



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL**

Relatório Final

GESTÃO DE PROJETOS DE PESQUISA



QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO?

Esta ação de auditoria analisou a Gestão dos Projetos de Pesquisa, objetivando melhorias na gestão com a mitigação de riscos que afetem o processo.

POR QUE O TRABALHO FOI REALIZADO?

A pesquisa é um dos tripés fundamentais da universidade brasileira, sendo uma dimensão estratégica para a promoção da ciência, da tecnologia e da inovação, assim como, do desenvolvimento econômico, social e cultural. Além disso, a pesquisa, em especial a realizada por universidades públicas, vem crescendo de forma exponencial, no País, desde a virada do século, o que demanda substancial aporte orçamentário público, evidenciando a importância da atenção que deve ser dada à “Gestão de Projetos de Pesquisa”.

Considerada a matriz de riscos aplicada para elaboração do Paint 2025, o tema “Gestão de Projetos de Pesquisa” ficou classificado entre os temas de maior risco. A classificação de riscos do Paint 2025 teve como critérios: criticidade dos controles internos, recomendações/determinações emitidas pelo TCU e pela CGU, lapso temporal (passou por auditoria?), denúncias/ouvidoria, demandas da gestão ou conselhos, instrução de PAD ou sindicâncias, materialidade, processo estratégico (PDI) e criticidade Audin.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS? QUAIS RECOMENDAÇÕES FORAM EMITIDAS?

Na análise realizada, observados os critérios de avaliação definidos no escopo da auditoria, consideradas as documentações e informações disponibilizadas pela Propepg, encontrou-se fragilidades na Gestão dos Projetos de Pesquisa, o que leva a um “apetite ao risco”.

Constatou-se que a UFFS não possui um mapeamento do macroprocesso ou texto descritivo, que possibilite uma visão macro das etapas que o compõe, permitindo a análise dos objetivos, riscos e medidas de controle para cada etapa e/ou subetapa. Ainda, constatou-se fragilidades na conformidade entre as normativas internas com as normativas externas e legislações vigentes, fragilidades na conformidade entre as normativas internas, fragilidades entre as práticas da gestão e as normativas internas e cultura organizacional reativa, com busca em resoluções de problemas, demonstrada pela ausência da gestão de riscos formalizada do macroprocesso “Gestão de Projetos de Pesquisa”. Tais fatos comprovaram, também, fragilidades na estrutura de Governança, Controles Internos e Gestão de Riscos.

Destaca-se a necessidade de ações que possibilitem à UFFS avançar para uma gestão proativa e integrada do risco em Projetos de Pesquisa.

Assim, o tema auditado apresentou nível de maturidade intermediário de controles internos, sendo necessárias ações corretivas. Indicação de nível de risco moderado.

A análise da auditoria e as recomendações propostas, encontram-se no item II do relatório – Resultado dos Exames.

Sumário

I – INTRODUÇÃO.....	4
II – RESULTADOS DOS EXAMES.....	5
2. Constatações.....	5
3. Recomendações.....	11
ANEXO I.....	16
Considerações sobre o objeto auditado.....	16
1. Conformidade entre as normativas internas e a legislação de referência quanto ao tema gestão de projetos de pesquisa.....	16
2. Conformidade entre as normativas internas.....	18
3. Estrutura de gestão de riscos e controles internos, referente à gestão de projetos de pesquisa.....	19
ANEXO II.....	20
Riscos contemplados no escopo da Auditoria.....	20
ANEXO III.....	23
Instruções de Monitoramento.....	23
ANEXO IV.....	24
Encaminhamentos do Relatório de Auditoria.....	24

I – INTRODUÇÃO

O documento trata da apresentação dos resultados da auditoria de conformidade em “Gestão de Projetos de Pesquisa” da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – OS 10/2025 – Audin – Processo Público Sipac nº 23205.002201/2025-15.

O objetivo geral da auditoria foi analisar como é realizada a Gestão dos Projetos de Pesquisa, objetivando melhorias na gestão, com a mitigação de riscos que afetem o processo. Observa-se que os principais riscos elencados pela Audin na fase de análise preliminar do objeto e contemplados no escopo desta auditoria, estão relacionados no **Anexo II**.

O escopo desta ação de auditoria se limitou à verificação e análise da conformidade entre as normativas internas e a legislação de referência e das normativas internas entre si, bem como da estrutura da Propepg em relação aos controles internos e gestão de riscos referentes ao objeto “Gestão de Projetos de Pesquisa”.

Como objetivos específicos, a ação de auditoria apresentou:

1. Verificar a conformidade entre as normativas internas e a legislação de referência quanto ao tema gestão de projetos de pesquisa.
2. Verificar a conformidade entre as normativas internas quanto ao tema gestão de projetos de pesquisa.
3. Analisar a estrutura de gestão de riscos e controles internos, referente à gestão de projetos de pesquisa.

Para atender aos objetivos do trabalho, definiu-se as seguintes questões de auditoria:

1. As normativas internas sobre o tema gestão de projetos de pesquisa estão em conformidade com a legislação de referência?
2. As normativas internas sobre o tema gestão de projetos de pesquisa estão em conformidade entre si?
3. Como se encontra a estrutura de gestão de riscos e controles internos, referente à gestão de projetos de pesquisa?

Para responder as questões de auditoria e alcançar o objetivo da ação, foram utilizados os seguintes procedimentos e técnicas de auditoria:

- Indagação Escrita (solicitações de auditoria e *e-mail*).
- Indagações informais por meio do *WhatsApp*.
- Reunião via *Meet* e presencial.

- Análise das manifestações da Propepg, recebidas em resposta às solicitações de auditoria.
- Análise Legislativa e Normativa.
- Consulta ao *site* da UFFS.
- Utilização do *Chatgpt.com* para auxiliar na apresentação textual das análises da auditoria¹.

Além da análise de conformidade, analisou-se o ambiente e as atividades de controles internos administrativos (atividades, rotinas e procedimentos interligados), bem como a existência ou não da formalização da gestão de riscos do processo.

Salienta-se que a Auditoria Interna é órgão de assessoramento técnico, visando subsidiar as decisões da Administração quanto às suas atribuições, a fim de fortalecer a gestão em seu cotidiano e garantir a eficácia, eficiência, efetividade e economicidade de seus atos sob o prisma de seus controles internos, muito embora sua opinião não tenha natureza vinculante.

Destaca-se o Art. 17, do Decreto 3.591/00, o qual dispõe que a assessoria prestada pela Auditoria Interna não elide ou prejudica a responsabilidade e o controle interno administrativo inerente a cada chefia, que deve ser exercido em todos os níveis e órgãos, compreendendo: I instrumentos de controle de desempenho quanto à efetividade, eficiência e eficácia e da observância das normas que regulam a unidade administrativa, pela chefia competente; II instrumentos de controle da observância das normas gerais que regulam o exercício das atividades auxiliares, pelos órgãos próprios de cada sistema; e III – instrumentos de controle de aplicação dos recursos públicos e da guarda dos bens públicos.

II – RESULTADOS DOS EXAMES²

2. Constatações

Constatação 01 – Fragilidades na conformidade entre as normativas internas e a legislação de referência e fragilidades na atualização, completude, detalhamento e clareza da Política de Pesquisa e do Regulamento da Pesquisa

Fato

A Política de Pesquisa ([RESOLUÇÃO Nº 6/CONSUNI CPPG/UFFS/2013](#)), aprovada em 2013, não contou com revisão/atualização posterior. Apresenta informações desatualizadas

¹ Observa-se que as IA's estão sendo utilizada de forma auxiliar, complementar e experimental, mantendo-se o rigor técnico da análise da auditoria. Ainda, observa-se que houve a atenção para utilização apenas para dados sem restrição de acesso.

² No **Anexo I** constam considerações quanto ao objeto auditado.

sobre os programas, como é o caso do PRO-INTER, que não está mais sob organização/responsabilidade da PROPEPG, mas sim, da Divisão de Relações Internacionais; e o PRO-INOVAR, que também não está mais sob organização/responsabilidade da PROPEPG, mas sim, da AGITEC.

No Regulamento da Pesquisa (RESOLUÇÃO Nº 58 /CONSUNI CPPGEC/UFFS/2023), foram constatadas fragilidades na completude do documento, em especial as relacionadas à organização dos pesquisadores, organização das atividades de pesquisa, institucionalização de projetos e subprojetos (estes últimos passíveis de recursos de fomento institucional e, portanto, subordinados a um ordenamento completo, detalhado e claro), avaliações, prestações de contas e sanções. Constatou-se que muito da organização/normatização está posta nos demais normativos internos (mapas de processos, instruções internas, manuais, editais...) ou, ainda não está normatizada adequadamente. Para a compreensão e operação do processo é necessária a leitura de vários documentos, uma vez que parte das informações que consta no Regulamento da Pesquisa (o conceito, os objetivos e o que deve ser considerado na criação dos Núcleos de Pesquisa, por exemplo), parte consta nos mapas de processo (etapa de análise e aprovação dos Núcleos de Pesquisa, por exemplo), editais, instruções da página, etc., e parte não está adequadamente regulamentada (avaliação dos grupos, núcleos e laboratórios de Pesquisa e sanções, por exemplo).

Ademais, o Art. 28 do Regulamento da Pesquisa explicita que *“A liderança do grupo deve ser exercida por 1 (um) ou até 2 (dois) servidores da UFFS, preferencialmente com título de doutor, que tenha desenvolvido projetos de pesquisa nos últimos 5 (cinco) anos com, no mínimo, uma produção científica reconhecida na sua área do conhecimento nos últimos 4 (quatro) anos”* (grifo nosso). No entanto, a Portaria CNPq Nº 1.513/2023 define como requisito para a habilitação no DGP, no Art. 5º – III, *“(…) indicação como líder de grupo de, ao menos, um doutor com vínculo em dedicação exclusiva à instituição, desde que possua comprovada produção científica ou tecnológica considerada relevante pelo CNPq, nos últimos 2 anos, demonstrada por meio do Currículo Lattes”* (grifo nosso). Corroborando com o exposto o fato de que a mesma portaria, ao tratar da certificação dos grupos de pesquisa, orienta que *“Art. 17 A Certificação será realizada pelo Dirigente Institucional de Pesquisa ou por Assessor de Pesquisa, conforme critérios estabelecidos pela instituição, atendidos os dispositivos previstos na presente Portaria.*

§ 1º Para que um grupo seja certificado, é exigido que seu líder tenha a titulação de Doutor” (grifo nosso).

Ainda, no Regulamento da Pesquisa consta o nome do setor “Núcleo de Inovação Tecnológica e Social” no título do capítulo II, porém, não consta nenhuma informação no texto do capítulo (nem mesmo a informação de que as responsabilidades/atividades do setor passaram para a AGIITEC).

Também, não foi encontrado formulário específico no Sipac ou na página, para a criação de laboratórios de pesquisa. O Art. 51 do Regulamento da Pesquisa instrui que: “*As propostas de criação de laboratórios de pesquisa podem ser apresentadas, a qualquer tempo, por meio do preenchimento de formulário específico: Proposta de Criação de Laboratório de Pesquisa*”.

Ademais, não há mapa de processo para a criação de laboratórios de pesquisa, como ocorre para a criação de grupos de pesquisa e núcleos de pesquisa.

Causa/Critério/Consequência

Uma das causas identificadas decorre da falta de completude, clareza e detalhamento no Regulamento da Pesquisa, o qual deve seguir rigorosamente a legislação de referência. Documentos complementares (como mapas de processos, guias e editais) têm função auxiliar e devem tratar apenas de aspectos dinâmicos não incorporáveis ao regulamento. Observa-se que a gestão informou que o regulamento foi elaborado antes da minuta da Política, justamente com a função de suprir a ausência de diretrizes internas naquele momento.

Outra causa está ligada à abrangência e complexidade do tema, à amplitude da legislação aplicável e à carência de normas que detalhem o macroprocesso da gestão de projetos de pesquisa, seus componentes e interações, bem como aspectos como organização dos pesquisadores, institucionalização de projetos, avaliações, prestação de contas e sanções. Soma-se a isso a inobservância da legislação vigente e a falta de atualização das normativas internas diante de mudanças legais e/ou organizacionais.

Os critérios de análise foram pautados na limitação da legislação vigente, na regulamentação interna e nos princípios da administração pública e de controles internos para uma gestão eficiente, eficaz e efetiva.

Os fatos constatados podem levar a dúvidas, reclamações, aumento de solicitações de esclarecimentos, ilegalidades, erros, ações injustas ou inapropriadas, bem como, morosidade e entraves no processo. Os fatos, na análise da Audin, fragilizam a gestão de projetos de pesquisa da UFFS e reforçam os riscos apresentados no **Anexo II**.

Constatação 02 – Fragilidades na conformidade entre as normativas internas e entre estas e as práticas realizadas, além de incompletude e equívocos textuais

Fato

O Regulamento da Pesquisa contém *rol* de atividades de pesquisa diferente do constante na [RESOLUÇÃO Nº 106/CONSUNI/UFFS/2022](#), a qual estabelece normas para distribuição das atividades do magistério superior da Universidade Federal da Fronteira Sul. Segundo resposta da gestão, *“Para além do Art. 56 do Regulamento da Pesquisa, as atividades de pesquisa estão dispostas no Art. 14 da Resolução n.º 106/CONSUNI/UFFS/2022 (ALTERADA)”*.

Outrossim, o Art. 44 do Regulamento da Pesquisa, que trata da criação de Núcleos de Pesquisa, instrui que *“O formulário Proposta de Criação de Núcleo de Pesquisa, após sua aprovação pelos proponentes, deve ser submetido à apreciação da Coordenação Acadêmica do campus que, após análise e parecer, remeterá à Diretoria de Pesquisa ou Diretoria de Extensão para análise e posterior encaminhamento à CPPGEC para aprovação final”*, sendo que no [MP 154](#) consta que *“passo 3 – Coordenador adjunto manifesta ciência da submissão”* e não analisa e faz parecer. No Passo 6, a Diretoria de Pesquisa *“Toma conhecimento da demanda”*, *“Passo 7 – Adiciona um despacho padrão com apontamentos necessários”* e *“Passo 8 – Envia à Propepg um ofício solicitando ciência do Reitor”*, o que, salvo engano, difere do constante no Regulamento da Pesquisa.

O [MP 80](#), que trata da criação de Grupos de Pesquisa, indica, no passo 13, que a relatoria *“Anexa o parecer ao processo e encaminha à Diretoria de Pesquisa (DPE)”*, mas a gestão informou, em resposta à Solicitação de Auditoria, que *“Se o parecer for favorável, a DAPG/DPE o insere o documento no SIPAC e o disponibiliza para assinatura digital”*. Salvo engano, não há correspondência entre o instruído no mapa do processo e a informação da gestão.

Não foi encontrada normativa interna que cite a modalidade de Projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER), porém, na página da Pesquisa (<https://www.uffs.edu.br/uffs/pesquisa/projetos-institucionalizados-1#texto>) consta a modalidade de projeto, conforme quadro abaixo.

Origem	Chamadas Abertas	Modalidade
Pesquisa	Fluxo Contínuo	Guarda-chuva: Projeto Aprovado em Edital Externo Guarda-chuva: Projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER) Guarda-chuva: Projeto em Acordo de Cooperação Guarda-chuva: Projeto Interno
	Chamada/Edital	Subprojeto

O Art. 44 do Regulamento da Pesquisa instrui que *“O formulário Proposta de Criação de Núcleo de Pesquisa, após sua aprovação pelos proponentes, deve ser submetido à apreciação da Coordenação Acadêmica do campus que, após análise e parecer, remeterá à Diretoria de Pesquisa ou Diretoria de Extensão para análise e posterior encaminhamento à CPPGEC para aprovação final”*. Assim, entende-se que há equívoco textual, uma vez que o proponente da proposta não pode, pelo princípio da segregação de função, aprová-la.

No [MP 40](#), que trata da “Institucionalização de Projetos Guarda-chuva no Sistema Prisma”, o passo 48 está com a informação incompleta (*“Foram recebidos os”*).

O [MP 40](#) e o [MP 41](#), (Institucionalização de projetos guarda-chuva no sistema prisma – Propepg e Submissão de subprojetos no sistema Prisma – Propepg), cujos títulos se referem à “Institucionalização” e à “Submissão” estão confeccionados retratando, além das orientações para a “Institucionalização e submissão”, também as orientações para “Projetos em execução” e para “Projetos com prazo de execução encerrado”, o que – ainda que os documentos tenham sido pensados em uma perspectiva integrada –, torna os mapas extensos e dificulta a compreensão, fazendo com que os objetivos dos documentos, quais sejam, tornar mais fáceis e claros os passo a passos da institucionalização e submissão de projetos, fiquem prejudicados.

Causa/Critério/Consequência

Entre as causas da constatação destacam-se a inobservância da necessidade de completude e correção nas normativas internas e a conformidade entre elas, inobservância da necessidade de completude entre as normativas internas e as práticas da gestão.

Os critérios de análise foram pautados na legislação e nos princípios da administração pública e de controles internos para uma gestão eficiente, eficaz e efetiva, além da necessidade de completude, correção e linguagem clara, simples e direta. A correspondência entre as normativas internas e entre estas e as informações da gestão, bem como a clareza e objetividade dos documentos, é critério fundamental para o bom andamento do processo,

evitando dúvidas, reclamações, solicitações de esclarecimentos, ilegalidades, morosidades, entraves, conflitos de interesses.

Constatação 03 – Fragilidades na estrutura de gestão de riscos e controles internos

Fato

Ainda que a gestão tenha elencado objetivos institucionais pretendidos com os projetos de pesquisa, a descrição dos principais riscos associados aos objetivos pretendidos, bem como a descrição das medidas de controle estabelecidas para a mitigação dos riscos elencados, não existe uma gestão de riscos formal do macroprocesso “Gestão de Projetos de Pesquisa”, atendendo à Política de Gestão de Riscos da UFFS ([RESOLUÇÃO Nº 66/CONSUNI CAPGP/UFFS/2024](#)).

Também, apesar de existirem mapas de processos para algumas etapas do macroprocesso “Gestão de Projetos de Pesquisa”, instruções na página, normativas internas, manuais, editais, *checklists*..., observou-se necessidades de melhorias (conforme constatações anteriores).

Aplicado o QACI, estruturado com os 5 componentes do COSO³ (ambiente de controle, avaliação de riscos, avaliação de controles, informação e comunicação e monitoramento), observou-se um nível de maturidade dos controles internos intermediário, indicando um grau de risco moderado, ou seja, há princípios e padrões documentados sobre controles internos, porém, existem fragilidades que exigem ações corretivas.

Outrossim, observou-se falhas na publicidade e transparência das informações na página institucional da Pesquisa, no *site* da UFFS, como por exemplo: Não há informações sobre os laboratórios de pesquisa e no item do menu “Grupos de Pesquisa” há, também, informações sobre “Núcleos de Pesquisa”, o que dificulta a identificação de informações sobre os núcleos. Ademais, não há padronização das informações sobre os grupos de pesquisa e núcleos de pesquisa, sendo que cada grupo e núcleo possui um submenu diferente e com informações diferentes, além de haver grupos que não possuem nenhuma informação. Outrossim, observou-se incompletude na publicação das normativas internas, como exemplo, os regimentos dos núcleos de pesquisa.

Causa/Critério/Consequência

Fragilidades nas conformidades entre as normativas internas com os normativos externos e legislações vigentes, fragilidades no alinhamento entre as normativas internas, fragilidades

³ O *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) é uma abordagem amplamente aceita e utilizada mundialmente para estruturar, implementar e avaliar sistemas de controle interno em organizações públicas e privadas. O COSO é reconhecido por seus *frameworks* de referência em controles internos e gestão de riscos, utilizados globalmente por organizações.

entre as práticas da gestão e as normativas internas, cultura organizacional reativa, com busca em resoluções de problemas, demonstrada pela ausência da gestão de riscos formalizada do macroprocesso “Gestão de Projetos de Pesquisa”. Acrescenta-se, a inobservância da publicação de informações de interesse geral, sobre a pesquisa e do aprimoramento da transparência das informações.

A análise possuiu como critérios o COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (estrutura de controle interno) e as referências sobre governança, gestão de riscos e controles internos apresentadas pelos órgãos de controle interno (CGU) e controle externo (TCU). Ademais, inobservância do art. 3º da Lei 12.527/2011, incisos I ao V. Destaca-se a obrigatoriedade de publicação total e tempestiva das informações e estrutura que favoreça a melhor experiência aos usuários do *site*.

Falhas na publicidade e transparência aumentam os riscos de dúvidas, questionamentos, entraves ao processo e a procura por transparência passiva, bem como, dificultam o acesso da sociedade à informação e a participação social na gestão pública.

Entre as consequências das fragilidades de controles internos e ausência de gestão de riscos formais estão: aumento do risco na má aplicação de recursos públicos, risco de baixa efetividade, eficiência e eficácia do processo, dificuldades na prestação de contas, perda de credibilidade e aumento do risco de irregularidades, que podem trazer sanções administrativas e legais.

3. Recomendações

A seguir, apresentam-se as recomendações da auditoria, as quais, após a emissão deste relatório, iniciam processo de monitoramento por meio do sistema e-CGU, tendo como unidade responsável pelas manifestações a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (Instruções – **Anexo III**). Estabelece-se como **data limite do monitoramento deste relatório o dia 30/05/2026** (acordado com a gestão na reunião final).

Observa-se que é de responsabilidade da unidade auditada o cumprimento das recomendações emitidas pela Audin, ou, então, a aceitação formal do risco correspondente, caso decida não implementá-las (assunção de riscos). No caso de optar pela não implementação da recomendação/assunção de riscos, esta opção deve ser comunicada à Audin através da manifestação do gestor no sistema e-CGU.

Recomendação 01 – estruturante – constatação 01 (monitoramento 30/05/2026)

Mapear o macroprocesso “gestão de projetos de pesquisa” (contendo *links* dos mapeamentos

dos processos já produzidos e outros que vierem a ser produzidos) e confeccionar texto descritivo (manual ou outro documento), a fim de visualizar todas as etapas que o compõe (sequência/ordem de exigência/condição, desde as anteriores à submissão dos projetos de pesquisa – programas, grupos de pesquisa, linhas de pesquisa, atividades de pesquisa... –, até o encerramento dos projetos, incluindo subetapas/subprocessos), para, a partir do mapeamento, realizar o estudo de cada etapa, com os objetivos, riscos associados e controles necessários.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

Recomendação 02 – corretiva – constatação 01 (monitoramento 30/05/2026)

A partir do mapeamento do macroprocesso, e análise, revisar/atualizar a Política de Pesquisa, garantindo: completude, clareza, detalhamento e alinhamento com a legislação de referência.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

Recomendação 03 – corretiva – constatação 01 (monitoramento 30/05/2026)

A partir do mapeamento do macroprocesso, e análise, revisar/atualizar o Regulamento da Pesquisa, garantindo: completude, clareza, detalhamento, alinhamento com a legislação de referência e consolidação das regras essenciais, especialmente quanto à organização, normatização e orientação do conjunto das atividades de pesquisa e, inexistindo critérios formais ou existindo deficiências óbvias na legislação, no que diz respeito à sua aplicação, pautar-se pela “legitimidade”, assegurando que as ações e decisões sejam justas, apropriadas e visem sempre ao interesse público.

Ainda, observar o constante na legislação de referência quanto aos líderes de grupos de pesquisa e, caso sejam encontradas outras irregularidades quando da revisão do documento, realizar as correções.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

Recomendação 04 – corretiva/estruturante – constatação 02 (monitoramento 30/05/2026)

A partir da revisão/atualização da Política de Pesquisa e do Regulamento da Pesquisa, revisar e atualizar as demais normativas internas e documentos orientativos, a fim de eliminar os equívocos, as informações incompletas, a insuficiência de clareza e as desconformidades, bem

como, revisar e/ou confeccionar os demais documentos auxiliares, necessários ao cumprimento do Regulamento da Pesquisa e/ou à facilitação da execução das ações da pesquisa. Em se tratando dos mapas de processos, atentar-se ao alinhamento às diretrizes institucionais da UFFS quanto ao mapeamento de processos e avaliar a possibilidade de confecção de mapas de processos separados para cada etapa do macroprocesso, a fim de facilitar a compreensão e a operacionalização.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

Recomendação 05 – estruturante – constatações 01 e 02 (monitoramento 30/05/2026)

Após a revisão e atualização das normativas internas e dos documentos orientativos, promover capacitação interna voltada aos servidores da Propepg e demais envolvidos no macroprocesso (técnicos, docentes, bolsistas...), incluindo os servidores e demais envolvidos dos *campi*, com o objetivo de garantir que todos compreendam e se apropriem da política, do regulamento e das demais diretrizes internas, assegurando seu cumprimento integral, sob risco de responsabilizações em caso de descumprimento.

Observação: Sugere-se que a participação na capacitação seja por convocação, a fim de que todos participem.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

Recomendação 06 – estruturante – constatação 03 (monitoramento 30/05/2026)

Implementar/formalizar a Gestão de Riscos, alinhada à Política de Gestão de Riscos da UFFS, observando as normativas e diretrizes quanto ao tema.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

Recomendação 07 – corretiva – constatação 03 (monitoramento 30/05/2026)

Publicizar a totalidade dos documentos orientativos, sejam eles resoluções, regimentos, instruções normativas, guias, manuais, fluxos, etc., divulgando as informações de forma completa, detalhada, padronizada e organizada.

Quando do monitoramento desta auditoria, devem ser apresentadas as ações referentes ao recomendado.

III – CONCLUSÃO

Na análise realizada, observados os critérios de avaliação definidos no escopo desta auditoria, consideradas as documentações e informações disponibilizadas pela gestão e/ou no *site* institucional, encontrou-se evidências de fragilidades quanto à gestão dos projetos de pesquisa.

Constatou-se que há fragilidades na conformidade entre as normativas internas e a legislação de referência; fragilidades na atualização, completude, detalhamento e clareza da Política de Pesquisa e do Regulamento da Pesquisa; fragilidades na conformidade entre as normativas internas e entre estas e as práticas realizadas e fragilidades na estrutura de gestão de riscos e controles internos.

Em relação à estrutura de gestão de riscos e controles internos, tendo em visto o constante nesse relatório, e através da aplicação do QACI, observou-se que os controles internos administrativos referentes ao tema auditado se encontram em um **nível intermediário** de maturidade, indicando risco moderado, ou seja, indica a existência de princípios e padrões documentados sobre controles internos, porém, indica fragilidades que exigem ações corretivas. Pelo exposto até aqui, consideradas as análises quanto aos controles internos administrativos/institucionais estarem adequados de forma a cumprir os objetivos do processo, estes ficam fragilizados, ainda que tenham sido citadas, pela gestão, formas de controles.

Destaca-se que as atividades de controle são aquelas que, quando executadas a tempo e maneira adequados, permitem a redução ou administração dos riscos, sendo que podem ser de prevenção (como exemplo: segregação de funções, aprovações e/ou autorizações, sistemas informatizados, normativos internos) ou de detecção (como por exemplo: conciliação, revisão de desempenho, sistemas informatizados).

Uma cultura de controle interno e gerenciamento de riscos adequada (formalizada), pauta-se no fato dos servidores e gestores serem conhecedores dos processos, ou seja: servidores e responsáveis sabem o que deve ser feito? Se sim, eles sabem como fazê-lo? Se sim, eles querem e possuem capacidade operacional para fazê-lo?

No que se refere aos resultados e benefícios desta auditoria, considerando o anexo I da IN SFC nº 4, de 11 de junho de 2018, entende-se que esta ação de auditoria poderá gerar “**benefícios não financeiros**”, ou seja, “benefícios que embora não seja passível de representação monetária, demonstra impacto positivo na gestão de forma estruturante, tal como melhoria gerencial, melhoria nos controles internos e aprimoramento de normativos e processos”. Sendo que, dentro de sua classificação dimensão “**pessoas, infraestrutura e/ou**

processos internos", venha a afetar os processos de apoio e/ou gerenciais da instituição, com repercussão "estratégica", onde, o benefício trazido pelas providências a serem adotadas pelo gestor digam respeito às atividades internas e/ou operacionais da unidade examinada, bem como possam gerar alterações institucionais.

Quanto aos resultados e benefícios, sejam estes financeiros ou não financeiros, cabe observar que estes só ocorrem no momento em que a gestão atende as recomendações emitidas pela unidade de auditoria interna.

Por fim, salienta-se que os encaminhamentos quanto a emissão do relatório final de auditoria estão descritos no **Anexo IV**.

Chapecó, 24 de novembro de 2025.

MARISA ZAMBONI PIEREZAN
Chefe da Dataudin

DEISI MARIA DOS SANTOS KLAGENBERG
Auditora-Chefe

ANEXO I

Considerações sobre o objeto auditado

O progresso da ciência, da pesquisa, da tecnologia e da inovação são fatores fundamentais para o crescimento e desenvolvimento econômico, social e cultural do País. A própria Constituição Federal de 1988 enfatiza a importância ao regramento que: *“Art. 218. O Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação científica e tecnológica e a inovação. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)”*. As universidades, por sua vez, ao obedecerem ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, têm responsabilidades para com a pesquisa científica e tecnológica. Assim, a pesquisa é, sem dúvidas, um dos tripés fundamentais da universidade brasileira e uma dimensão estratégica para a promoção da ciência, da tecnologia e da inovação.

Destaca-se a observação, durante os trabalhos de auditoria, que a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação compreende a importância da pesquisa, o substancial investimento de recursos públicos necessários à sua concretização e zela pela atividade na UFFS. Observou-se que ela tem procurado trabalhar de acordo com sua missão, qual seja, a promoção da *“(…) excelência acadêmica por meio da pesquisa e da pós-graduação, de forma a potencializar o desenvolvimento humano, científico e tecnológico e qualificar a presença da UFFS na sua região de abrangência”*.

Quanto aos objetivos específicos da pesquisa, considerou-se

1. Conformidade entre as normativas internas e a legislação de referência quanto ao tema gestão de projetos de pesquisa

Tanto na fase de análise preliminar do objeto, quanto na fase da execução, ficou evidenciada a abrangência e complexidade do tema, bem como a grande quantidade de normas, leis e regulamentos que tratam da pesquisa, o que tornou o tema ainda mais desafiador, pois exigiu o conhecimento e a articulação de diversas legislações para compreender o funcionamento completo do processo ((a própria gestão teve dificuldade em apontar quais legislações de referência e normativas internas foram utilizados na confecção das normativas internas, uma vez que só citou alguns documentos, constantes na Política de Pesquisa, quando questionada na SA 21/2025-AUDIN, sendo que a legislação de referência foi solicitada ainda na SA 17/2025-AUDIN (LIVRO AZUL DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÃO PARA O

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 2010, DOCUMENTO FINAL DA COEPE – UFFS – 2011, PORTARIA CNPq Nº 1.513, DE 27 DE OUTUBRO DE 2023 e RESOLUÇÃO Nº 106/CONSUNI/UFFS/2022 (ALTERADA)), o que aumentou sobremaneira o tempo dedicado à leitura e compreensão do objeto. Por outro lado, embora existam muitas leis, normas e diretrizes que tratam da pesquisa em geral (por exemplo, regras sobre ética, fomento, propriedade intelectual etc.), faltam normas específicas e detalhadas sobre como o macroprocesso da pesquisa deve funcionar dentro da instituição — ou seja, como as etapas se organizam, quem faz o quê, quais documentos são exigidos, em que ordem e como os processos se relacionam. Por causa dessa lacuna, a gestão acaba tendo que decidir por conta própria como agir em várias situações, baseando-se em interpretações, experiências passadas ou práticas de outras instituições.

Isso tem dois lados:

- Positivo: dá flexibilidade à gestão, permitindo que adapte as práticas à realidade e às necessidades da instituição, sem ficar presa a regras rígidas (“não engessa” a pesquisa).
- Negativo: dá muita margem de escolha (discricionariedade), o que pode gerar inconsistências, falta de padronização, decisões subjetivas ou até riscos de irregularidades, já que diferentes pessoas podem interpretar e agir de maneiras distintas.

Soma-se ao exposto a ausência mapeamento formal do macroprocesso de pesquisa — ou seja, documento, fluxograma ou texto descritivo que mostre de forma clara todas as etapas, atividades, responsáveis, documentos e inter-relações que compõem esse processo. Essa ausência de mapeamento traz algumas consequências importantes:

- Dificulta a compreensão completa do funcionamento do processo (ou seja, não se tem uma visão integral de como tudo se conecta).
- Cria espaço para lacunas na normatização, pois sem uma visão clara, é difícil elaborar regras ou procedimentos coerentes e abrangentes.
- Complica a identificação e avaliação de riscos, já que o auditor (ou gestor) não consegue visualizar onde podem ocorrer falhas ou vulnerabilidades.
- Prejudica o tratamento adequado dos riscos, pois não se sabe com precisão onde estão as fragilidades e quais controles precisam ser reforçados.

Destaca-se que o mapeamento do macroprocesso é uma ferramenta essencial, pois permite enxergar de forma estruturada: quem participa e quais são suas atribuições, quais

controles já existem, onde há oportunidades de melhoria, onde há ausência de controles em etapas-chave, e, sobretudo, quais riscos ameaçam o alcance dos objetivos da pesquisa.

Destaca-se, também, o fato de que não foi encontrado, nem citado pela gestão (e há, tanto a Política de Pesquisa, quanto o Regulamento da Pesquisa da UFFS, poucas citações quanto à legislação de referência utilizada na confecção dos documentos legislação de referência ou norma externa, a serem seguidas pelas IFEs), que possibilitem a confecção, pelas IFEs, de políticas e regulamentos de pesquisa relativamente padronizados (em análise aos documentos internos constantes nos *sites* de outras universidades, observou-se considerável discrepância nas regulamentações).

Todo o exposto, somado à limitada habilitação técnica da equipe de auditoria, dificultou a compreensão integral do funcionamento da gestão dos projetos de pesquisa, ainda que a Audin tenha procurado mapear o macroprocesso e suas etapas, seja através das solicitações de auditoria, seja através da leitura das legislações e normas ou de reuniões e trocas de mensagens com a gestão.

Portanto, o risco de não conformidade das normativas internas com a legislação de referência foi tratado nos limites da legislação de referência e da habilitação técnica da equipe. Mas ainda assim, ficou demonstrada a existência de lacunas e possibilidades de adequações.

2. Conformidade entre as normativas internas

Observou-se que a gestão tem trabalhado no sentido de normatizar e organizar adequadamente o processo, tendo em vista a existência de uma Política de Pesquisa (RESOLUÇÃO Nº 6/CONSUNI CPPG/UFFS/2013), e um Regulamento da Pesquisa (RESOLUÇÃO Nº 58/CONSUNI CPPGEC/UFFS/2023), mapas de processos, *checklists*, manuais, orientações, formulários, uma Diretoria de Pesquisa (DPE) e setores específicos, como a Divisão de Projetos e Iniciação Científica e Tecnológica (DITEC) e a Divisão de Assessoramento à Pesquisa, Comitês e Grupos de Pesquisa (DAPG), todos eles, combinando-se para o bom andamento da gestão dos projetos de pesquisa.

Entretanto, as falhas em relação à atualização, completude, exatidão e clareza da Política de Pesquisa e do Regulamento da Pesquisa da conformidade entre os documentos e, da conformidade entre eles e as demais normativas internas (mapas de processos, *checklists*, manuais, orientações, formulários, etc.) e respostas da gestão, demonstraram necessidade de adequações.

3. Estrutura de gestão de riscos e controles internos, referente à gestão de projetos de pesquisa

Observou-se que a gestão tem procurado pontuar os principais riscos do processo e tratá-los, ainda que existam dificuldades, em especial quanto à complexidade do objeto, à extensão da legislação de referência, às deficiências dos recursos técnicos (sistema informatizado), à sobrecarga de trabalho dos servidores responsáveis pelo processo e, por vezes, dificuldades de aceitação e relutância no cumprimento das regras, por parte dos servidores relacionados ao processo. Entretanto, destacaram-se falhas no tratamento dos riscos, ou seja, ainda que haja práticas relacionadas à organização dos pesquisadores, institucionalização de projetos, aprovações, execução, prestações de contas, avaliação, sanções, tais práticas carecem de melhorias. As medidas de controle, como por exemplo o estabelecimento de fluxos operacionais objetivos e de fácil entendimento (elencado pela gestão), esbarram nas lacunas encontradas nos dois principais normativos internos da Pesquisa, quais sejam, a RESOLUÇÃO Nº 6/CONSUNI CPPG/UFFS/2013 e a RESOLUÇÃO Nº 58 /CONSUNI CPPGEC/UFFS/2023, que necessitam de revisão e atualização.

Ademais, observou-se a ausência de gestão de risco formalizada, em consonância com a Política de Gestão de Riscos da UFFS, ação esta, importante para o provimento das ferramentas necessárias para planejar, identificar, qualificar, quantificar, responder e monitorar os riscos do objeto.

ANEXO II

Riscos contemplados no escopo da Auditoria

Quadro 01 – Riscos (causas e consequências)

Risco	Tipo	Risco Identificado (descrição)	Causas Possíveis	Possíveis Consequências
Risco 1	Legalidade ⁴	Desconformidades entre as normativas internas e a legislação de referência	Grande número de legislações de referência	1 – Ilegalidade das ações 2 – Entraves no processo por questionamentos/contestações/impugnações 3 – Penalidades e sanções aos dirigentes da UFFS
			Número reduzido de servidores para verificar as legislações de referência e adequar/confeccionar as normas internas	
			Ausência de estrutura interna de governança formalizada	
Risco 2	Legalidade	Desconformidades entre as normativas internas	Grande número de legislações de referência	1 – Ilegalidade das ações 2 – Entraves no processo por questionamentos/contestações/impugnações 3 – Penalidades e sanções aos dirigentes da UFFS 4 – Retrabalho para o gestor e para o proponente (devolução por erro no processo) 5 – Intempestividade/morosidade das ações (explicação sobre os procedimentos)
			Complexidade e abrangência do processo	
			Ausência de estrutura interna de governança formalizada	
			Número reduzido de servidores para verificar e revisar as normas internas	
Risco 3	Operacional ⁵	Fragilidades na gestão de riscos e controles internos	Ausência de gestão de riscos formalizada	1 – Gestão e controles internos comprometidos diante de uma estrutura de governança frágil 2 – Possíveis incertezas em tomadas de decisões 3 – Impactos financeiros 4 – Impactos operacionais 5 – Impactos legais 6 – Impactos de reputação
			Fragilidades no mapeamento de processos	
			Fragilidades nos mapas de processo já formalizados	
			Ausência de um sistema (<i>software</i>) adequado para o gerenciamento do processo	

Quadro 02 – Riscos (controles existentes)

Risco	Risco Identificado (descrição)	Controle existente*	Detalhamento
Risco 01	Desconformidades entre as normativas internas e a legislação de referência	Não identificado	Não se aplica
Risco 02	Desconformidades entre as normativas internas	Não identificado	Não se aplica
Risco 03	Fragilidades na gestão de riscos e controles internos	Normativas internas e alguns mapas de processos	Gestão cita mapas de processos e há, nas

⁴ Aderência a critérios formais tais como leis, regulamentos e acordos aplicáveis.

⁵ Possíveis falhas internas – de estrutura, sistemas, pessoas, produtos ou processos – que podem acontecer dentro de uma instituição e, assim, acarretar prejuízos dos mais diversos tipos, entre eles financeiros e de reputação/imagem institucional. As causas desse tipo de risco podem ser interna ou externas.

			normativas internas informações sobre o processo, porém, em vista da complexidade e abrangência das etapas, obrigações e ações necessárias para o bom andamento do processo, entende-se necessário o mapeamento de macroprocesso com todas as etapas (apresentação, aprovação, execução e finalização), participantes e atribuições, as obrigações, os responsáveis e os controles existentes, a fim de visualizar os objetivos de cada etapa, bem como, as lacunas, os problemas, os riscos que ameaçam os objetivos, a ausência de controles em etapas e as oportunidades de melhoria
--	--	--	---

Quadro 03 – Riscos (Escala de Probabilidade)

RISCO		Probabilidade	PESO *
RISCO 01	Desconformidades entre as normativas internas e as legislações de referência	Média	3
RISCO 02	Desconformidades entre as normativas internas	Média	3
RISCO 03	Fragilidades na gestão de riscos e controles internos	Média	3

Quadro 04 – Riscos (Escala de Impacto)

RISCO		Impacto	PESO *
RISCO 01	Desconformidades entre as normativas internas e as legislações de referência	Médio	5
RISCO 02	Desconformidades entre as normativas internas	Médio	4
RISCO 03	Fragilidades na gestão de riscos e controles internos	Médio	4

Quadro 05 – Riscos (Probabilidade X Impacto)

Risco 01 (Grau médio)		
Pontuação	Probabilidade	03
03x05=15	Impacto	05
Plano de Ação	Tratar ou transferir	
Risco 02 (Grau médio)		

Pontuação	Probabilidade	03
03x04=12	Impacto	04
Plano de Ação	Tratar ou transferir	
Risco 03 (Grau médio)		
Pontuação	Probabilidade	03
03x04=12	Impacto	04
Plano de Ação	Tratar ou transferir	

Quadro 06 – Referência para avaliação

Avaliação	Estratégia para tratamento dos riscos	Grau de Risco
De 16 a 25	Evitar	Alto
De 9 a 15	Tratar ou transferir	Médio
De 1 a 8	Aceitar	Baixo

Os riscos apresentados não tem por objetivo esgotar as possibilidades de riscos existentes sobre o tema, mas sim, identificar riscos que pudessem subsidiar os trabalhos da auditoria para elaboração do programa e execução da atividade de auditoria e, conseqüentemente, contribuir com a gestão.

Ainda, ressalta-se que a identificação e gestão de riscos é muito mais complexa, e que a metodologia utilizada pela auditoria interna é simplificada, objetivando apenas nortear os trabalhos de auditoria e não realizar a gestão de riscos sobre o tema em nível institucional. No entanto, observa-se que foram utilizados, como critérios e parâmetros de avaliação, a metodologia utilizada nos mapas de riscos publicados junto ao *site* da UFFS⁶.

⁶ Consulta em 2025 quando da elaboração do Programa de Auditoria.

ANEXO III

Instruções de Monitoramento

Para o monitoramento das recomendações, a Propepg deverá estar atenta ao sistema de monitoramento e-CGU para a emissão de manifestação em relação às recomendações relatadas.

Quanto à utilização do sistema, a auditoria interna dispõe do [manual e-CGU Gestores](#), disponível na página da UFFS/Auditoria Interna. **Deverão solicitar acesso ao sistema, dois usuários: o supervisor da unidade (Pró-Reitor (a)) e o operador da unidade (servidor designado pelo Pró-Reitor). Importante a leitura do manual e em caso de dúvidas contatar a auditoria interna.**

É de responsabilidade da gestão da UFFS o cumprimento das recomendações emitidas pela Audin, ou então, aceitar formalmente o risco correspondente, caso decida não implementá-las (assunção de riscos).

Quando do monitoramento das recomendações, o gestor deverá observar:

1. Em caso de manifestação de recomendação não implementada ou parcialmente implementada, para a qual a gestão está buscando a implementação – indicar prazo para nova manifestação (o prazo deve ser razoável).
2. Em caso de manifestação de recomendação não implementada ou parcialmente implementada, para a qual a gestão julgue assumir os riscos pela não implementação ou parcial implementação – que essa informação seja declarada na manifestação.
3. Para o caso da gestão julgar a recomendação como implementada, a comprovação da implementação da recomendação deve ser apresentada por meio do sistema e-CGU.

ANEXO IV

Encaminhamentos do Relatório de Auditoria

Após finalizado os trabalhos de execução de auditoria, conforme [Mapa de Processo nº 92/EP/UFFS/2022 – Execução de Auditorias Programadas](#), a auditoria interna seguirá os seguintes trâmites:

4) Encaminhamento o relatório final de auditoria ao Reitor (presidente do Consuni) por meio do sistema Sipac, e à Propepg, por meio de *e-mail* institucional, para que se manifestem, de forma fundamentada, quanto à existência de dados restritos ou sigilosos.

5) Publicação do relatório final na página institucional da UFFS/Auditoria Interna.

6) Encaminhamento o relatório final à CGU (por meio do e-CGU).

7) Encaminhamento ao Concur, ao Consuni Capgp, à Proplan (responsável pelo apoio ao Comitê Gestor de Riscos e Controles Internos) e à Assessoria Especial para Assuntos Estratégicos.