



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural do Semi-árido
Auditoria interna

RELATÓRIO DE RESULTADOS
DO PROGRAMA DE GESTÃO E
MELHORIA DA QUALIDADE
PGMQ
2025-2026



1. Introdução

Este relatório consolida os resultados das consultas aplicadas no âmbito do Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade (PGMQ) da Unidade de Auditoria Interna Governamental da UFERSA (Audint/Ufersa). O PGMQ constitui instrumento de avaliação interna contínua da atividade de auditoria interna, em atendimento ao disposto no Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal (IN SFC/CGU nº 3/2017 e MOT-IAIG/CGU) e às Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna (IIA/IPPF), que exigem a manutenção de um programa de avaliação da qualidade¹ com componentes de avaliação interna contínua e periódica.

Foram aplicados quatro instrumentos de coleta, cada qual dirigido a um público-alvo distinto: percepção da alta gestão (reitoria, vice-reitoria e chefia de gabinete), percepção dos gestores das unidades auditadas, autoavaliação da equipe sobre a condução de cada trabalho de auditoria e autoavaliação geral da equipe sobre a unidade, o processo de trabalho e as condições institucionais.

O relatório tem caráter estritamente descritivo. Os dados apresentados correspondem integralmente às respostas registradas nos formulários; nenhuma informação foi presumida, extrapolada ou complementada por fonte externa.

A abrangência temporal da aplicação ocorreu da seguinte forma:

Instrumento	Público-alvo	Nº de respostas (n)	Período de coleta
Percepção da Alta Gestão	Reitor, vice-reitor, chefe de gabinete	3	18/12/2025 a 10/08/2026
Percepção dos Gestores Auditados	Gestores das unidades auditadas	10	31/07/2024 a 18/03/2026
Autoavaliação dos Trabalhos	Equipe de auditoria (por trabalho)	7	28/05/2026 a 01/06/2026
Autoavaliação Geral da Equipe	Equipe de auditoria (anual)	5	13/08/2025 a 28/05/2026

Os quatro instrumentos têm periodicidade e mecanismos de disparo distintos (por gestão, por trabalho concluído ou anual), o que explica a variação nos intervalos de coleta. Os números de resposta (n) são baixos em todos os instrumentos pelo caráter recente da execução do Programa, o que limita o alcance de generalizações estatísticas por enquanto. Todos os servidores, unidades e gestores cabíveis responderam ao questionário, sem ausências.

2. Metodologia de Tratamento dos Dados

¹ No original, *Quality Assurance and Improvement Program (QAIP)*.

As respostas foram coletadas em escala Likert (predominantemente de 6 pontos: discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente, concordo mais do que discordo, concordo totalmente, com opção adicional “não tenho opinião sobre esse ponto”, tratada como dado ausente e reportada separadamente).

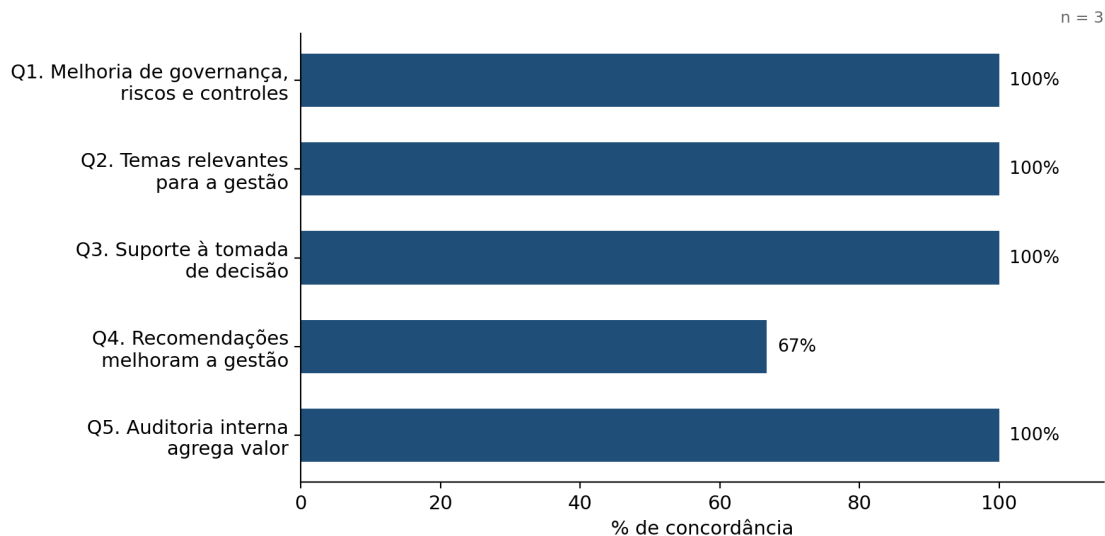
Para viabilizar leitura didática e comparável entre itens, foi calculado, por questão, o percentual de concordância (%), definido como a proporção de respondentes que assinalaram qualquer grau de concordância (“concordo parcialmente” ou superior) em relação ao total de respondentes válidos do instrumento. Essa métrica não substitui a leitura qualitativa dos comentários livres, apresentada nas seções 3 a 6.

Em um caso isolado (formulário de Gestores Auditados, unidade NIT), o respondente assinalou duas opções em um mesmo item de escala única; para fins de cálculo, considerou-se a primeira opção marcada, sem prejuízo do registro do fato como observação de qualidade do dado.

3. Resultados por Instrumento

3.1 Percepção da Alta Gestão (n = 3)

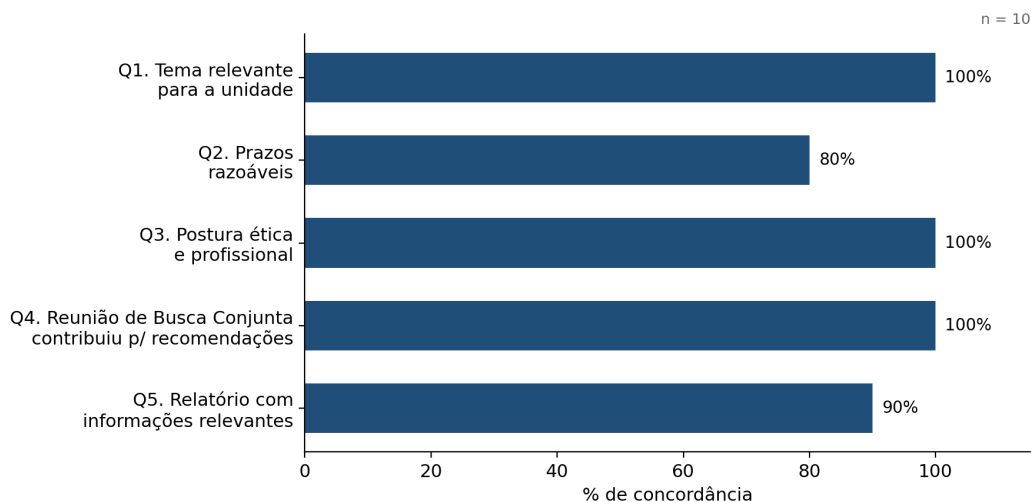
Respondido pela reitoria, vice-reitoria e chefia de gabinete. Avalia a contribuição da Audint/Ufersa para a governança, gestão de riscos e controles internos, a relevância dos trabalhos e o suporte à tomada de decisão.



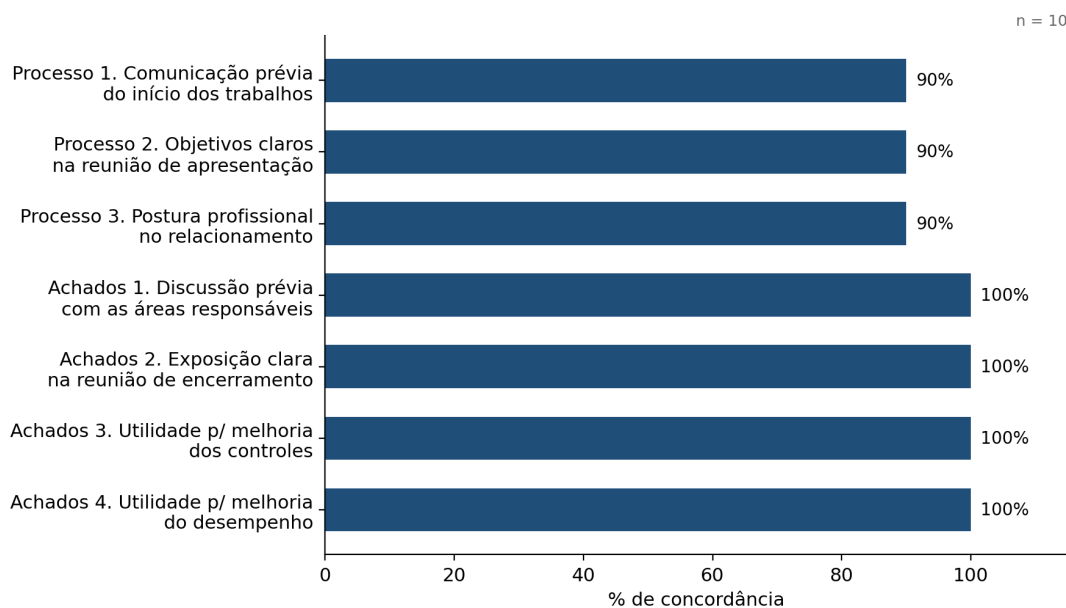
Os cinco itens registraram concordância plena (100%) ou próxima disso. O único desvio ocorreu no item 4 (recomendações contribuem para a melhoria da gestão), no qual um respondente assinalou “não tenho opinião sobre esse ponto”, justificando a escolha pelo pouco tempo no cargo, insuficiente para conhecer a questão levantada – não configura discordância.

3.2 Percepção dos Gestores Auditados (n = 10)

Respondido pelos gestores das unidades auditadas ao final de cada trabalho, entre 2024 e 2026 (HOVET, SUTIC, NIT, Polo EAD Serra de São Bento, Convênios ECTI, PRAE, Prograd, DIPAI, Divisão de Contratos e PROEC).

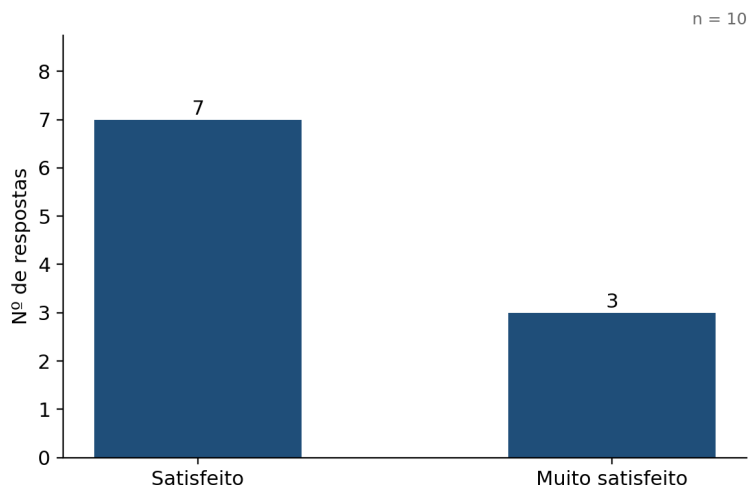


A relevância do tema (Q1), a postura ética e profissional dos auditores (Q3) e a contribuição da Reunião de Busca Conjunta de Soluções para recomendações exequíveis (Q4) obtiveram concordância plena. O item de menor concordância (80%) refere-se à razoabilidade dos prazos para apresentação de documentos e esclarecimentos (Q2).



Os itens relativos ao processo de condução (comunicação prévia do início dos trabalhos, clareza dos objetivos na reunião de apresentação) e à forma de tratamento dos achados preliminares

apresentaram concordância entre 90% e 100%, indicando processo de comunicação com a área auditada consolidado.

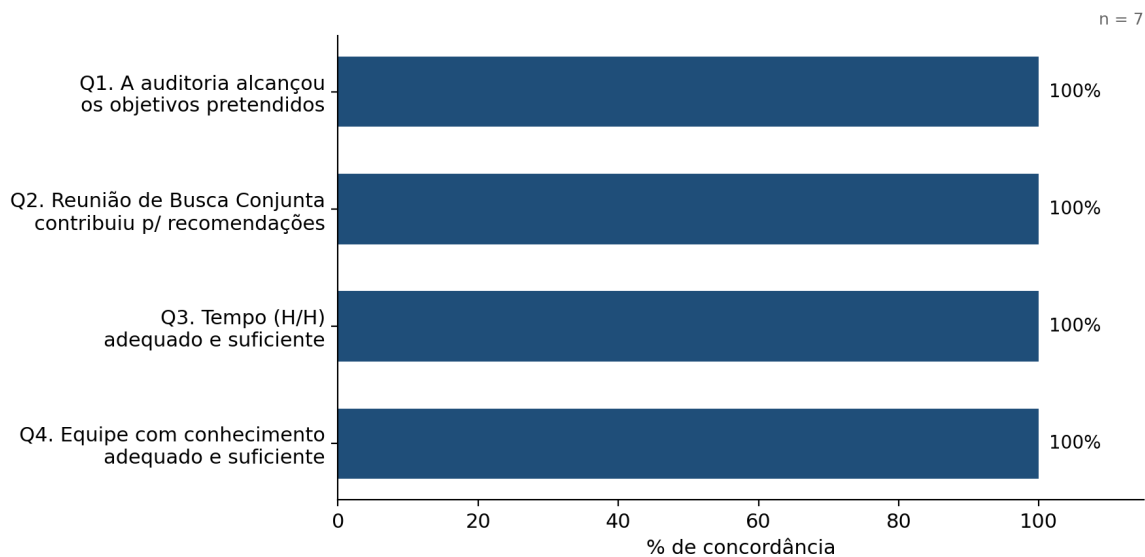


Da distribuição de satisfação geral, as 10 respostas situam-se entre “satisfeito” e “muito satisfeito”. O registro da unidade Prograd (trabalho sobre evasão estudantil) constava originalmente como “muito insatisfeito”, o que divergia do padrão de respostas do mesmo formulário (demais itens de escala assinalados como “concordo totalmente”). Contatado, o gestor confirmou tratar-se de erro de marcação, sendo a resposta correta “muito satisfeito”; a correção foi incorporada aos dados e ao gráfico acima.

Já o formulário da unidade DIPAI (10/03/2026) registrou “discordo totalmente” nos três itens do bloco “processo de condução da auditoria” (comunicação prévia do início, clareza de objetivos na reunião de apresentação e exposição dos achados na reunião de encerramento), conquanto o respondente tenha classificado a satisfação geral como “satisfeito” e registrado elogio ao trabalho da equipe no campo livre. O achado pontual indica falha específica de rito processual (comunicação de início e reuniões de apresentação/encerramento) nesse trabalho, não extensível aos demais.

3.3 Autoavaliação da Equipe sobre a Condução dos Trabalhos (n = 7)

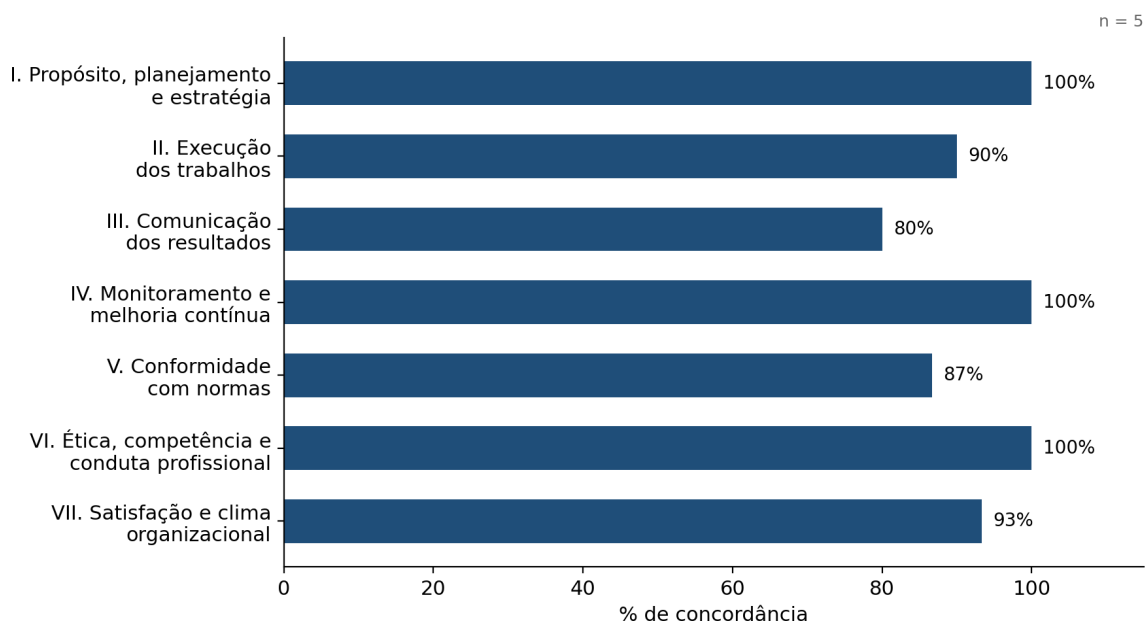
Preenchido pela equipe de auditoria ao final de cada trabalho (Evasão, TED, Assistência Estudantil, Prestação de Contas, Prestações de Contas 2023/2024, Convênios ECTI-FGD), entre maio e junho de 2026.



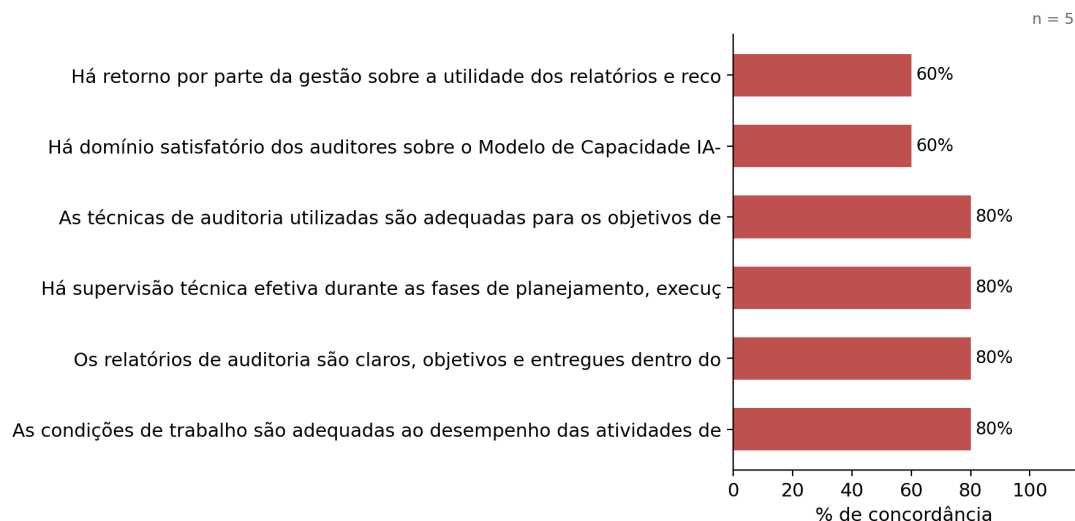
Todos os quatro itens tiveram concordância de 100%, com predominância de “concordo parcialmente” nos itens de tempo (H/H) disponibilizado e conhecimento coletivo da equipe, o que indica percepção de suficiência dos recursos, porém sem unanimidade em “concordo totalmente” – achado relevante para o plano de capacitação (seção 4).

3.4 Autoavaliação Geral da Equipe (n = 5)

Instrumento anual respondido pela equipe de auditoria, estruturado em sete blocos temáticos alinhados aos componentes do MOT-IAIG/CGU e do Modelo de Capacidade de Auditoria Interna (IA-CM).



Os blocos I (propósito, planejamento e estratégia), IV (monitoramento e melhoria contínua) e VI (ética, competência e conduta profissional) apresentaram concordância plena (100%). O bloco III (comunicação dos resultados) foi o de menor concordância média (80%), puxado principalmente pelo item 11 (retorno da gestão sobre a utilidade dos relatórios e recomendações).



Os dois itens de menor concordância (60%) do instrumento foram: (i) retorno da gestão sobre a utilidade dos relatórios e recomendações emitidas; e (ii) domínio dos auditores sobre o Modelo de Capacidade IA-CM. Ambos configuram sinais de atenção para o planejamento de ações de melhoria da unidade.

4. Necessidades de Capacitação Identificadas

O formulário de Autoavaliação dos Trabalhos inclui campo específico para indicação de temas de capacitação sempre que a resposta ao item de conhecimento da equipe for diferente de “concordo totalmente”. As respostas literais registradas foram:

- Gestão dos sistemas de controle e gestão orçamentária e financeira da UFERSA;
- Execução orçamentária e financeira no SIAFI;
- Cursos da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) como formação introdutória;
- Capacitação em auditoria de convênios geridos por meio do Tesouro Gerencial;
- Realização de pesquisa direta com beneficiários (discentes) em auditorias de assistência estudantil, como técnica complementar de coleta de evidência.

A Autoavaliação Geral da Equipe (seção 3.4) reforça esse achado ao registrar concordância de apenas 60% quanto ao domínio da equipe sobre o Modelo de Capacidade IA-CM, e os comentários

livres mencionam explicitamente “cursos e trocas de conhecimento” e “reuniões quinzenais com temas formativos (orientações técnicas normativas ou artigos científicos)” como oportunidades de melhoria.

Convergência entre os quatro temas de capacitação indicados no item anterior e os registros do bloco V (conformidade com normas) aponta para uma linha prioritária de capacitação em auditoria de execução orçamentária, financeira e de convênios (SIAFI, Tesouro Gerencial, prestação de contas), a ser considerada no Plano Anual de Capacitação da unidade.

5. Pontos Fortes e Oportunidades de Melhoria – Equipe (Texto Livre)

5.1 Pontos fortes apontados pela equipe

- Relevância das recomendações emitidas;
- Conformidade com normas e regulamentos aplicáveis;
- Qualificação técnica da equipe;
- Relatórios que contribuem para melhorias na gestão;
- Planejamento alinhado aos riscos institucionais;
- Imparcialidade, independência e ceticismo profissional;
- Autonomia dos auditores;
- Debate contínuo sobre a produção dos trabalhos, com orientação e apontamentos ao longo da elaboração.

5.2 Oportunidades de melhoria apontadas pela equipe

- Melhor sistematização na execução do trabalho e no gerenciamento dos papéis de trabalho;
- Reforço de equipe e de recursos tecnológicos para maior eficiência;
- Cursos, trocas de conhecimento e aperfeiçoamento contínuo;
- Melhoria do espaço físico, associada a mais capacitação;
- Instituição de reuniões quinzenais com pauta formativa (orientações técnicas normativas ou discussão de artigos científicos).

6. Achados e Observações de Auditoria Interna sobre o Processo

Condição	Critério	Efeito	Recomendação
Retorno da gestão sobre a utilidade dos relatórios e recomendações com concordância de apenas 60% na autoavaliação da equipe.	MOT-IAIG/CGU – componente de comunicação e monitoramento; Norma IIA 2060 (comunicação de resultados e monitoramento).	Risco de a unidade não captar tempestivamente o grau de utilização das recomendações pela gestão, prejudicando o ciclo de melhoria contínua.	Instituir mecanismo formal e periódico de coleta de retorno da gestão sobre a utilidade das recomendações, distinto da pesquisa de percepção anual.
Concordância de 60% quanto ao domínio da equipe sobre o Modelo de Capacidade IA-CM.	MOT-IAIG/CGU; Modelo IA-CM (IIA/Banco Mundial).	Risco de a unidade não avançar de forma consistente nos elementos de capacidade avaliados pelo IA-CM.	Incluir capacitação específica em IA-CM no plano de capacitação da equipe.
Registro de “discordo totalmente” nos três itens de processo de condução (DIPAI), a despeito de satisfação geral “satisfeito”.	MOT-IAIG/CGU – comunicação prévia e reuniões de apresentação/encerramento.	Indício de falha pontual de rito processual (comunicação de início dos trabalhos e condução das reuniões) nesse trabalho específico.	Reforçar, junto à equipe responsável, o cumprimento do rito de comunicação prévia e de reuniões de apresentação e encerramento.

Os achados acima seguem o modelo condição-critério-efeito-recomendação e não configuram, isoladamente, não conformidade sistêmica, dado o tamanho reduzido das amostras. Recomenda-se tratamento como pontos de atenção para monitoramento no ciclo seguinte do PGMQ.

7. Limitações Metodológicas

- Tamanho amostral reduzido em todos os quatro instrumentos (n entre 3 e 10), o que impede inferência estatística e recomenda leitura descritiva e qualitativa dos resultados;
- Períodos de coleta não coincidentes entre os quatro instrumentos, o que limita comparações diretas entre eles em uma mesma janela temporal;
- Instrumento de Percepção dos Gestores Auditados reúne respostas de trabalhos concluídos em anos distintos (2024 a 2026), sem segmentação por exercício no arquivo de origem;
- Um registro de resposta múltipla em item de escala única (unidade NIT) foi tratado pela primeira opção assinalada, o que pode não refletir com exatidão a intenção do respondente;

- A ausência de resposta na alternativa “não tenho opinião sobre esse ponto” foi tratada como dado ausente (e não como discordância ou neutralidade), preservando a integridade da métrica de concordância.

8. Conclusão

Os quatro instrumentos do PGMQ convergem para uma percepção predominantemente favorável da atividade de auditoria interna da UFERSA, tanto pela alta gestão quanto pelos gestores auditados, com concordância igual ou superior a 80% na quase totalidade dos itens avaliados. As exceções identificadas constituem a base objetiva para direcionamento de ações de melhoria no ciclo seguinte, incluindo capacitação técnica da equipe (SIAFI, Tesouro Gerencial, gestão orçamentária e financeira, IA-CM) e a instituição de mecanismo formal de retorno da gestão sobre a utilidade das recomendações.

Os resultados consolidados neste relatório devem subsidiar a atualização de instrumentos normativos da unidade (a exemplo do estatuto e de procedimentos internos) e o Plano Anual de Capacitação, em linha com o princípio de melhoria contínua do PGMQ.

Maria Teodora Rocha Maia do Amaral

Auditora-Chefe