



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

BALANÇO DA QUALIDADE

ANO LETIVO 2019/2020

2020

Chave de Siglas

A3ES	Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior
CA	Conselho de Administração
CD	Conselho de Direção
CAE	Comissão de Avaliação Externa
CLE	Curso de Licenciatura em Enfermagem
CP	Conselho Pedagógico
CPLEER	Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação
CPLEESMP	Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
CTC	Conselho Técnico-Científico
CV	Curriculum Vitae
DSA	Direção de Serviços Administrativos
EA	Equipa de Auditoria
ECTS	European Credit Transfer System
ESESJC	Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
GAE	Gabinete de Apoio ao Estudante
GC	Gabinete da Comunidade
GCI	Gabinete de Comunicação e Imagem
GIDEC	Gabinete de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem Cluny
GM	Gabinete da Mobilidade
GQ	Gabinete da Qualidade
LAE	Laboratório Avançado de Enfermagem
MEMC	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
PGQ	Procedimento de Garantia de Qualidade
PLEEC	Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária
PM	Planeamento e Monitorização do Sistema Interno de Garantia de Qualidade
RAM	Região Autónoma da Madeira
REBIDES	Registo Biográfico de Docentes do Ensino Superior
RH	Recursos Humanos
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SIGQ	Sistema Interno de Garantia da Qualidade
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UC	Unidade Curricular
UCAD	Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos

Índice

0. INTRODUÇÃO.....	3
1. OBJETIVO	4
2. SEGUIMENTO DAS AÇÕES RESULTANTES DA ANTERIOR REVISÃO.....	4
3. RESULTADO DAS AUDITORIAS	7
3.1 AUDITORIAS INTERNAS.....	7
3.2 AUDITORIAS EXTERNAS.....	19
4. DESEMPENHO DOS PROCESSOS	20
4.1 PROCESSO DE REALIZAÇÃO	20
4.1.1 Área de análise – Ensino	20
4.1.2 Área de análise – Investigação	26
4.1.3 Área de análise - Interação com a Sociedade	28
4.1.4 Área de análise - Internacionalização e Mobilidade.....	29
4.2 PROCESSO DE SUPORTE.....	30
4.3 PROCESSO DE GESTÃO E MELHORIA	34
4.3.1- Área de Análise - Sistema da Qualidade	34
4.3.2 Estado das ações Desenvolvidas	35
4.3.3 Aspetos que possam afetar o SIGQ	39
4.3.4 Pontos fortes, fracos e recomendações de melhoria	40

0. INTRODUÇÃO

O Balanço da Qualidade aqui exposto reporta-se ao ano letivo 2019/2020. Apresenta o desenvolvimento do SIGQ da ESESJC e descreve todas as atividades relacionadas com o planeamento e monitorização, abrangendo todas as áreas com implicação na Unidade Orgânica.

O Sistema Interno de Garantia da Qualidade implementado procura responder ao plano Estratégico 2017/2020 e segue as orientações do Manual da Qualidade. A monitorização do sistema instituído encontra-se apoiada nas auditorias internas e externas e o Planeamento e Monitorização formaliza a interligação dos processos com as áreas de análise, a política da qualidade, os indicadores e objetivos institucionais, assim como as metas atingir, a sua periodicidade, responsabilidade na monitorização, resultados e análise dos mesmos.

O Gabinete da Qualidade acompanha e monitoriza a melhoria contínua do Sistema Interno de Garantia da Qualidade, tendo por base os indicadores definidos anualmente (Planeamento e Monitorização do SIGQ), os planos de melhoria e as ocorrências, assim como a execução das orientações do Manual da Qualidade.

Toda a documentação que suporta o SIGQ encontra-se em constante atualização, com o contributo de todos os colaboradores internos, acompanhando o processo de melhoria continua.

Durante o ano letivo 2019/2020, as auditorias internas contaram com 5 auditores internos e 1 auditor externo e decorreu na sequência das necessidades de monitorização resultantes dos diferentes referenciais.

1. OBJETIVO

O Balanço da Qualidade (BQ) tem como objetivo avaliar a adequabilidade e a eficácia do sistema, ajudando a garantir a capacidade da ESESJC em providenciar, de forma sistemática, um serviço de acordo com os requisitos aplicáveis (regulamentares, estatutários, legais e contratuais aplicáveis às atividades da instituição). O BQ permite, também, avaliar a operacionalidade do Sistema Interno de Garantia da Qualidade, o grau de concretização dos objetivos para o período em análise e definir os objetivos para o período seguinte, bem como, identificar potenciais áreas de melhoria.

2. SEGUIMENTO DAS AÇÕES RESULTANTES DA ANTERIOR REVISÃO

As ações resultantes da reflexão efetuada em 2019, tiveram como objetivo a melhoria da eficácia do SIGQ, e encontram-se expressas no quadro seguinte.

Quadro 1 - Ações resultantes de revisões anteriores

Assunto	Sugestões de melhoria	Ação Realizada
PMSIGQ	<ul style="list-style-type: none"> - Análise nos diferentes relatórios dos indicadores resultantes das atividades desenvolvidas de acordo com as metas estabelecidas - Apresentação dos resultados dos indicadores de forma esquematizada para facilitar a leitura (idêntica ao documento original) 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios com resultados e análise dos indicadores - Resultados apresentados de forma esquematizada
Manter o registo da atividade científica no repositório institucional até que surja uma	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a política de auto arquivo para controlo da produção científica - Providenciar ligação a repositório no portal publico 	<ul style="list-style-type: none"> - Foram promovidas orientações de arquivo da produção científica e utilização do manual

<p>situação mais prática em termos de acesso e de fácil tratamento de dados</p>	<p>-Solicitar colaboração da Bibliotecária no apoio ao registo e monitorização da atividade científica docente</p>	<p>- Salvaguarda na PGQ de Investigação o registo da atividade científica</p>
<p>Registo dos projetos e atividade de colaboração interinstitucional e com a comunidade</p>	<p>- Elaborar instrumento de registo dos projetos e atividade interinstitucional e com a comunidade. - Monitorizar a atividade interinstitucional e com a comunidade</p>	<p>Documento criado e em fase de avaliação da adequação da sua aplicação</p>
<p>Auditores internos recém-formados</p>	<p>Realizar auditorias promovendo a formação, colaboração e o apoio aos novos auditores</p>	<p>Realizadas as auditorias internas cumprindo o plano anual atingindo o objetivo de formação aos novos auditores.</p>
<p>Formulário do Planeamento dos Cursos e do Relatório dos Cursos.</p>	<p>- Simplificar os formulários retirando toda a informação que se encontra repetida - Simplificar a descrição dos dados referentes ao relatório desenvolvendo no portal corporativo a possibilidade de registo segundo as orientações da A3Es</p>	<p>- A coordenadora do CLE encontra-se a elaborar o formulário - Foi solicitado à Informar a possibilidade de elaboração do relatório de curso no portal diminuindo assim a possibilidade de duplicação de dados de trabalho</p>
<p>Dificuldade em obter os dados estatísticos a tempo da</p>	<p>- Gerir a distribuição dos inquéritos - Tratamento estatístico dos indicadores do PMSIGQ</p>	<p>- Foi aumentado o apoio ao gabinete com mais um recurso humano</p>

elaboração dos relatórios anuais		- Ainda não foi possível verificar melhorias nos resultados da intervenção
Relatórios anuais	- Simplificar a execução dos relatórios esquematizando a informação e privilegiar a reflexão sobre os resultados.	- Relatórios com informação esquematizada
Planos de melhoria	- Lançar planos de melhoria no registo geral e dinâmico acessível aos coordenadores - Monitorizar planos de melhoria e avaliar intervenção	- Agregação dos planos de melhoria em documento acessível para monitorização

O ano letivo 2019/2020 foi um ano marcado pela pandemia COVID19 e por necessárias adaptações nas atividades de ensino aprendizagem e avaliação de conhecimentos aprovadas pelos Conselhos Técnico Científico e Pedagógico e segundo as orientações do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Ministério da Saúde. Estas adaptações, que tiveram impacto na organização estrutural e dinâmica dos Cursos, contemplaram tanto o Curso de Licenciatura em Enfermagem, como o CTesP, Mestrado, Pós-licenciaturas e Pós-Graduações. O processo de adaptação à condição de pandemia salvaguardou a progressão de atividades letivas respeitando as orientações superiores. As condições para a participação dos estudantes na vida académica, sofreram também alterações pontuais e só ocorreram quando se verificou o cumprimento das regras de distanciamento físico, plasmadas no plano de contingência Covid19 da Cluny, o qual acompanhou as orientações nacionais.

Com o objetivo de fazer o balanço sobre o desenvolvimento do SIGQ realizou-se uma reunião com os representantes dos órgãos, coordenadores de cursos, gabinetes e serviços de forma presencial, no entanto, dadas as contingências, procurou-se reduzir o tempo de reunião, fazendo uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido. Todos os presentes tiveram conhecimento prévio da análise dos indicadores e planos de melhoria expostos nos relatórios dos órgãos, cursos, serviços e gabinetes. Realçam-se alguns aspetos da análise efetuada:

- Necessidade de fortalecer o sistema através do ciclo de melhoria continua e de alimentação do SIGQ

- O Manual da qualidade e a identificação dos pontos a rever e a clarificar numa próxima revisão.
- A importância da definição de parâmetros de avaliação da internacionalização.
- O novo Regulamento de Avaliação dos Funcionários não docentes encontra-se em fase da definição dos objetivos individuais de cada funcionário.
- Revisão do Regulamento de avaliação dos docentes
- Código de Conduta revisto e publicado
- Responsabilidades na identificação das necessidades de auditorias
- Informação pública e a necessidade periódica de verificação.
- Atualização do portal público para permitir a resposta ao *Learning Agreement*, melhorar a imagem e funcionalidades.
- Necessidade de melhorar a adesão à resposta dos colaboradores externos aos inquéritos
- Importância do preenchimento e monitorização dos planos de melhoria
- Manter a boa prática da realização da análise swot do SIGQ

3. RESULTADO DAS AUDITORIAS

No ano de 2020 o SIGQ da ESESJC teve várias auditorias internas, com a colaboração de um auditor externo e 2 auditorias externas, 1 ao Curso Técnico Superior Profissional pelo Instituto para a Qualificação, IP-RAM, e outra da DGES – Documental aos processos de acesso ao Ensino Superior.

3.1 Auditorias Internas

As auditorias internas da ESESJC, no ano 2020, decorreram de acordo com o programado no que respeita aos referenciais a monitorizar, embora tivesse sido necessário ajustar algumas datas ao funcionamento dos serviços e disponibilidades dos auditados. Duas das auditorias programadas para 2020 aconteceram no início do ano 2021.

As auditorias internas foram realizadas pelos auditores internos e por um auditor externo e responderam aos seguintes objetivos:

- Verificar o plano de medidas de proteção motivadas pela pandemia - Medidas de Prevenção Institucionais; Atendimento ao público; Comunicação interna; Área de Isolamento; Higiene; Medidas Básicas Individuais; Medidas de Higiene Ambiental

- Verificar as pautas submetidas à secretaria Académica do CMEMC e verificar a situação de cada estudante.
- Verificar as pautas submetidas à secretaria Académica do CMER e verificar a situação de cada estudante.
- Verificar a concisão das aulas realidades à distância (com recurso a análise de sumários realizados e reportes de horas da plataforma Zoom).
- Verificar o grau de conformidade do Sistema Interno de Garantia da Qualidade, na área da investigação, com o Referencial 6 da A3ES.
- Verificar a atualização do site de Investigação, procedimentos, regulamento, mecanismos de articulação investigação/ensino e monitorização da atividade científica
- Verificar a concretização das propostas de melhoria da auditoria interna anterior à atividade do Gabinete da Comunidade
- Verificar a monitorização da atividade internacional; Plano de atividades anual, plano de melhoria e relatório.
- Verificar a concretização das propostas de melhoria da auditoria interna anterior no que respeita à gestão das infraestruturas e equipamentos
- Verificar a aplicação do procedimento de gestão da informação
- Verificar a aplicação do PGQ 08 e do PGQ 13.

Durante o ano 2020, muito embora limitados pelos planos de contingência associados à pandemia Covid 19, foram executadas 8 auditorias algumas delas apenas documentais, outras online, e presenciais aquelas que nos obrigavam a uma observação in loco.

Em cada auditoria foi auditado um referencial em parte ou no seu todo, dando atenção aos requisitos para a concretização do mesmo com um levantamento inicial da documentação de apoio.

Como é já habitual, as auditorias internas promoveram momentos pedagógicos, de colaboração na identificação e discussão dos aspetos a melhorar. Durante a realização destas auditorias

foram dadas indicações individuais aos auditados, tendo em conta as não conformidades detetadas e orientações para as oportunidades de melhoria.

As auditorias internas abordaram os seguintes referenciais e âmbitos e mostraram os seguintes resultados:

Área: Referencial 1 – Organização e Responsabilidade Institucional

Foi verificada a aplicação do *Plano de Medidas de Proteção Motivadas pela Pandemia Covid-19*: medidas de prevenção institucionais, atendimento ao público, comunicação interna, área isolamento.

Observou-se a existência da última versão do plano de contingência e a sua publicação. Constatou-se junto dos funcionários e estudantes o conhecimento sobre a existência da última versão do plano e do seu conteúdo.

Observou-se a existência de cartazes, alusivos às medidas de prevenção da COVID-19, afixados pelos vários edifícios da instituição.

Verificou-se as medidas de distanciamento social nos diversos espaços auditados.

Observou-se as entradas e saídas dos edifícios, os circuitos e sinalização dentro do edifício assim como as entradas e saídas e as lotações das salas de aula.

Observou-se também no espaço da Biblioteca, os cuidados com a manipulação dos livros e revistas e o registo de entradas e saídas. As condições no espaço da secretaria geral, as medidas de segurança e proteção dos funcionários entre eles e no atendimento.

Foram verificadas as condições do teletrabalho e a monitorização dos casos de doença e presenças físicas no edifício da escola. Foi observada a existência de uma área de isolamento organizada e com disponibilização imediata e um plano de medidas de prevenção.

A segunda auditoria realizada neste âmbito incidiu sobre as medidas de prevenção institucionais como higiene e medidas básicas individuais, medidas de higiene ambiental.

Começou-se por verificar a existência nas instalações da ESESJC de sabonete líquido e toalhetes de papel para secagem das mãos e máquinas de secagem das mãos nos Sanitários Edifício A R/C, nos Sanitários Edifício A 1º piso e nos Sanitários Edifício B R/C.

Observou-se a entrada dos utilizadores tanto no edifício como na biblioteca e a utilização dos produtos de desinfeção das mãos, o respeito pelo distanciamento, as condições das salas de aula e gabinetes, os procedimentos após a utilização dos espaços, salas de aula e outros, sinalização

e higienização. Validou-se os conhecimentos e a prática das funcionárias em relação ao plano de contingência e ao cumprimento dos procedimentos indicados e produtos usados.

O relatório da auditoria dá indicações mais pormenorizadas sobre os resultados da mesma.

Área: Referencial 3 – Ensino aprendizagem avaliação

Auditoria documental que incidiu sobre as atividades curriculares dos cursos lecionados no período compreendido entre 18 de março e 30 de junho de 2020 na ESESJC:

Enfermagem e Adoecer Humano II, CLE; Enfermagem do Idoso, CLE; Patologia do Adulto e do Idoso, CTeSP; Liderança e Gestão (PLEESMP) e Gestão de Cuidados de Saúde e de Enfermagem (PLEESMO)

Observou-se se os reportes de acesso via Zoom correspondiam aos horários e sumários fixados, e as presenças dos estudantes, assim como a informação no sumário sobre a forma como tinha sido lecionada a aula (por zoom ou presencial).

Da documentação analisada, a equipa auditora considera que as aulas a distância mantiveram a organização pedagógica presencial, conforme se pode confirmar pelo conteúdo da maioria dos sumários que refletia o programa e n.º de horas preconizado para o desenvolvimento das atividades. Ressalva-se, no entanto, que esta auditoria foi realizada por amostragem.

O relatório da auditoria dá indicações mais pormenorizadas sobre os resultados da mesma.

Área: Referencial 6 – Investigação

Com o objetivo de verificar o grau de conformidade do Sistema Interno de Gestão da Qualidade com o Referencial 6 da A3ES procedeu-se a duas auditorias, a primeira realizada em abril e a segunda em dezembro de 2020.

Na primeira auditoria optou-se por fazer uma auditoria documental devido à impossibilidade de o fazer presencialmente.

Começou-se por verificar a concretização das sugestões emitidas tanto pelas auditorias internas como externas no sentido de melhorar o funcionamento, organização e monitorização das atividades científicas institucionais. Verificou-se os conteúdos dos sites, externo e *Alfresco*, organização e informação disponibilizada.

Resultantes da 1ª auditoria foram encontradas algumas não conformidades e dadas sugestões que foram avaliadas na 2ª auditoria realizada em dezembro. Resolvidas algumas das não conformidades e concretizadas algumas das sugestões limitamo-nos a identificar os resultados da 2ª auditoria.

Área: Referencial 7 – Colaboração interinstitucional e com a comunidade

Realizou-se a auditoria de forma presencial contando com a presença da coordenadora do gabinete, com o objetivo principal de verificar a concretização das propostas de melhoria da auditoria feita em 2019.

Observou-se a existência do plano de melhoria 2019/2020 e a sua atualização na pasta de registo institucional (*Alfresco*) com aspetos a transitar para 2020/2021. Observou-se se existia coerência entre o plano de atividades do Gabinete da Comunidade e o plano de melhoria.

Foram verificadas a existência das atas das reuniões do Gabinete da Comunidade, a sua aprovação e organização. Foram observados as fichas de projeto e os registos dos projetos em desenvolvimento. Foram solicitadas evidências da avaliação da satisfação dos parceiros e da adequada utilização do Form 182. A coordenadora do Gabinete da Comunidade sugeriu a introdução do índice de qualidade das parcerias estabelecidas no PM.

Área: Referencial 8 – Internacionalização

A auditoria realizou-se de forma presencial, com a presença do coordenador e de todos os elementos do gabinete com o objetivo principal de verificar a concretização das propostas de melhoria da auditoria feita em 2019.

Verificou-se que o plano de melhoria 2019/2020 do Gabinete de Mobilidade e Internacionalização (GIM) encontrava-se publicado na pasta de registo institucional (*Alfresco*), com aspetos a transitar para 2020/2021, e encontrava-se refletido no seu plano de atividades.

O relatório do GIM 2019/2020 encontrava-se também publicado, contendo os dados relativos à internacionalização e aos projetos em desenvolvimento.

A equipa do GIM está sensível ao registo e compilação dos dados relativos à atividade de internacionalização e considerou pertinente a realização de um documento institucional para esse fim. Verificou-se que os PGQ's 19 e 21 não se encontravam atualizados, essencialmente

devido à reestruturação do GIDEC que irá alterar alguns processos relacionados com a investigação e internacionalização.

Área: Referencial 10 – Recursos materiais e serviços

Nesta auditoria verificou-se a aplicação da PGQ 04 Gestão das Infraestruturas, o Form 23 Ficha das Infraestruturas/Ficha de Equipamento, Form 24 Plano de Manutenção de Equipamentos e Form 29 Requisição de Equipamento Didático e Informático.

Avaliou-se o conhecimento da funcionária responsável sobre o procedimento e a sua efetiva aplicação com a demonstração de evidências. Foi feita prova da aplicação e utilização do PGQ 4 e dos diferentes formulários atrás identificados.

Área: Referencial 11 – Gestão da Informação

Realizou-se a auditoria documental a todo o processo de informação institucional. A equipa auditora constatou que existem mecanismos para fornecer e controlar a informação na Instituição. Para tal, referencia-se o procedimento de Gestão da Qualidade 1, onde está definido o processo da gestão da informação, abrangendo todo sistema Interno da Garantia da Qualidade. Esta documentação, na sua 3ª versão, atualizada em fevereiro de 2017, está disponível no portal da qualidade (Alfresco). O procedimento visa a segurança de todos os registos da Instituição. O Gabinete da Qualidade tem a responsabilidade de identificar, compilar, indexar, arquivar e manusear de forma adequada todos os registos produzidos. Toda a documentação é protegida contra danos ou deterioração, sendo de fácil recuperação e armazenada por tempo definido. A divulgação da informação externa e interna é realizada mediante aprovação do Conselho de Direção.

Em relação à informação sobre a qualidade das formações e serviços oferecidos existem diversos inquéritos que são utilizados pelo Conselho de Direção, Gabinete de Estatística, Gabinete do Observatório e/ou pelas Coordenações de Curso para a avaliação institucional e aplicação a entidades empregadoras, parceiros/colaboradores, docentes, não docentes e a toda a população estudantil.

No que concerne o tratamento da informação sobre os cursos e consequente produção de resultados, no que se refere ao formato, tratamento estatístico, fiabilidade e níveis de confidencialidade, são da responsabilidade do Conselho Pedagógico, apoiado tecnicamente

pela empresa In-Formar (Portal Corporativo). Cabe ainda ao Conselho Pedagógico a responsabilidade da orientação dos respetivos trabalhos.

Para recolher informação viável sobre indicadores chave de desempenho, do perfil da população estudantil, das taxas de progresso, sucesso e abandono dos estudantes, sobre a satisfação dos estudantes com os seus cursos, apoios aos estudantes, empregabilidade e percursos profissionais, existe o Plano de Avaliação e Monitorização do Sistema Interno da Garantia da Qualidade.

Como estratégias de atuação para implementação de processos de melhoria e monitorização no Sistema Interno da Garantia da Qualidade verificou-se o recurso à revisão anual do sistema, a existência de um programa de auditorias anual e a análise da atividade corrente dos gabinetes, serviços e cursos da Instituição. Esta informação pode ser observada nos relatórios, nos planos de melhoria e em atas dos órgãos da Instituição.

Verificou-se que toda a comunidade educativa é envolvida na informação gerada na Instituição. Constituem factos desta observação as reuniões do Conselho Pedagógico (docentes e estudantes), as reuniões de avaliação promovidas pelo Gabinete da Qualidade (docentes, não docentes e estudantes) e as reuniões promovidas pelo Conselho de Direção que envolvem estudantes, docentes e não docentes.

Em conclusão a equipa auditora considera que a instituição dispõe de procedimentos bem estabelecidos para a recolha, tratamento e análise de informação e orientação aos diferentes atores internos (PGQ01).

Área: Referencial 13 – Avaliação Externa da Qualidade

Incluída dentro das auditorias internas a auditoria ao gabinete da qualidade é sempre processada por um auditor externo contratado para o facto. Esta auditoria teve o objetivo de verificar o cumprimento dos procedimentos da área da qualidade.

A auditoria iniciou-se com um resumo do contexto atual da ESESJC no âmbito do SIGQ. Na conjuntura atual externa e com as dificuldades internas devido a diversos fatores (saída por invalidez da administrativa destacada para a área da qualidade, a Prof^a Noélia estar neste momento a fazer o doutoramento e a funcionária responsável pela Biblioteca, que também apoiava o gabinete de qualidade, encontrar-se de licença de maternidade), fizeram com que algumas questões da área a auditar fossem preteridas e como tal estão em atraso ou por elaborar.

Durante a auditoria verificou-se o Programa auditoria 2020 rev3 de 27-10-2020 e verifica-se que a maior parte das auditorias planeadas foram efetivamente realizadas (embora devido à recente execução das mesmas ainda não estejam concluídos alguns relatórios).

A ESESJC reforçou a sua equipa de auditores internos, tendo em 2019 tido formação nessa área os seguintes colaboradores: Joana Catarina Camacho Santos; Fábio Damião Rodrigues Ornelas; Leonor Araújo; Diogo Wilson Grosse Fernandes; Maria Luísa Santos e Tânia Lourenço.

Com base no programa de auditorias, foram analisados os relatórios efetuados à área da Investigação (de 02-04 e de 10-12). Lista de verificação, plano de auditoria de 10-12-2020.

Relatório referencial 3 de 15-12-2020, relatório ao referencial 1 de 03-12-2020.

O último balanço da qualidade totalmente concluído era o de 2017/2018. Sendo que o de 2018/2019 não se encontrava ainda concluído e encontrava-se por fazer o balanço da qualidade de 2019/2020. No entanto, verificamos que foi efetuada uma reunião geral a 21-10-2020 na qual foram abordadas muitas questões pertinentes relacionadas com o Sistema Interno de Garantia da Qualidade, o que constitui um elemento impulsionador para a conclusão das tarefas pendentes.

Também foi verificado o PMSIGQ de 2019/2020 que já se encontra parcialmente elaborado.

Quadro 2 - Aspetos identificados para melhoria resultante da auditoria interna

ASPETO IDENTIFICADO	OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES
A entrada/saída para/do edifício não é realizada por portas diferentes (entrada pelas traseiras e saída pela porta principal).	Sugere-se a identificação, em todos os edifícios, sobre a organização da circulação, incluindo nas portas de acesso aos próprios edifícios.
O questionário de monitorização de presença de pessoal docente e não docente na instituição é pouco utilizado.	Sugere-se a revisão desta medida, repensando a sua utilidade e finalidade.
O registo de entradas na biblioteca não está a ser realizado.	Sugere-se que seja cumprido.
A maioria dos auditados não tinha lido na íntegra o plano de medidas de contenção da pandemia Covid-19.	Motivar para a leitura do plano pelos funcionários e estudantes.

<p>Está a ser dada pouca preferência pelo teletrabalho e pelas reuniões à distância, para os docentes e não docentes, que tenham possibilidade para tal, de acordo com as suas funções.</p>	<p>Sugestão de melhoria: devem ser dadas orientações claras sobre a organização do teletrabalho, bem como a priorização das reuniões online.</p>
<p>Os pagamentos de emolumentos são realizados, na maioria, presencialmente.</p>	<p>Sugestão de melhoria: motivar pagamentos a distância.</p>
<p>O plano de medidas de contenção da pandemia Covid-19 refere que, em caso de dúvidas, deve ser contactado um dos responsáveis do plano. Não está indicado quem deve ser contactado, quando se verifique um caso positivo, ou caso tenha havido um contacto próximo com alguém infetado.</p>	<p>Sugestão de melhoria: Indicar, de forma clara e inequívoca, quem deve ser contactado interna e externamente. Colocar o contacto do SRS 24.</p>
<p>70% dos utilizadores não fizeram a higienização das mãos à entrada das instalações da escola com a solução antisséptica de base alcoólica.</p> <p>A entrada na biblioteca 50% dos utilizadores higienizaram as mãos.</p> <p>Nem sempre a desinfeção, das superfícies de contacto foram limpas após a sua utilização.</p>	<p>Promover campanhas de sensibilização e/ou sinalética mais apelativa.</p>
<p>Não foi observada a desinfeção da mesa de refeição após a utilização por duas docentes, nem foi deixado indicador da sua utilização.</p>	<p>Para o bar assim como para o refeitório sugere-se que exista uma sinalética presente nas mesas para que o utilizador possa colocar a informação que a mesma foi utilizada e assim o funcionário perceber que é necessário a desinfeção da mesma e, ainda, que os outros utilizadores visualizem que não podem utilizar essa mesa enquanto não for desinfetada.</p>
<p>O desinfetante que se encontra à entrada da Biblioteca serve todo o primeiro piso do Edifício A. Este desinfetante encontra-se à esquerda da porta da Biblioteca num local pouco visível.</p>	<p>Colocar o desinfetante antes da porta de acesso ao 1º piso com sinalética apelativa, possibilitando a desinfeção das mãos antes da entrada em qualquer espaço deste piso.</p>
<p>Na zona das máquinas “Vending” o distanciamento não é cumprido facilitado pela presença de uma pequena mesa junto à máquina permitindo que permaneçam ali muitos estudantes e por vezes professores.</p>	<p>Retirar a mesa do local.</p> <p>Deixar sinalética com orientações no sentido do consumo dos produtos da máquina sejam feitos noutra espaço de preferência ao ar livre.</p>

O produto usado na limpeza e desinfeção das mesas de refeição é água e sabão azul.	Rever utilização dos produtos de desinfeção de superfícies indicados para cada situação.
Em 3 das salas de aula observadas não foi verificada a presença de desinfetante em cima da secretária do docente.	Aquisição dos produtos indicados.
Foi observado que os recipientes recarregados que utilizam para desinfeção não têm rótulos correspondentes.	Rotular todos os recipientes em uso recarregáveis
Os sumários da UC de EAHII não se encontravam todos preenchidos.	Proceder de imediato ao seu preenchimento.
Alguns sumários da UC EI não justificam a diferença entre horas fixadas para a UC e reportes de horas do Zoom.	Houve necessidade de adaptação de metodologias de ensino não colocando em causa o pleno funcionamento da UC. Sugere-se que em situações idênticas se proceda ao lançamento dos sumários e se passe a clarificar as adaptações e estratégias utilizadas nos sumários.
Os sumários de aulas realizadas à distância não faziam referência a esta situação.	Devem fazer referência a esse regime.
Os sumários de UC comuns a dois cursos, lecionadas em simultâneo, não faziam referência a esta situação.	Deve, em ambos os cursos, ter indicação dessa informação.
A PGQ 21 - Projetos de Investigação, ainda não se encontra aprovada.	Concluir o mais rápido possível a PGQ 21 – Projetos de Investigação e aplicá-la
Site em reformulação	Colocar no site externo da ESESJC a publicação da estratégia e política da Investigação para a instituição de forma clara.
Comissões Técnica, Ética e Administrativa não estão identificadas (GIDEC).	Pôr em prática o regulamento do GIDEC no que respeita à existência das Comissões Técnica, Ética e Administrativa conforme o seu Artigo 6º. Ou reformular, atualizar regulamento.
A maior parte dos docentes não têm o currículo atualizado (esta verificação foi feita essencialmente pela orientação de trabalhos e participação em júris. Alguns docentes não têm público todas as categorias do currículo.	Tornar visível todos os currículos dos docentes atualizados e em todas as categorias. Criar estratégia institucional para a atualização e monitorização dos Currículos dos docentes.

Não existe no Form 226 espaço para identificação da linha de investigação de cada projeto.	Criar no Form 226 espaço para identificação da linha de investigação.
Pasta dos registos incompleta.	Colocação do Plano de Melhoria nas pastas de registos 2020/2021.
Ficha de projeto deverá ser revista.	Formalizar a ficha de projeto de forma a contemplar o relatório das atividades.
PGQ 16 com necessidade de revisão.	Mantem-se a sugestão da revisão integral da PGQ 16.
Corrigir escala do Form 181 e utilizar o Form 182 para avaliação de todos os parceiros.	O Form 181 deve ser utilizado para avaliação pelo próprio parceiro e o Form 182 para avaliação pelo Gabinete da Comunidade.
Form 180 pouco utilizado.	Promover a utilização do Form 180.
Índice de qualidade das parcerias não é avaliado.	Colocar no PMSIGQ o Índice de qualidade das parcerias.
PGQ 19 e 21 com necessidade de atualização.	Proceder à atualização do PGQ19 e do PGQ 21.
Monitorização da Internacionalização relacionada essencialmente com projetos ainda é incipiente.	Desenvolver estratégias de monitorização dos projetos internacionais
Bolsas de investigação aos docentes.	Aquando da reestruturação do GIDEC, equacionar estratégias de disponibilização de bolsas de investigação aos docentes.
Falta de atualização do registo no Form 23.	Realizar IT relativamente à entrada de novos equipamentos e preenchimento do Form 23. Atualizar Form 23 com indicação de “obsoleto” e filtros, de forma a facilitar o acesso rápido às informações necessárias. Colocação do Form 23 na plataforma Alfresco, disponível para todos os responsáveis pelos diferentes equipamentos, conforme orientação de auditoria anterior.

	Números de identificação definidos sequencialmente, por ordem de entrada, tal como acontece com a correspondência, de forma a facilitar o acesso às informações necessárias
Necessidade de Criação de uma instrução de Trabalho (IT) e atualização de PGQ 04.	Atualizar PGQ 04 fazendo referência à IT acima sugerida e ao processo de entrada de equipamentos e clarificar a necessidade (ou não) de etiquetar equipamentos. Necessidade de reformulação e clarificação de procedimento a adotar após abate de equipamentos no ponto 6 e 7, quer a nível de procedimentos, quer a nível de registos (necessidade de incluir essa informação no Form. 23).
Não se encontram todos os equipamentos no registo do Form 24. Falta de atualização do registo no Form 29. Registo de manutenção do equipamento DAE, não é realizado em formulário.	Proceder à atualização dos formulários.
O relatório de auditoria efetuado à investigação 14-12-2020, não refere de uma forma clara o seguimento das ocorrências da anterior auditoria efetuada a esta área.	
Não foi evidenciado à equipa auditora o plano de auditoria interna à Investigação de 02-04-2020.	
O registo de ocorrências de 2019 + transitadas, tem ocorrências sem previsão de implementação e sem qualquer seguimento (exemplos: ocorrências 11,13, 38, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 54 todas de 2018 e as ocorrências da 33 à 41 de 2019). O registo de ocorrências de 2020 tem apenas 1 ocorrência de 02-02-2020. O registo de ocorrências em uso não está conforme o Form 64 que se encontra disponível no <i>Alfresco</i> .	Sensibilizar as Coord. dos Gabinetes ou serviços, para a necessidade de melhorar o acompanhamento dado às ocorrências abertas. Verificar as ocorrências que já podem ser encerradas e atualizar o registo com as novas detetadas em 2020. Atualizar o Formulário existente no <i>Alfresco</i> . Colocar no rodapé a indicação.
PGQ-05 encontra-se desatualizado, refere ainda o Form 63 (Ocorrência) que já não é utilizado em formato papel. No PGQ10 o nº de formulário dado ao Plano tem o nome de Programa e vice-versa (mantêm-se a ocorrência nº 1 do anterior relatório de auditoria).	Atualizar os procedimentos e os formulários.
O balanço da qualidade de 2018/2019 não se encontra ainda concluído, pois estão em falta	Solicitar os dados em falta e finalizar os balanços da qualidade.

<p>alguns dados (Ex: dados provenientes do CP, CTC, dados sobre o portal público, resultados da avaliação dos projetos, dados sobre a subárea internacionalização e mobilidade e a sub. área Infraestruturas, etc.)</p> <p>O balanço de 2019/2020 não se encontrava efetuado.</p>	
<p>Não foi evidenciado à equipa auditora o Programa de atividades 2020 do gabinete da qualidade.</p>	<p>Disponibilizar o Programa atividades de 2020.</p>
<p>No relatório da auditoria de 15-12-2020 efetuado ao referencial 3 não é explícito que a mesma foi documental. Ao indicar no campo “Identificação do(s) auditado(s)” o nome dos professores parece que estes estiveram presentes durante o desenrolar da auditoria.</p>	<p>Retificar a situação identificada.</p>
<p>No relatório de 03-12-2020 efetuado ao referencial 1 refere o seguinte: “Referencial 1 – Organização e Responsabilidade Institucional”, sendo que, a designação do referencial 1 é Adoção de política para a garantia da qualidade e prossecução de objetivos da qualidade”</p>	<p>Verificar o conteúdo do documento “Referenciais ASIGQ_PT V1.2 de Out2016. Verificar a pertinência de retificar a situação identificada.</p>

3.2 Auditorias Externas

No Referencial 13, Avaliação Externa da Qualidade, também tiveram lugar as auditorias externas, anteriormente identificadas.

A auditoria feita pelo Instituto para a Qualificação IP – RAM ao processo financeiro do Curso Técnico Profissional, baseou-se principalmente na verificação das recomendações da última auditoria (2019). Foram dadas orientações no sentido da aplicação de algumas correções na abertura de um próximo curso a serem validadas em 2021.

A auditoria feita pela Inspeção-Geral da Educação e Ciência aos processos de candidatura e admissão de estudantes a nível institucional teve como objetivo de proceder a uma ação de controlo do acesso ao ensino superior.

As recomendações de melhoria incidiram principalmente na publicitação, conformar e atualizar regulamentos, aprimorar os dados das listas dos candidatos admitidos ou não e datar formulários de matrícula.

Todas as orientações foram tomadas em consideração e irão constar do registo de ocorrências institucional para que se proceda ao controlo e monitorização da sua correção.

4. DESEMPENHO DOS PROCESSOS

Os dados relacionados com o desempenho dos processos podem ser observados no documento Planeamento e a Monitorização do SGQ 2019-2020. Após a apreciação dos resultados e tendo em conta o plano estratégico e o plano para o ano letivo que se segue serão definidas novas metas.

4.1 Processo de Realização

O processo de realização abrange as áreas que integram a nossa Missão: Ensino, Investigação, Internacionalização e Mobilidade, Relações com a Comunidade e Investigação.

4.1.1 Área de análise – Ensino

A ESESJC possui diferentes procedimentos e instrumentos que permitem monitorizar, avaliar e melhorar os processos e resultados do ensino e da aprendizagem. Anualmente é feita revisão de alguns desses instrumentos pelas diferentes coordenações de cursos, gabinetes e serviços, acompanhados e validados pelo Gabinete da Qualidade objetivando a melhor resposta às necessidades de rigor do ensino instituído.

A informação recolhida, junto dos diferentes intervenientes, sobre o processo ensino-aprendizagem, através dos inquéritos de satisfação, é utilizada para a identificação de boas práticas, das fragilidades e para a definição de ações de melhoria. Foram desenvolvidas reuniões com os estudantes, delegados de turma e com os docentes das diferentes UCs e Cursos, de forma a desenvolver planos de melhoria que respondam às necessidades dos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

Subárea – Oferta Formativa

A ESESJC continua a desenvolver esforços no sentido do aumento da oferta formativa, adequando-a às necessidades dos estudantes e de cuidados de Enfermagem da Região Autónoma da Madeira e do País. Desenvolvem-se algumas parcerias que permitem diversificar cada vez mais a oferta formativa e potenciar as respostas aos cidadãos que nos procuram.

Assim durante o ano letivo 2019/2020 funcionaram 7 cursos (acima do previsto), 1 de Licenciatura em Enfermagem (4 turmas), 2 de Pós-licenciatura de Especialização, 1 Mestrado em Enfermagem, 2 Pós-graduações e 1 Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP). Funcionaram ainda 2 cursos de Formação Profissional.

Subárea – Qualificação da Procura

Os dados da qualificação da procura dizem respeito às vagas e candidaturas referentes ao ano letivo 2019/2020. Inclui dados relativos ao número de candidatos por curso e número de vagas, número de candidatos colocados, classificações de ingresso, grau de mobilidade dos estudantes (mudanças de curso e transferências) e o regime especial.

No que se refere ao indicador “Candidatos/vagas/admitidos” é de salientar que:

O número de candidatos do CLE mostrou-se acima do previsto e encontra-se em aumento progressivo em relação aos anos anteriores.

O número de estudantes inscritos nas UCs isoladas do CLE mostrou-se abaixo do esperado (8 para uma meta de 12) e não houve candidatos para as UCs isoladas nos outros cursos.

Em relação às vagas do CLE para regime especial, estas foram todas preenchidas com um número grande de candidatos (26) comparativamente com o número de candidatos dos anos anteriores.

Subárea – Estudantes

Em relação ao indicador “Classificação de Ingresso” é de salientar que no CLE a classificação mínima de ingresso foi de 121,8 pontos, a Classificação média de 137,8 pontos e a classificação do primeiro colocado no CLE foi de 166,0 pontos, dentro do estimado. Como a meta do primeiro colocado aumentou (170) o primeiro colocado ficou ligeiramente abaixo.

Durante o ano letivo 2019/2020, todos os estudantes eram provenientes de Portugal. No CLE 76,5% eram do sexo feminino e 23,5% do sexo masculino. No CTeSP a percentagem de estudantes do sexo feminino foi superior (88,2). Nos Mestrados temos o sexo Feminino com 79,4% e o masculino com 20,6%.

No CLE 9,60 % e no CTeSP 35% tinham direitos especiais e todos eram estudantes trabalhadores.

Subárea – Organização do Ensino

O processo utilizado para a monitorização, avaliação e melhoria do Ensino e Aprendizagem da ESESJC, tal como a organização das unidades curriculares e o desempenho dos docentes, envolve estudantes e docentes, assim como o Coordenador de Curso e o Conselho Pedagógico. Fazem parte deste processo o *Inquérito ao Aluno*, o *Relatório do Delegado*, o *Relatório do Docente*, o *Relatório do Regente* e o *Relatório do Coordenador de Curso*.

Com efeito, as unidades curriculares ministradas nos Cursos lecionados na instituição foram objeto de avaliação pelos estudantes, através dos inquéritos pedagógicos anónimos (Portal da Escola), após a conclusão da lecionação das diferentes unidades curriculares. Os resultados estatísticos e da análise de conteúdo das respostas abertas dos inquéritos, encontram-se nos relatórios dos Coordenadores dos Cursos e são um suporte importante no planeamento da melhoria contínua do processo de ensino aprendizagem. Após a análise dos resultados obtidos o Regente da Unidade Curricular, o Coordenador de Curso e o Conselho Pedagógico traçam os respetivos planos de melhoria para o ano letivo seguinte. O Conselho Pedagógico identifica as boas práticas, dá orientações para os pontos a melhorar e projeta metas específicas.

Os dados da avaliação do funcionamento das UCs podem ser observados mais em pormenor nos relatórios dos respetivos cursos.

O relatório anual do Conselho Pedagógico mostra a análise dos indicadores que dizem respeito ao processo de Ensino Aprendizagem. Neste relatório está também expressa a análise das atividades desenvolvidas por este conselho, entre as quais, se salientam os pareceres e as orientações sobre o percurso académico dos estudantes tanto do Curso Técnico Superior Profissional como do Curso de Licenciatura em Enfermagem, e os pareceres sobre a reformulação de alguns Regulamentos Institucionais.

No âmbito das funções que lhe estão atribuídas, este órgão tem mostrado a sua atenção aos aspetos relacionados com a organização do ensino e ao cumprimento dos programas curriculares, com o contínuo ajuste das metodologias de ensino aprendizagem, visando a consecução dos objetivos individuais do estudante e a aquisição de competências na área de abrangência dos cursos. Em suma, faz a análise do ensino ministrado nos diferentes cursos, identifica boas práticas e traça planos de melhoria.

Nesta área surgiram novos indicadores relacionados com a carga de trabalho dos estudantes cujos resultados, principalmente a nível do CLE, mostraram valores muito baixos que podem não ser imagem refletida da realidade. Todos os indicadores desta área são obtidos através das respostas aos inquéritos. Durante o ano de 2020, dada a situação pandémica e a necessidade de

confinamento, as UCs não funcionaram nos tempos considerados normais do calendário académico havendo necessidade de adiar ou antecipar algumas UCs e isso provocou, em termos dos inquéritos e da programação informática, alguns transtornos. Assim os inquéritos de satisfação, para as UCs que aconteceram fora de época, foram preteridos ao funcionamento da lecionação e avaliação.

A avaliação da satisfação dos colaboradores em relação à organização do Ensino, nos cursos de Licenciatura e Técnico Superior Profissional, foi conseguida tendo os resultados sido entre 2,3 e 3 numa escala do 0 a 3, muito bom a Excelente.

Subárea – Satisfação e Eficiência Formativa

Nesta subárea incluem-se os seguintes indicadores: taxa de sucesso escolar; taxa de abandono e eficiência formativa.

- A taxa de sucesso ronda os 100% para os cursos de Mestrado, com médias que rondam os 17 valores.
- No CLE a taxa de sucesso esteve nos 99% com uma média de conclusão que ronda os 16 valores, dentro do estimado.
- Não foi possível determinar a taxa de sucesso dos Mestrados dadas as características especiais de conclusão do curso.
- Em relação à taxa de abandono, só se manifestou no CLE com 7 estudantes os quais justificaram motivos pessoais. Nos motivos pessoais conhecidos, existem mudanças de curso e de instituição e transferências.

Os estudantes do CLE levaram, em média, 4,1 anos a concluir o curso, o que é considerado muito bom e o grau de satisfação dos diplomados em relação a adequação da formação ao contexto de trabalho foi de 2,7 (escala de 0-3). Nos cursos de Especialização e Mestrado o grau de satisfação dos pós-graduados em relação a adequação da formação ao contexto de trabalho foi entre 2,3 e 2,6 numa escala de 0 a 3.

A apreciação global da Entidade Empregadora surge como um indicador a avaliar de dois em dois anos, sendo que deverá ser avaliado no próximo ano letivo.

Subárea – Inserção profissional dos Graduados

Nesta subárea incluem-se indicadores relacionados com o grau de empregabilidade, apoio aos diplomados e remuneração. O Gabinete do Observatório tem à sua responsabilidade esta área, tanto na promoção das atividades que lhe são inerentes como os resultados dos indicadores.

Estes indicadores mostram-nos:

- A percentagem de diplomados que obtiveram emprego em setores de atividade relacionados com a área dos ciclos de estudos foi de 100%. Podemos afirmar que todos os estudantes dos cursos de Mestrado e Especialidades tinham emprego no Serviço Regional de Saúde e mantiveram o mesmo após a conclusão do curso.

- A taxa de empregabilidade no total dos diplomados em 2019/2020 no CLE foi de 100%. Todos os diplomados estão a trabalhar na sua área de formação. O tempo médio até o primeiro emprego foi de 3 meses. Prosseguiram estudos 33,3% dos diplomados do CTeSP.

- No que concerne o indicador “Apoio aos diplomados” foram desenvolvidas pela ESESJC, através do Gabinete do Observatório, orientações pontuais, apoios individuais e por email.

Em relação à remuneração, todos os diplomados recebem valores superiores a 800 euros. Dado que as condições de emprego foram melhorando, deixando, aparentemente, de haver trabalho precário, propõe-se alteração do valor do indicador.

No que concerne a atividade do Observatório, este tem desenvolvido, de acordo com os seus objetivos, o apoio aos estudantes na procura do primeiro emprego, assim como tem monitorizado a satisfação dos diplomados em relação à formação recebida e, ainda, por parte dos empregadores, a satisfação no que respeita na resposta às necessidades inerentes às atividades que desenvolvem.

O Observatório recebeu várias ofertas de emprego de entidades empregadoras como: “Atalaia Living Care”; Lar de Idosos do Hospício; Lar D. Olga de Brito, e fez divulgação junto dos estudantes finalistas.

A equipa do Observatório participou no Fórum académico intitulado “Licenciados em Enfermagem, um recurso para a saúde do mundo!”, promovido pela Coordenação de Curso de Licenciatura que decorreu online. O Fórum reuniu finalistas de sete instituições de ensino superior: Universidade da Madeira, Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Universidade dos Açores, Universidade Católica de Valência, Universidade Católica de Lisboa e a nossa escola. Teve como finalidade proporcionar o debate sobre os desafios que hoje se colocam aos recém-licenciados em enfermagem e refletir sobre as implicações para o futuro desempenho profissional.

Subárea – Apoio ao Estudante

Esta subárea engloba indicadores relativos às bolsas de estudo, empréstimos, apoio na saúde, apoio na aprendizagem e alojamento. Salientamos, nesta subárea de análise, dado o seu carácter imprevisível de dados, e, por isso, a maior parte das metas não se encontram definidas.

- Como é habitual, as reuniões de esclarecimento sobre as bolsas de estudo acontecem de forma geral e individualmente com cada um dos candidatos, respondendo assim às necessidades de esclarecimento de cada estudante. Aconteceram 87 reuniões. Alguns estudantes apresentaram a sua candidatura sem necessidade de apoio ou orientação.

- Beneficiaram de Bolsa de Estudos 42,4% de estudantes do CLE, 23,5% dos estudantes do CTesP, 14,3% dos estudantes do CMEMC. Realça-se que os estudantes do CLE beneficiam de uma propina reduzida pelo apoio do Contrato Programa com o Governo da RAM e que os estudantes do CTesP beneficiam de uma redução de propina proporcionada pelo apoio do Fundo Social Europeu.

- O valor anual médio da bolsa foi de 1523,61€.

No que se refere aos indicadores apresentados, constatamos que houve um aumento considerável no número de beneficiários de bolsa em todos os cursos, por outro lado o valor médio da bolsa diminuiu ligeiramente.

- Foram beneficiários de empréstimo 1,58% dos estudantes.

- Houve duas reuniões com uma entidade promotora de empréstimo, que aconteceram no início do ano letivo, e esta mesma entidade desenvolveu durante um dia esclarecimento e apoio individual aos estudantes interessados.

Dada a situação pandémica o Gabinete do Estudante Cluny (Gaecluny), não tendo tido possibilidade de contacto direto com os estudantes, durante o período de confinamento, atuou à distância, via online. Tentando apoiar na gestão das situações vivenciadas pelos estudantes procurando ser um elemento de suporte/segurança.

No que respeita ao apoio na saúde o GaeCluny reuniu 2 vezes, com cada uma das diferentes turmas de estudantes do Curso de Licenciatura, possibilitando e desenvolvendo dinâmicas de grupo no sentido de contribuir para a Promoção da Saúde e prevenção da Doença, com enfoque na situação vivenciada de grande stress e ansiedade.

Durante este período, foram seguidos por este gabinete dois estudantes, que apresentaram problemas resultantes da situação de confinamento desencadeado pelo SARS-CoV-2. Após a

devida avaliação foram referenciados para seguimento em consultas médicas e de psicologia. Outras situações foram resolvidas pontualmente e sem repercussões maiores (cerca de 20). No apoio à aprendizagem foram apoiados 49 estudantes.

Durante o ano letivo 2019/2020 não houve procura de alojamento na residência de estudantes da ESESJC.

A percentagem de estudantes alojados em residências universitárias tem se apresentado baixa (cerca de 0,42%), por um lado, devido à situação pandémica, diminuiu o número de estudantes do programa Erasmus, por outro lado, acredita-se que os estudantes, mesmo os de programa Erasmus, procurem alojamento em locais que lhes permitem um mais fácil acesso ao centro da cidade.

O eixo do voluntariado teve uma expressão baixa neste ano letivo devido ao confinamento tendo sido possível participar apenas numa recolha de alimentos em colaboração com a Cáritas diocesana, em novembro de 2019.

No Eixo Orientação académica foi disponibilizado ao longo de todo o ano letivo, o apoio nas diferentes unidades curriculares pelos estudantes de 4º ano aos 48 estudantes do 1º ano.

De realçar também o apoio disponibilizado pelos docentes, regentes e coordenador de curso, através de atendimento programado e não programado, de acordo com as necessidades.

4.1.2 Área de análise – Investigação

Durante o ano 2020, o Gabinete de Investigação, com grande apoio do CTC, desenvolveu uma reorganização nos processos ligados à Investigação e Desenvolvimento com foco na política definida para a Investigação, dando assim continuidade às atividades necessárias a este nível.

A atividade de investigação é monitorizada através da análise às atas, descrita no Relatório do CTC 19/20. No sentido de dar resposta ao Dec-Lei nº 63/19 e às recomendações da A3ES no que respeita ao referencial 6 – Investigação e Desenvolvimento, o CTC efetuou uma revisão das linhas de investigação, regulamento e indicadores de produção científica, nomeou nova equipa coordenadora do GIDeC, reviu e reorganizou os circuitos de monitorização dos projetos de investigação em desenvolvimento e criou uma ficha de projeto de investigação (Form 226), com base na qual é executado o registo no documento *Monitorização dos Projetos institucionais – Investigação* (Form 227). Os projetos de investigação de doutoramento passaram a ser registados no GIDeC. O circuito dos projetos de investigação institucionais está descrito no PGQ 21 – Projetos de Investigação. A equipa coordenadora do GIDeC analisa os

Projetos promovidos pela ESESJC quanto à pertinência, rigor e enquadramento nas linhas de investigação e assegura a promoção da ciência aberta.

Para a capacitação na elaboração de candidaturas, duas docentes frequentaram uma formação da União Europeia e integram uma equipa de investigadores do Forward – Fostering Research Fostering Research Excellence in EU Outermost Regions (Thematic Working Group1 - Health, Applied Medical Technologies, Diagnosis and Therapies), que tem como missão elaborar candidaturas a financiamento de projetos de investigação envolvendo parceiros das RUP da UE. Esta candidatura será apoiada pelo GIDeC através de serviços de consultadoria.

Subárea – Organização e Nível de Atividade

Nesta subárea alguns indicadores foram reformulados pela necessidade de melhor mostrar a realidade vivida.

Neste ponto, os indicadores em análise são: Envolvimento dos docentes, projetos em desenvolvimento, parcerias institucionais, orientação de trabalhos científicos, planeamento e organização e docentes em Unidades de ID e Docentes em doutoramento.

O envolvimento dos docentes na investigação representa cerca de 8,7% das horas de dedicação à instituição. São 14 os projetos onde estão envolvidos docentes da ESESJC e 13 são os projetos coordenados por investigadores da ESESJC. 5 projetos envolvem estudantes do 1º ciclo e 1 projeto envolve estudantes de uma pós-graduação.

Quanto às parcerias institucionais para o desenvolvimento de investigação, durante o ano letivo 2019/20 estavam ativas 19 parcerias com instituições a nível nacional e internacional.

No que respeita a orientação de trabalhos científicos, os docentes da ESESJC, a tempo integral, estiveram envolvidos na orientação de 18 relatórios de estágios/ teses de mestrado ou doutoramento. A maioria das provas foram relativas ao Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica e de Enfermagem de Reabilitação. Contabilizou-se um total de 36 participações de docentes em júris de provas públicas, para obtenção de graus académicos, a maioria delas no papel de orientador ou de presidente.

No ano letivo 2019-2020 os Docentes da carreira em Unidades de ID foram cerca de 40%.

Todos os docentes de carreira, doutores e especialistas integram o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem Cluny (GIDeC) por via dos seus estudos e lecionação.

No ano letivo em apreço, 5 docentes frequentaram o doutoramento

Subárea – Produção e Divulgação Científica

Na produção e divulgação científica foram tidos em atenção os seguintes indicadores: teses de doutoramento, prémios e distinções e divulgação.

No que respeita à subárea produção e divulgação científica, podemos verificar que durante este ano letivo dois docentes concluíram o seu doutoramento. Foram obtidos três prémios num evento científico, e registou-se um total de 8 publicações, entre os quais 5 artigos em revistas internacionais com peer-review. Aconteceram 4 Comunicações em eventos nacionais e 3 em eventos internacionais.

4.1.3 Área de análise - Interação com a Sociedade

Inclui-se neste ponto, o trabalho desenvolvido na Comunidade e para a própria Comunidade. O Gabinete da Comunidade tem como missão cooperar com a população, numa perspetiva de valorização recíproca. Está organizado em quatro áreas de atuação: Protocolos e Parcerias, Projetos em extensão, Prestação de Serviços Formativos e Divulgação da Escola e da oferta formativa. Ainda nesta área de análise, estão os protocolos com Instituições de saúde que desenvolvem colaboração a nível dos processos de ensino aprendizagem e as entidades empregadoras dos nossos formados.

A criação de um documento de registo dos projetos institucionais relacionados com a Comunidade veio reunir dados informativos e proporcionar um melhor controlo e monitorização das atividades e avaliação da satisfação dos parceiros.

Subárea – Ação Institucional no meio exterior

A ação institucional no meio exterior mostra-se nos projetos e atividades em extensão que a ESESJC esteve envolvida durante o ano letivo 2019/2020. No entanto neste ano letivo para além dos projetos em curso, o gabinete da comunidade e gabinete do estudante delinearão no site e nas redes sociais informação referente ao contexto vivenciado (pandemia do covid- 19) no sentido da promoção da saúde dos seus estudantes, de toda a comunidade académica, mas também, da comunidade em geral.

No que respeita aos projetos em desenvolvimento houve necessidade de um abrandamento da intervenção, uma vez que todas as instituições parceiras, suspenderam as suas atividades inclusive a ESESJC. Mesmo assim, manteve-se o compromisso com os 3 grandes projetos

desenvolvidos na Comunidade, no entanto a maior parte das atividades não se desenvolveram. São projetos que envolvem parcerias comunitárias, como por exemplo, a parceria com a Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (UCAD). Esta parceria tem um forte envolvimento e grande expressividade na comunidade. Este projeto tem dado também contributos para a Investigação e tem sido identificado como uma boa prática, na área da Responsabilidade Social.

O projeto “CLUNY pela Promoção da Saúde no Contexto Desportivo” e o projeto “Promoção da Saúde na Comunidade” viram as suas atividades maioritariamente canceladas.

Em nenhum dos projetos foi possível, durante o ano letivo em apreço, verificar o nível de satisfação dos participantes nem o nível de satisfação das entidades parceiras.

Outras parcerias com instituições de saúde públicas e privadas, empresas, instituições de solidariedade social, etc., com destaque para o trabalho com a Associação de Desenvolvimento da Ribeira Brava e com a Santa Casa da Misericórdia da Calheta, foram mantidas e alimentadas com reuniões online, mas sem desenvolvimento de atividades, ficando as mesmas adiadas para o ano letivo seguinte.

Em suma, no domínio da Ação Institucional no meio exterior houve contactos físicos bastante diminuídos, sendo estes substituídos por contactos por vídeo conferência suportados pela plataforma Zoom possibilitando reuniões, organização e participação em conferências, seminários e fóruns.

4.1.4 Área de análise - Internacionalização e Mobilidade

Subárea – Internacionalização e Mobilidade

Este item inclui os dados relacionados com as relações institucionais internacionais, projetos de ensino internacionais, projetos de investigação e desenvolvimento internacionais, mobilidade de estudantes, mobilidade de docentes e não docentes.

São 16 os protocolos de âmbito internacional a nível do programa Erasmus+ e o número de estudantes do CLE, candidatos a subvenções para programas de mobilidade no estrangeiro foram 13 e 9 foram subvencionados para estes programas, representando cerca de 7,2% de estudantes. A satisfação do apoio recebido tanto no outgoing como no incoming foi de 91%.

Não houve estudantes de licenciatura nem de mestrado a fazer estágios a nível nacional dadas as restrições nas unidades hospitalares devido á pandemia Covid 19. A nível dos docentes 2 saíram em mobilidade no início da pandemia, mas não tendo havido saída de não docentes. A ESESJC recebeu apenas 2 estudantes estrangeiros no programa de mobilidade, mas não tivemos visitas de docentes nem de não docentes.

A avaliação feita pela Agência Nacional, no ano letivo 2019-2020 foi de 86%, o que nos satisfaz grandemente dado que esta classificação tem estado acima da meta estipulada.

Relativamente à Internacionalização na vertente da Investigação, salienta-se o estudo StudentsONquarentine, iniciado em março de 2020, coordenado por uma professora da ESESJC e que envolve a participação da Universidade Católica de Valência. A partir deste estudo, foi possível a publicação de um artigo na revista ROL (vol. 43/nº9 Sep. 2020: <https://e-rol.es/>) e aguarda-se a resposta a propostas para publicação de outros artigos noutros periódicos.

4.2 Processo de Suporte

4.2.1 Área de Análise - Recursos Humanos

Esta área analisa os indicadores sobre: formação académica, funcionário não docente/docente, estudante/ não docente e formação de pessoal não docente.

Subárea - Pessoal Docente

No ano letivo de 2019/2020 a ESESJC contou com 16 docentes a tempo integral, sendo que um deles exerceu funções de Presidente do Conselho de Direção, embora com atividades de serviço docente. Um dos membros do Conselho de Direção que se encontrava a colaborar em tempo parcial (a 60%) passou a colaborar a tempo integral (100%).

A ESESJC ao longo deste ano letivo aumentou o número de docentes com doutoramento passando a 7 Doutores e 12 especialistas do Ensino Superior, na área de enfermagem.

Quanto aos docentes a tempo parcial, a instituição contou com a colaboração de 48 peritos nas diferentes áreas dos cursos ministrados. Desses colaboradores, 7 possuíam grau de doutor e 4 o título de especialista da carreira do ensino superior, correspondendo a 14,58% e 8,33%, respetivamente.

No que respeita ao índice de envelhecimento, dos 16 docentes internos da instituição, no ano letivo 2019/2020, dois apresentam idade igual ou inferior a 39 anos e onze docentes a idade igual ou superior a 50 anos. Assim podemos afirmar que o grupo docente ostenta um índice de envelhecimento¹ de 550. Comparando com o ano anterior este índice voltou a descer à custa da entrada de um docente com idade inferior a 40 anos. No entanto olhando a meta definida (200) e preconizada para a atividade desenvolvida, considera-se ainda um índice alto.

Quanto aos rácios Estudantes/Docentes verificamos que se encontram dentro da meta. No que respeita aos docentes sejam eles doutores ou especialistas, acontece o mesmo cumprindo assim os rácios aconselhados.

Analisando o indicador sobre a percentagem de docentes que frequentou ações de formação, no total dos docentes (16), 11 frequentaram pelo menos uma ação de formação (incluindo congressos, conferências e seminários), correspondendo a um resultado de 68,8%, inferior à meta definida (100%). Note-se que nesta análise não se contabilizou os números de dias para dispensa no âmbito da elaboração da tese de doutoramento. Embora não existam registos nem para os dias dedicados ao Doutoramento nem das apresentações entre docentes sobre as experiências desenvolvidas, tanto as dispensas como a partilha de experiências aconteceram de forma informal sempre que necessário e quando houve oportunidade. O facto de estarmos uma grande parte do tempo confinados, devido à pandemia, impossibilitou algumas formações planeadas ou mesmo o registo do que foi possível fazer online.

Subárea – Pessoal não Docente

No que concerne a subárea Pessoal não Docente, a instituição contou com um total de 12 funcionários, número com o qual se apuraram os indicadores desta área.

A instituição contou ainda com beneficiários no Programa de Desemprego, do Instituto de Emprego da Madeira, uma funcionária para Higiene e Limpeza e uma funcionária Auxiliar de Apoio Administrativo. Manteve-se o Estágio Profissional de um Técnico Superior de Gestão, que teve início a 01/07/2019 terminando a 31/03/2020, inserido no programa PROJOVEM.

A percentagem de funcionários não docentes com formação superior tem vindo a aumentar ao longo dos anos mostrando-se, neste momento, com uma percentagem de 41,7%, superior à meta.

O rácio entre funcionários não docentes e docentes passou a ser de 0,75, abaixo da meta preconizada. Ao analisarmos a relação entre funcionários de apoio técnico administrativo

(assistentes técnicos e técnicos superiores) e funcionários docentes, verifica-se que essa apresenta-se dentro da meta, 0,5.

Quando analisamos a relação entre estudantes e funcionários não docentes, o rácio é de aproximadamente 21, sendo superior à meta estabelecida (15).

Ao longo do ano letivo, dos 12 funcionários não docentes, todos (100%) frequentaram pelo menos uma ação de formação. Ocorreu uma formação interna promovida pela instituição.

4.2.2 Área de Análise - Recursos materiais e financeiros

A instituição tem-se empenhado no desenvolvimento de mecanismos que lhe permitam planear, gerir e melhorar os serviços e recursos materiais, com vista ao desenvolvimento adequado das aprendizagens dos estudantes e demais atividades científico-pedagógicas, assim como desenvolver formas de adquirir receita que torne viável a progressão da instituição.

Subárea - Infraestruturas, Recursos Materiais e Sistemas de informação

Esta subárea inclui os indicadores relacionados com as instalações, equipamento informático, acervo documental, utilização do LAE, acessibilidade às TIC e internet, visibilidade do Portal Público, relação com fornecedores, grau de satisfação em relação ao ambiente físico.

Em 2018 a ESESJC renovou algum do seu equipamento informático, adquirindo projetores e computadores destinados aos serviços académicos e gabinetes. Em 2019/2020 não houve necessidade de aquisição de equipamento, procedendo-se apenas à manutenção dos equipamentos existentes.

Para o Laboratório Avançado de Enfermagem foi repostado algum equipamento dando resposta às primeiras necessidades, de forma a promover as condições para um eficiente e eficaz treino e desenvolvimento de competências em cenários de simulação. Prevê-se a reforma de algum equipamento acometido pelo desgaste associado ao uso e ao tempo de vida.

Dos indicadores em análise destaca-se o acervo documental que mantém todos os dados do ano anterior. O número de registo dos livros está a ser confirmado e isso só vai ser possível com a revisão dos registos mais antigos aplicando-os no Form. 83A.

Outro dos indicadores é o nível de satisfação dos estudantes em relação às instalações do LAE e o nível de satisfação dos docentes relativamente ao LAE que apresentam valores de 2.2 e 2.4 respetivamente, numa escala de 0 a 3, dados que se mostram acima da meta (2). Realçamos que em relação aos simuladores, a satisfação dos docentes melhorou substancialmente, e isto deveu-

se à substituição de algum equipamento e simuladores que se encontravam em condições de envelhecimento que causavam algum desconforto no desenvolvimento das práticas em laboratório

Em relação ao indicador Acessibilidade às TIC e Internet, evidencia-se uma satisfação, em relação ao portal corporativo de 2.2 para os docentes e abaixo da meta para os utilizadores não docentes e estudantes, 1.3 e 1.6 respetivamente, numa escala de 0-3 onde a meta foi o 2. Esta insatisfação deve-se a algumas incapacidades do portal estando previstas atualizações e melhoramentos para breve.

100% de área física da ESESJC mantém acesso wireless à Net. Os dados relativos ao Site Institucional e aos seus visitantes, podemos dizer que ultrapassamos a meta (5000) com uma média de 6494 visitantes por mês, com uma média diária de 216 visitantes. No que concerne a distribuição geográfica dos visitantes, 91,38% são provenientes de Portugal, seguido pelos Estados Unidos (1,69%), Espanha (0,85%), Brasil (0,83), Reino Unido (0,77%), Coréia do Sul (0,63%). Para além da análise às médias de utilizadores que acedem ao site, um dado muito relevante é extraído do Google Analytics: a taxa de rejeições. Esta taxa oscilou entre os 99,03% (Coreia do Sul) e os 44,34% (Turquia) o que significa que mais de metade dos utilizadores não interage com a página inicial (Portugal tem uma taxa de 66,78%). Ou seja, recebe a informação pretendida já nesta página ou perde o interesse, acabando por sair do site da ESESJC. Na página inicial não são colocadas informações detalhadas, apenas termos-chave para incentivar a sua navegação, por isso acredita-se que seja esta a razão. Está a ser preparada uma modernização e melhoramento na imagem do Site institucional no início 2021, sendo uma proposta da equipa do GCI, como ação de melhoria, criar estratégias que permitam a captação de utilizadores e motivação de interação com o site.

Em relação aos fornecedores, podemos dizer que apenas 2 foram avaliados dado o volume de negócios e faturação superior a 10 mil euros. Assim tanto a empresa de informática, Informar, como a empresa de Eletricidade da Madeira, tiveram uma avaliação de Muito Bom. Numa escala de 0 a 3 a avaliação geral foi de 2,92.

No que concerne o indicador grau de satisfação em relação ao ambiente físico, destaca-se que o Grau de satisfação dos estudantes em relação ao ambiente escolar mantém o 1.8. Por outro lado, o Grau de satisfação dos funcionários não docentes em relação ao ambiente e condições de trabalho aumentou ligeiramente para 1.5 numa escala de 0 a 3. Depreende-se que o nível de

satisfação demonstrado está diretamente relacionado, não com o ambiente físico, mas com o ambiente emocional.

Quanto ao Grau de satisfação dos docentes, internos em relação ao ambiente e condições de trabalho mostrou-se acima da meta 2.3. Não foi possível avaliar o grau de satisfação dos docentes em regime parcial.

Subárea - Recursos Financeiros

A subárea inclui indicadores relacionados com: despesas, fontes de financiamento e custos unitários. Relativamente às despesas com o pessoal e investigação, os gastos desceram ligeiramente com uma diferença em relação ao ano transato 0,97%. A despesa com a aquisição de bens desceu um pouco, notando-se uma certa contenção, no entanto a despesa com a aquisição de serviços voltou a subir essencialmente a nível do serviço docente requisitado dado o aumento do número de cursos.

Os investimentos tiveram uma expressão positiva. Quanto às receitas o contrato programa com a Secretaria Regional da Saúde aumentou em 4,38%, e o financiamento através das propinas teve um aumento de 3,2%.

Podemos afirmar que a ESESJC apresenta sustentabilidade assente, basicamente, em dois fatores: o valor do contrato programa com o Governo Regional, através da Secretaria Regional da Saúde e o aumento de receitas próprias.

A ESESJC prevê para o próximo ano letivo: o aumento da oferta formativa, estando em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria do Porto a candidatar novos Mestrados e a preparar novas Pós-Graduações.

4.3 Processo de Gestão e Melhoria

4.3.1- Área de Análise - Sistema da Qualidade

Subárea - Sistema da Qualidade

Nesta subárea, incluem-se os seguintes indicadores: grau de institucionalização do SIGQ; grau de participação dos agentes internos; grau de participação dos agentes externos; acompanhamento externo; grau de resposta às ações de melhoria contínua.

No que se refere ao grau de desenvolvimento do SIGQ, expresso na explicitação de uma estratégia para a qualidade que promova a avaliação sistemática e consequente de todas as

atividades e agentes, podemos afirmar que se encontra maioritariamente no nível substancial. No entanto, a abrangência e eficácia dos procedimentos e estruturas de garantia da qualidade da Investigação assim como dos projetos na Comunidade continua a merecer uma atenção especial no sentido de permitir um desenvolvimento eficaz dos processos que lhe estão inerentes. Reorganizaram-se estas duas áreas em termos de equipas e regulamentação com especial atenção para a Investigação, construíram-se instrumentos de apoio à monitorização e avaliação das atividades, e proporcionou-se maior visibilidade ao desenvolvimento dos projetos.

A participação das partes interessadas (internas e externas) nos processos de garantia da qualidade, continua a necessitar de maior visibilidade, principalmente no que respeita ao envolvimento da participação dos colaboradores externos. A participação dos colaboradores internos é avançada, mas a baixa adesão às respostas aos inquéritos pelos nossos colaboradores externos mantém-se, contribuindo assim para os resultados obtidos. Cada ano que passa espera-se um melhor resultado, mudaram-se as estratégias de envolvimento e de colheita de informação e não se obteve maior adesão. No entanto, a participação dos colaboradores externos em fóruns, promovidos pela ESESJC, relacionados com o emprego e necessidades formativas dos enfermeiros, tem se mostrado positiva.

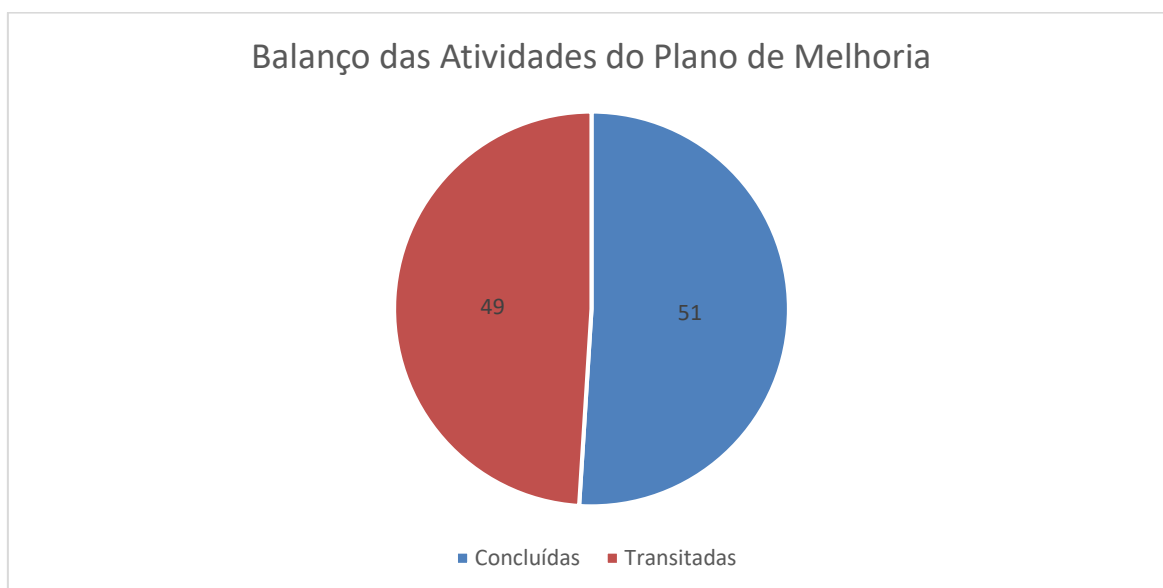
Assim, no seu conjunto, o Grau de participação de acompanhamento e aconselhamento foi considerado a nível substancial, mostrando uma evolução positiva no sentido da melhoria continua. Todos os contributos são positivos especialmente os que resultam das auditorias externas da A3ES, do Instituto para a Qualificação IP-RAM e do Fundo Social Europeu. Também, a colaboração de um auditor externo no apoio às auditorias internas tem sido de especial importância, principalmente nas auditorias ao funcionamento do Gabinete da Qualidade, permitindo assim uma avaliação e apreciação mais rigorosas.

4.3.2 Estado das ações Desenvolvidas

O arquivo e monitorização dos planos de melhoria e os registos das ocorrências têm-se processado de forma assídua e dinâmica, mostrando o processo de melhoria continua em todos os gabinetes e serviços institucionais.

O registo da monitorização das ações é feito individualmente por cada serviço, gabinete ou órgão, supervisionado pelo Gabinete da Qualidade, que faz a análise final, o balanço das ações desenvolvidas e os aspetos para melhoria concretizados.

Gráfico 1 - Estado dos Aspetos Identificados para Melhoria em 2019/2020



No que respeita ao Grau de resposta às ações de melhoria da instituição, podemos verificar que, dos 80 aspetos identificados para melhoria, 51% foram concretizados e os outros 49% transitaram para o ano seguinte. Dos aspetos para melhoria que transitaram é importante referir que alguns têm atividades em desenvolvimento e concretizadas, mas não o suficiente para atingir o objetivo ou a concretização total do aspeto assinalado.

Dos 39 aspetos que transitaram, apenas 5 têm alguma atividade em curso ou estão concluídos parcialmente. Estes resultados mostram-nos que existe uma percentagem de aspetos identificados para melhoria que não foi concretizada e mesmo iniciada a sua concretização. As estratégias e as ações de melhoria definidas, assim como os prazos estipulados, deverão ser repensados no sentido de que os objetivos traçados sejam concretizados

A submissão das ocorrências continua a ser feita no *Alfresco*, assim como o seu registo e monitorização, ficando arquivadas na pasta de registos “Gestão e Melhoria Contínua”. As ocorrências resultantes das auditorias internas e externas são diretamente registadas no documento Registo de Ocorrências na pasta de Registo, Gestão e Melhoria no *Afresco*. Todas as ocorrências resultantes das auditorias foram classificadas no processo de Gestão de Melhoria. De dezembro de 2019 a dezembro de 2020, foram registadas 66 ocorrências das quais 59 foram classificadas e 7 anuladas por duplicação ou por não mostrarem condições de avaliação das

mesmas. Das classificadas tiveram a seguinte distribuição: Processo de Realização 0, Processo de Suporte 4 e Processo de Gestão e Melhoria 55. Mostra-se, assim, uma alteração no perfil habitual destes registos onde o Processo de Gestão e Melhoria é predominante. Este resultado pode também estar a sofrer a influência do confinamento imposto pela pandemia Covid 19. As auditorias, embora em calendário adaptado, aconteceram segundo o planeamento. Foram registadas na sua maioria sugestões, em número de 45, e apenas 11 foram não conformidades. No quadro também se podem observar as ocorrências resolvidas (47) e as transitadas (12).

Quadro 3 - Balanço das ocorrências 2020

	Quantidade	TOTAL
Realização	0	59
Suporte	4	
Gestão e Melhoria	55	
Anuladas	7	66
Concluídas	47	
Transitadas	12	
Sugestão	45	66
Não conformidade	11	
Elogio	1	
Informação	1	
Reclamação	0	
Avaria	1	
Não aplicável	7	

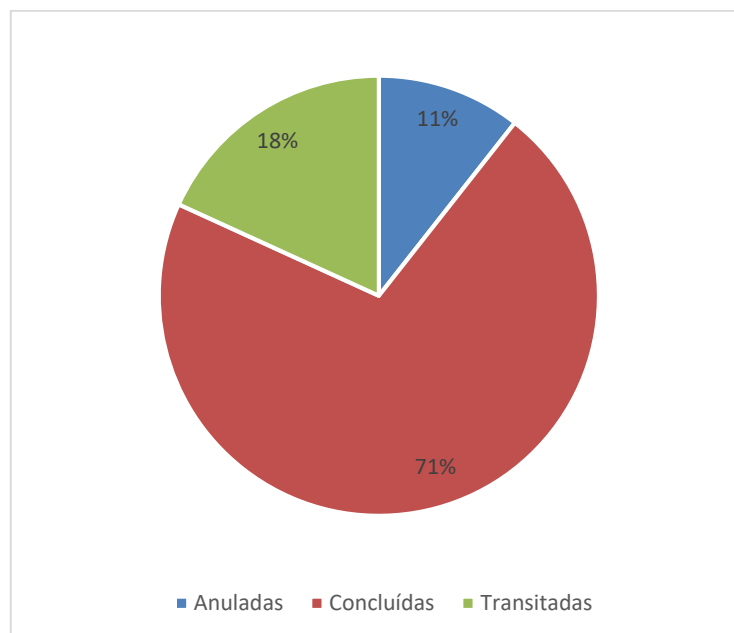
Pela observação dos gráficos podemos concluir que a maior fatia em termos de ocorrência por processo, a Gestão e Melhoria representa 93% do total das ocorrências, mostrando que as auditorias são momentos importantes para a definição dos aspetos a melhorar.

Gráfico 2 - Ocorrências por processo



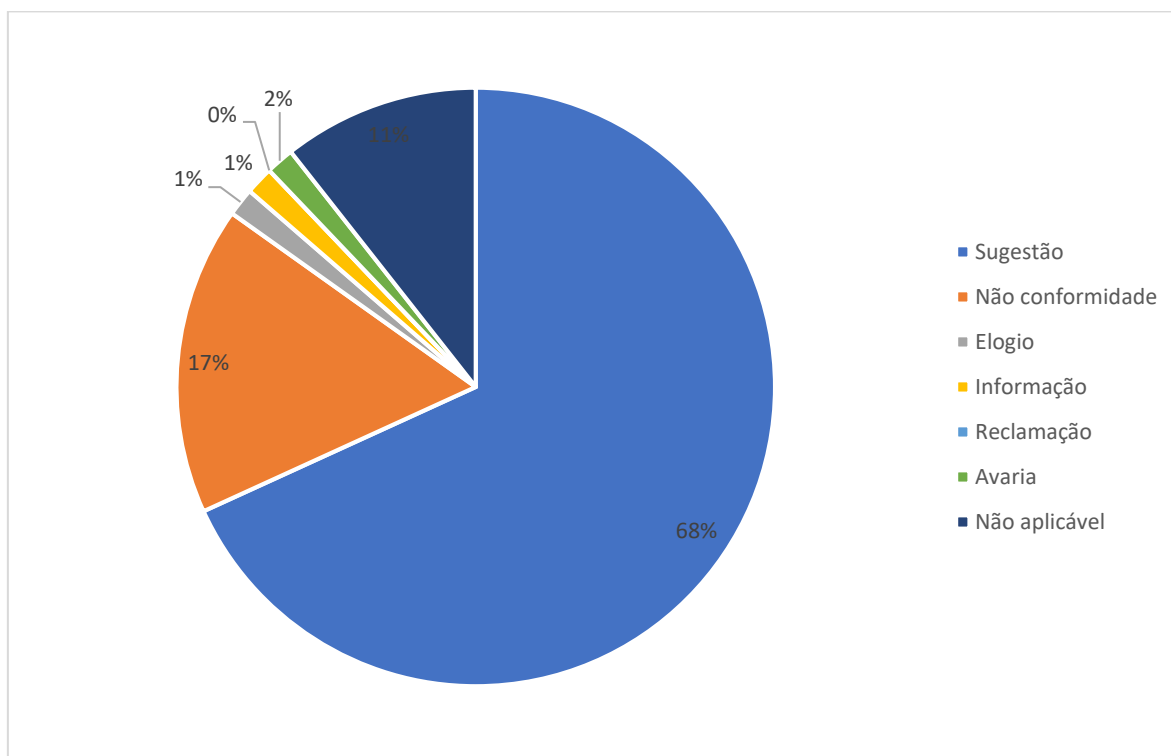
Outra análise importante a fazer prende-se, essencialmente, com o número de ocorrências transitadas, 18%, tem vindo a diminuir progressivamente. Em relação ao ano anterior cerca de metade.

Gráfico 3 – Balanço das Ocorrências



A observação do Gráfico 4 permite perceber o tipo de ocorrências que foram na sua maioria sugestões, seguido de não conformidades, tudo resultantes das auditorias.

Gráfico 4 – Balanço das Ocorrências por tipo



4.3.3 Aspetos que possam afetar o SIGQ

Prevê-se para breve a entrada em vigor dos novos estatutos e a aplicação de um novo projeto educativo. O projeto educativo na área de enfermagem tem-se intensificado com a acreditação de novos cursos de mestrado e com a certificação de especialidades e pós-graduações que permitiram um aumento da oferta formativa. No entanto, a alteração dos Estatutos, possibilitando a abertura de novos caminhos, continua a não ocorrer prendendo-se essencialmente com dificuldades temporais. A revisão de alguns documentos estruturantes continua a ser efetuada e só será possível concluir quando entrarem em funcionamento os novos estatutos. A par destas situações, que de certa forma podem afetar o SIGQ, o aumento do número de cursos a funcionar, que vêm garantir a sustentabilidade da instituição, aumenta a necessidade de recursos humanos ou obriga a uma sobrecarga de trabalho dos existentes, afetando, de certa forma, os processos institucionais de suporte e melhoria contínua. Reorganizou-se a distribuição do trabalho (tanto administrativo como docente) e passar-se-á por um período de ajuste e prováveis contratações. Assim, acreditamos, desenvolver-se-ão com melhor consistência todos os processos institucionais.

A situação pandémica impôs algumas limitações, obrigou a adaptação de procedimentos e a alterar algumas dinâmicas no sentido da progressão tanto das atividades letivas como administrativas, respeitando de forma formalizada e uniformizada o desenvolvimento dos processos. Todas as adaptações desenvolvidas foram validadas e acompanhadas pelos órgãos competentes.

4.3.4 Pontos fortes, fracos e recomendações de melhoria

Consideramos, de seguida, os pontos fortes, os pontos fracos do sistema e as melhorias que nos propomos desenvolver durante o ano 2020/2021.

As recomendações de melhoria prendem-se, essencialmente, com os resultados dos inquéritos de satisfação, com os planos de melhoria estabelecidos pelos diferentes órgãos, cursos, gabinetes e serviços, decorridos do trabalho desenvolvido durante o ano 2019/2020 e das orientações emanadas pela A3ES.

No sentido de mostrar a evolução dos pontos fortes e sugestões de melhoria identificados no balanço anterior, apresentamos, no quadro seguinte, a análise e reflexão sobre os mesmos.

Quadro 4 - Reflexão sobre a análise SWOT 2019

Consideramos como pontos fortes (2019)	Análise 2020
- Comprometimento da Direção com o SIGQ	Mantem-se como ponto forte
- Certificação do Sistema Interno da Garantia da Qualidade, por seis anos, pela A3ES	Mantem-se como ponto forte
- 8 Auditores internos credenciados	Mantem-se como ponto forte, permitindo fazer as auditorias planeadas anualmente
- Estudantes motivados na participação da garantia contínua da qualidade	Mantem-se como ponto forte
- Formação diversificada (CTeSP, Licenciatura e Mestrados)	Mantem-se a diversificação da oferta formativa na área de Enfermagem o que veio trazer maior sustentabilidade à instituição e responder às necessidades da sociedade.
- Aumento do número de parcerias para investigação.	
- Aprovação de planos de estudo de novos cursos	Permitiu diversificar a oferta formativa

Pontos fracos 2019	Análise 2020
- Alguma sobrecarga de trabalho pela acumulação de trabalho letivo e administrativo.	Mantém-se alguma sobrecarga de trabalho pelo aumento do número de cursos e saída de recursos humanos.
- Revisão de documentos progredindo de forma lenta.	Mantém-se como ponto fraco pela dificuldade em conseguir um funcionário administrativo com perfil adequado associado ao gabinete.
- Reunião de Revisão do Sistema de 2019 parcialmente realizada.	Realizou-se reunião de análise do SIGQ no início do ano apenas com o Conselho de Direção. Realizou-se a reunião a reunião geral em novembro 2020.
- Atraso na disponibilização de alguns relatórios	Embora com melhorias, mantém-se como ponto fraco.
- Ambiente emocional baixo com maior visibilidade no pessoal não docente.	A resposta aos inquéritos de satisfação mostra uma melhoria ligeira.
Aspetos identificados melhoria 2019	Análise dos aspetos identificados para melhoria
- Desenvolvimento de estratégias de envolvimento da comunidade académica da ESESJC no processo de melhoria contínua do SIGQ.	O trabalho desenvolvido foi na medida da manutenção do SIGQ dado a insuficiência de recursos. Foi feita a aquisição de um recurso humano que se encontra em integração.
- Promoção da assiduidade dos registos da atividade científica.	Alterou-se a estratégia de registo que se espera ter um resultado satisfatório.
- Promoção da assiduidade na resposta às ocorrências e planos de melhoria.	Aspeto que continua a ser trabalhado através de um acompanhamento próximo com os coordenadores de cursos, gabinetes e serviços.
- Promoção da pontualidade na entrega de relatórios anuais de avaliação.	Os resultados ainda não são os desejáveis
- Desenvolvimento de estratégias de envolvimento dos colaboradores externos e parceiros da ESESJC no processo de melhoria contínua do SIGQ.	Embora esta participação tenha alguma expressão na participação nos fóruns promovidos pela Escola, existe necessidade de promover cada vez mais esta participação.
- Promoção de uma consistente interação com parceiros internos e externos, através de processos de avaliação da satisfação dos mesmos e das respetivas parcerias.	A ser promovido em cada projeto
- Promoção de estratégias de maior envolvimento dos colaboradores internos.	Promoção continua da participação no SIGQ

Pontos fortes

- Compromisso do CD com a melhoria contínua e qualidade Institucional, através de estratégias de modernização administrativa e pedagógica, fomento da Internacionalização e suporte ao desenvolvimento Institucional.
- Forte ligação entre o Conselho de Direção e o Gabinete da Qualidade;
- Consciencialização de toda a comunidade académica sobre a importância do SIGQ;
- Envolvimento e participação dos estudantes no processo de avaliação do ensino-aprendizagem e melhoria contínua a vários níveis (existência do delegado de turma, participação na equipa da qualidade...);
- Existência de instrumentos que permitem avaliar e monitorizar o processo de ensino aprendizagem, na sua abrangência e diversidade, envolvendo os diferentes intervenientes;
- Envolvimento dos órgãos, coordenadores de curso, gabinetes e serviços com participação ativa no SIGQ (planeamento, relatório das atividades desenvolvidas e plano de melhoria anual);
- Procedimentos, instruções de trabalho e formulários que imprimem rigor, orientam e uniformizam circuitos e atividades;
- Instrumentos de monitorização funcionais (Planeamento e Monitorização do SIGQ; Monitorização de Projetos Institucionais; Registo de Ocorrências; Registo Planos de Melhoria; Registo de Auditorias ...);
- Plano de auditorias anual que abrange todos os processos e promove a melhoria contínua;
- Planeamento e Monitorização do SIGQ revelador da articulação entre a política da qualidade, os processos, áreas de análise, indicadores e objetivos, permitindo uma leitura rápida sobre o SIGQ no seu todo;
- Definição de boas práticas no recrutamento, seleção e integração de novos funcionários;
- Espírito de equipa em todos os serviços, com elevado sentido de entreajuda;
- Celeridade nas respostas nas diversas frentes;
- Funcionários administrativos em idade jovem, com formação superior, proativos e responsáveis, aliados a funcionários com maior experiência e conhecedores da história e cultura da ESESJC;
- Sistema informático Fenix e suporte documental Alfresco, os quais permitem a comunicação acessível a todos os intervenientes nos diferentes processos;
- Interação institucional com a sociedade através das redes sociais;
- Reuniões periódicas por grupos de interesse (estudantes, docentes e funcionários não docentes) de contextualização das atividades da instituição e da sua gestão;

Pontos Fracos

- Insuficiente feedback avaliativo das atividades desenvolvidas por parte dos parceiros externos;
- Lenta fluidez no circuito da informação recolhida e tratada, com influência no processo de análise do PMSIGQ que alimenta a reunião do sistema e os diferentes relatórios;
- Dificuldade em cumprir prazos de entrega dos relatórios anuais;
- Necessidade de sistematização dos procedimentos que orientem o apoio aos estudantes internacionais;
- Necessidade de revisão de alguma documentação de suporte do sistema;
- Dificuldade dos Serviços de Apoio em acompanhar a evolução tecnológica na área Pedagógica;
- Necessidade de modernização do Site externo, tornando-o mais intuitivo e esteticamente mais agradável;
- Dotação (em número) de Recursos Humanos (docentes e não docentes) pouco forte para responder aos objetivos da Instituição;
- Insuficiente procura de formações contínuas por parte dos próprios funcionários, tendo em vista a resposta à obrigatoriedade de horas de formação ao abrigo do Código do Trabalho.

Aspetos para Melhoria 2021

Os aspetos definidos para melhoria transitam do ano anterior dado que a resolução dos mesmos carece do investimento de todos e depende de forma encadeada de todos os intervenientes nos processos institucionais.

- Continuação da promoção da importância do SIGQ junto de toda a Comunidade Cluny;
- Procura de oportunidades de formação na área dos SIGQ, de forma a promover a integração de novos elementos na equipa da qualidade;
 - Continuação da revisão e a criação de documentos que permitam a orientação de atividades e a recolha, registo e monitorização de informação de forma a permitir a atuação e a avaliação do SIGQ;
 - Revisão de toda a documentação de suporte do SIGQ, incluindo o Manual da Qualidade, após a mudança dos Estatutos que se espera durante o ano 2021;
 - Manutenção da Revisão Anual do Sistema, implementando uma dinâmica centrada, essencialmente, na reflexão sobre a ação (identificação de boas práticas e de aspetos para melhoria), análise dos indicadores e definição de metas, no sentido do desenvolvimento da melhoria continua;

- Desenvolvimento de uma dinâmica de identificação e resposta às ocorrências de forma mais eficaz.
- Continuação do investimento na promoção de reuniões de preparação e avaliação das auditorias com os auditores internos com o propósito de definir, rever e avaliar objetivos;
- Promoção de auditorias internas de acompanhamento aperfeiçoando cada vez mais o cariz pedagógico;
- Aperfeiçoamento da dinâmica de registo e publicação de resultados das auditorias;
- Revisão anual do Planeamento e Monitorização do Sistema em termos de indicadores;
- Acompanhamento da decisão do CP, no que concerne a reformulação dos inquéritos de avaliação e relatórios das UC(s) e periodicidade da sua aplicação;
- Promoção de reuniões com o Conselho de Direção, Coordenadores de Curso, Gabinetes e Serviços sempre que for necessário aplicar alterações que impliquem toda a instituição, no sentido da decisão e de divulgação rápida e consistente da informação;
- Promoção de estratégias motivadoras de monitorização e atualização do registo de planos de melhoria e do registo de ocorrências;
- Promoção de estratégias motivadoras para o cumprimento de prazos de entrega de relatórios.

Funchal, 31 de março de 2021



(Coordenadora do Gabinete da Qualidade)



Programa de atividades Gabinete da Qualidade 2020

Gabinete	Mês											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Gabinete da qualidade	Programa anual de auditorias 2020 Plano de Relatórios 2020	Revisão de procedimentos	PMSIGQ Análise dos indicadores e planeamento de novos indicadores e metas para 2020	Preparação de auditorias	Reunião de equipa	Revisão de documentos	Receção de relatórios anuais		Reunião de Equipa	Análise dos resultados dos indicadores (2) (Relatórios anuais)	Reunião de equipa	Preparar Revisão do SIGQ
	Revisão dos planos de atividades órgãos, gabinetes e serviços	Revisão de documentos	Elaboração de procedimentos regulamento de Proteção de dados	Revisão de documentos	Preparação de auditorias	Auditorias Internas	Monitorização de planos de melhoria		Revisão de documentos	Reunião de Auditores	Análise dos resultados dos indicadores (2) (Relatórios anuais)	Elaboração de Plano anual de atividades do GQ
	Reunião CD – Apresentação dos resultados dos indicadores do PMSIGQ 2019	Auditoria Interna Mapa de acessos Portal Corporativo e Alfresco	Reunião de Auditores	Auditoria Internas	Revisão de documentos		Lançamento do resultado das auditorias em ocorrências		Auditoria Internas	Revisão de documentos	Preparação de auditorias	Preparação e dotação PMSIGQ 2020
	Balanço da qualidade (rascunho)	Monitorização e balanço das ocorrências 2019	Reunião de equipa		Auditorias Internas				Análise dos relatórios anuais dos gabinetes e serviços	Auditoria Externa Proteção de dados (Informar)	Revisão de documentos	Preparação do Balanço da Qualidade
	Auditoria Interna aos postos de trabalho – Consistência das passwords	Balanço dos planos de melhoria 2019	Reunião de Revisão do Sistema (1)							Auditoria Internas	Auditoria Internas	
			Balanço da qualidade (enviar CD)									
	Gestão de Ocorrências											
Lançamento dos dados do Planeamento e Monitorização												

PMSIGQ (Planeamento e Monitorização do Sistema Interno de Garantia da Qualidade)

(1) Segundo documento "Relatórios 2019"

(2) PGQ nº 10