responsáveis para revisar o andamento, identificar entraves e definir prioridades.

2. Implantar um sistema de "accountability": Atribuir a responsabilidade pelo atendimento de cada recomendação a um gestor específico, com prazos claros e formalizados em um plano de ação. Este plano deve ser monitorado pela Alta Administração, que deve cobrar resultados e reportar o progresso à Controladoria.

3. Adotar uma abordagem proativa na resposta às recomendações: Não se limitar a responder formalmente. Para cada recomendação, elaborar um plano de ação detalhado com as medidas corretivas, os responsáveis e os prazos. Esta prática demonstra compromisso com a solução dos problemas apontados, indo além do mero cumprimento burocrático e aumentando a taxa de atendimento.

### NI.GIP.2 – Resposta às reclamações recebidas pela Ouvidoria dentro do prazo

1. Mapear e otimizar o fluxo de trabalho: Mapear todo o fluxo de recebimento, triagem, distribuição, resposta e arquivamento das manifestações da Ouvidoria, identificando gargalos que possam causar atrasos. Definir prazos internos menores que o limite de 30 dias para cada etapa, assegurando uma margem de segurança.

2. Implementar um sistema de alerta e escalonamento: Utilizar o sistema eletrônico para configurar alertas automáticos que notifiquem os responsáveis à medida que o prazo se aproxima (ex: alertas com 10, 5 e 2 dias de antecedência). Caso uma manifestação ultrapasse um prazo interno crítico, o sistema deve escalonar a demanda para a chefia imediata.

3. Instituir uma revisão periódica de desempenho: A Alta Administração deve revisar mensalmente um relatório de desempenho da Ouvidoria, com indicadores como "tempo médio de resposta" e

"percentual de respostas no prazo". Esta análise permitirá identificar padrões de atraso e implementar correções de forma contínua.

### NI.GIP.3 – Atendimento das recomendações do Relatório de Monitoramento do PIBP em percentual igual ou superior a 70%

1. Integrar as recomendações ao planejamento da Unidade: Incluir o atendimento das recomendações do Relatório de Monitoramento como uma meta formal no planejamento estratégico ou no plano de ação da Unidade, com designação de responsáveis e alocação de recursos necessários.

2. Criar um "Painel de Recomendações PIBP": Desenvolver um painel de controle (dashboard) que liste todas as recomendações pendentes, seu status, responsável e prazo. Este painel deve ser revisado em reuniões de gestão, garantindo visibilidade e cobrança contínua.

3. Justificar formalmente o não atendimento: Para cada recomendação não implementada, elaborar uma justificativa técnica e formal, detalhando os motivos do não cumprimento e, se for o caso, apresentando um novo plano de ação com prazo revisado. Esta transparência é fundamental para demonstrar que a Unidade está atenta às suas fragilidades, mesmo que não consiga atendê-las integralmente no período.

### NG.CIN.1 – Código de Ética específico

1. Criar um guia orientativo e realizar capacitação (Passo 2): Elaborar um guia prático com exemplos de situações do dia a dia, esclarecendo como aplicar os princípios éticos. Realizar treinamentos ou cursos para os servidores, com foco nos casos concretos da Unidade, e comprovar a participação com listas de presença ou certificados, atingindo o percentual mínimo de servidores conforme a tabela da cartilha.

2. Instituir um canal de dúvidas éticas: Criar um canal (e-mail ou sistema) para que os servidores possam enviar perguntas ou consultar a equipe de integridade sobre situações específicas que envolvam dilemas éticos, promovendo uma cultura de prevenção e diálogo.

### NG.CIN.3 – Gestão e avaliação regular da área de controle interno (indicadores de desempenho)

1. Definir e implementar indicadores de desempenho (KPIs) para a área: Criar um conjunto de indicadores que meçam a eficácia, eficiência e tempestividade das atividades da área de controle interno. Exemplos: "percentual de recomendações monitoradas", "tempo médio de resposta a demandas da CGM" e "número de riscos mitigados".

2. Elaborar e enviar relatórios trimestrais à Alta Administração: Produzir relatórios trimestrais com a análise dos indicadores, o status das ações de mitigação de riscos e a evolução dos KPIs do PIBP. Estes relatórios devem ser formalmente encaminhados e ter a ciência da Alta Administração registrada, conforme exige a cartilha.

3. Realizar autoavaliação anual da área de controle interno: Promover uma autoavaliação anual da área, utilizando uma matriz de maturidade ou um questionário baseado em boas práticas (ex: COSO,

ISO 31000), para identificar pontos fortes e áreas de melhoria, gerando um plano de ação para o ano seguinte.

### NG.GIP.1 – Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 75%

1. Priorizar as recomendações de maior criticidade: Realizar uma análise de impacto para classificar as recomendações da CGM/AUDI por sua criticidade para a governança e a integridade da Unidade. Direcionar esforços prioritários para as recomendações de alto risco, garantindo que as mais importantes sejam tratadas com celeridade.

2. Criar um comitê executivo para recomendações: Instituir um comitê, presidido pela Alta Administração e com participação das áreas finalísticas e de controle, para acompanhar trimestralmente o andamento do plano de ação para as recomendações, decidindo sobre alocação de recursos e superando obstáculos.

3. Adotar uma cultura de "zero recomendação pendente": Estabelecer a meta de não ter recomendações com prazo vencido. Para isso, criar um sistema de acompanhamento rigoroso, com reuniões de revisão e a aplicação de medidas corretivas imediatas para qualquer desvio no cronograma, demonstrando um compromisso inabalável com a melhoria contínua.

### NG.GIP.2 – Processo de Apuração Preliminar concluído em até 30 dias

1. Padronizar e agilizar o fluxo do processo: Elaborar um fluxograma detalhado do Processo de Apuração Preliminar, definindo prazos máximos para cada etapa (ex: instrução, manifestação, análise), de forma que o prazo total de 30 dias seja factível e monitorável.

2. Implementar um sistema de gestão de prazos: Utilizar o sistema eletrônico (SEI) para configurar alertas de vencimento e um painel de controle que mostre todos os processos em andamento, sua idade e status. Este painel deve ser revisado semanalmente pela autoridade competente para evitar acúmulo de processos.

3. Exigir justificativa formal para prorrogações: Determinar que qualquer prorrogação do prazo de 30 dias seja precedida de uma justificativa técnica e fundamentada, anexada ao processo, detalhando os motivos da complexidade que exigiram mais tempo. Esta prática assegura transparência e controle sobre as exceções.

### NG.GIP.3 – 20% dos cargos em comissão e de estágio profissional ocupados por negros, negras ou afrodescendentes

1. Realizar um diagnóstico detalhado da força de trabalho: A área de Recursos Humanos deve emitir um relatório semestral com a composição étnico-racial dos ocupantes de cargos em comissão (CDA) e estágio profissional, desagregado por nível de CDA. Este diagnóstico é o primeiro passo para identificar o gap a ser corrigido.

2. Adotar uma política de recrutamento inclusivo: Para novas nomeações e contratações, incluir cláusulas que incentivem a candidatura de pessoas negras (pretas e pardas) e garantir que os

processos seletivos considerem a diversidade como um critério, sem prejuízo da análise de mérito e capacidade técnica.

3. Criar um programa de mentoria e desenvolvimento: Implementar um programa para preparar servidores negros para ocupar cargos de liderança, oferecendo capacitação, networking e acompanhamento. Esta ação proativa demonstra compromisso com a equidade racial a longo prazo e contribui para o cumprimento sustentável da meta.

A implementação destas recomendações, com o devido suporte da Alta Administração e o engajamento de todas as áreas, permitirá à Unidade sanar as deficiências apontadas, evoluir em seu nível de maturidade no PIBP e fortalecer sua cultura de integridade e governança.

## 4. CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto:

I. Orientamos que o órgão atente-se aos pontos detalhados na **análise dos KPIs (2.1)** e no **andamento do Plano de Ação (2.2)** deste relatório com o fito de que no próximo ciclo de avaliação seja perceptível o aprimoramento contínuo do PIBP.

II. Solicitamos registro de ciência deste relatório por parte da Autoridade Máxima do órgão, do Responsável pelo Controle Interno - RCI e de cada servidor que compõe a Equipe de Gestão da Integridade, neste próprio SEI, devendo o mesmo ser devolvido ao ponto CGM/COPI/DPIBP na sequência a estes registros.

Por fim, mais uma vez nos colocamos à disposição para auxílio e contato por meio do e-mail cgmpibp@prefeitura.sp.gov.br. Desde já solicitamos atenção da equipe de gestão da integridade para futuras convocatórias de capacitações sobre a temática de integridade.

Atenciosamente,

**Divisão do Programa de Integridade e Boas Práticas**

Coordenadoria de Promoção da Integridade

Controladoria Geral do Município

PREFEITURA DE
SÃO PAULO