



Escola Superior de Enfermagem  
S. Francisco das Misericórdias



**SGQ**

**Manual de Gestão da Qualidade  
MGQ.01.22**

**Lisboa  
23 de junho de 2017**

---

**Índice**

---

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>2. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO</b>	<b>4</b>
2.1. Apresentação	
2.2. Organograma	
<b>3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>	<b>5</b>
3.1. Objetivo e Âmbito	
3.2. Processos	
3.3. Interação entre Processos	
3.4. Informação Documentada	
<b>4. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO</b>	<b>8</b>
4.1. Política da Qualidade	
4.2. Planeamento e Objetivos da Qualidade	
<b>5. GESTÃO DE RECURSOS</b>	<b>11</b>
5.1. Recursos Humanos	
5.2. Funções e Responsabilidades	
5.3. Infraestruturas	
5.4. Ambiente de Trabalho	
5.5. Comunicação	
<b>6. REALIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>	<b>13</b>
6.1. Design e Desenvolvimento	
6.2. Compras	
6.3. Produção e Prestação do Serviço	
<b>7. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</b>	<b>15</b>
7.1. Satisfação de Estudantes e Colaboradores	
7.2. Monitorização e Medição	
7.3. Auditorias Internas	
7.4. Não Conformidades, Reclamações e Sugestões	
7.5. Ações Corretivas	
7.6. Análise de Dados e Melhoria Contínua	
7.7. Revisão do Sistema de Gestão da Qualidade	

## 1. Introdução

O presente Manual descreve o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM), tendo como referencial a Norma NP ISO 9001:2015, e os requisitos preconizados pela A3ES no Manual para o Processo de Auditoria – outubro de 2016.

Ao Coordenador da Qualidade nomeado pela Direção, compete representar a ESESFM em todas as questões relativas à Qualidade e coordenar as ações entre as várias áreas funcionais.

O Coordenador da Qualidade tem a responsabilidade de assegurar o bom funcionamento no que respeita à definição, implementação, manutenção e melhoria do SGQ, competindo-lhe divulgar, cumprir e fazer cumprir as disposições constantes neste Manual.

É também responsável por reportar à Direção o desempenho do SGQ. Cabe-lhe ainda assegurar a promoção da consciencialização para com os requisitos do Cliente em toda a Escola.

Participam nas atribuições conferidas ao Coordenador da Qualidade os restantes membros da Equipa da Qualidade, quando conjuntamente entendido.

Constituição da Equipa da Qualidade:

<b>Colaborador</b>	<b>Função</b>
<b>Alice Teixeira</b>	Administrativa
<b>Antonieta Serra</b>	Secretária de Direção
<b>Asdrúbal Coelho</b>	Chefe Serviços Administrativos – responsável de processo
<b>Cátia Nunes</b>	Gabinete Comunicação e Imagem
<b>Elsa Gonçalves</b>	Professora
<b>João Paulo Nunes</b>	Professor
<b>Manuela Lopes</b>	Professora – responsável de processo
<b>Maria Teresa Portas</b>	Professora – responsável de processo
<b>Teresa Faia</b>	Diretora interina – coordenadora SGQ; responsável de processo

## 2. Contexto da Organização

### 2.1. Apresentação

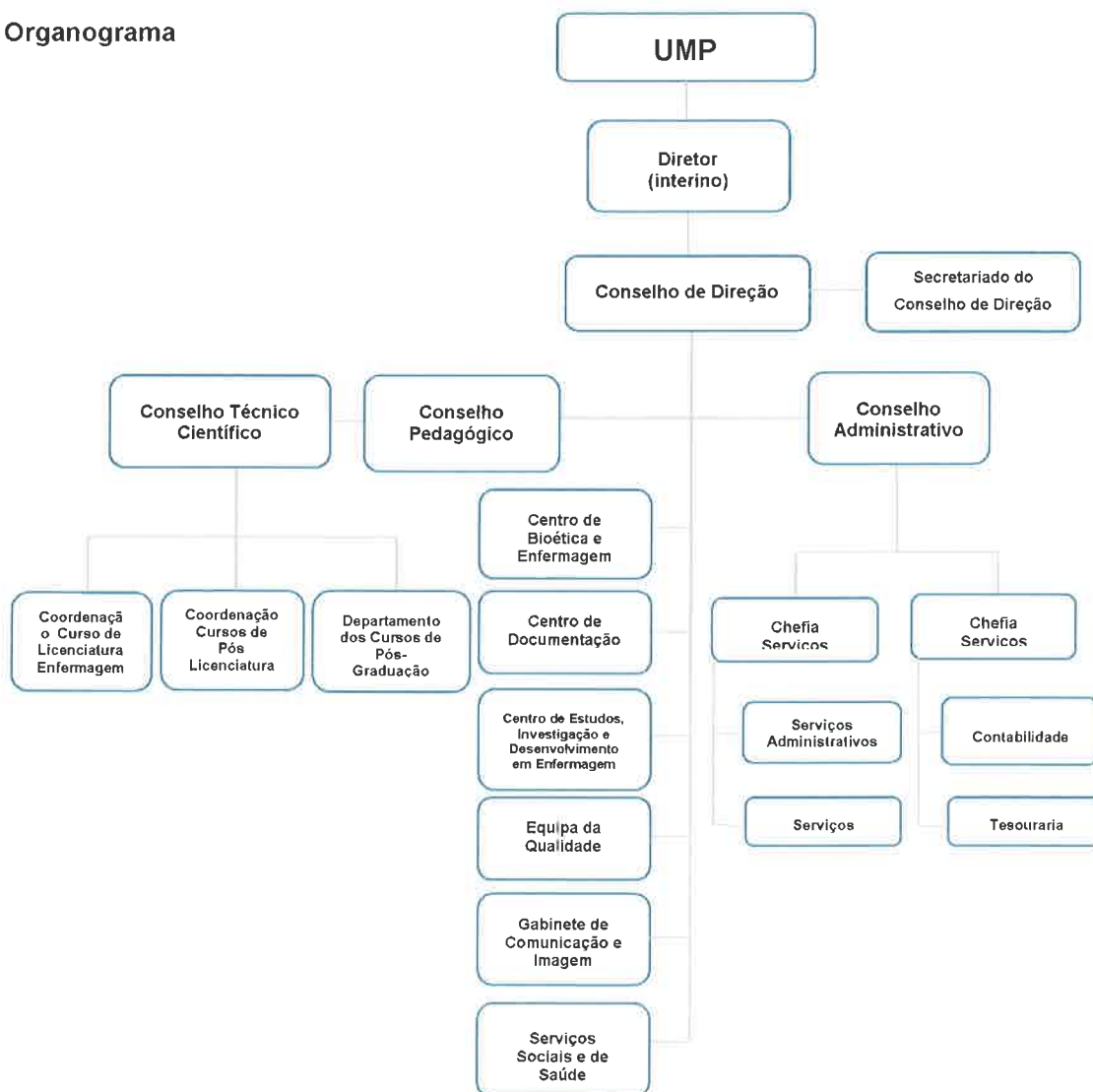
A Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, sita na Rua de Santa Marta, n.º 56, em Lisboa, é a herdeira de um longo percurso de formação em Enfermagem iniciado em 19 de março de 1950, pelas Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria (FMM).

A Direção da Escola promoveu e incentivou a formação dos seus professores, mantendo um corpo docente que correspondeu sempre aos requisitos académicos e legais, necessários para as funções desempenhadas, tanto a nível teórico como prático.

Apesar de todo o investimento das Irmãs FMM em acompanhar e promover o ensino da Enfermagem são iniciadas conversações com a União das Misericórdias Portuguesas (UMP), a qual assume a titularidade da Escola, no dia 20 de abril de 1995. Esta mudança foi oficializada em 1997, com a publicação do Decreto-Lei n.º 261/97, de 30 de setembro, passando a designar-se Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM).

Em setembro de 2008 obteve a certificação do Sistema de Gestão da Qualidade com referência à Norma NP EN ISO 9001, pela TÜV Rheinland Portugal.

### 2.2. Organograma



### 3. Sistema de Gestão da Qualidade

"A adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica de uma organização que pode ajudar a melhorar o seu desempenho global e proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável." (ISO 9001:2015, p 7)

#### 3.1. Objetivo e Âmbito da Certificação

O Manual de Gestão da Qualidade constitui o suporte documental para os procedimentos da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, que garantem e demonstram que os serviços prestados satisfazem os requisitos especificados, as necessidades e as expectativas dos clientes, aplicando-se a todas as atividades com influência na qualidade e relativas ao âmbito da certificação.

O âmbito da certificação é "**ensino superior de enfermagem e formação contínua em saúde**".

O SGQ foi definido e implementado e é mantido e melhorado de acordo com as cláusulas da Norma NP EN ISO 9001:2015 e restantes requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

A terminologia utilizada foi suportada na Norma NP EN ISO 9000:2015 e, como elemento de suporte à melhoria do desempenho do Sistema, utilizaram-se, na medida considerada como aplicável e justificável, as orientações da Norma NP EN ISO 9004:2011.

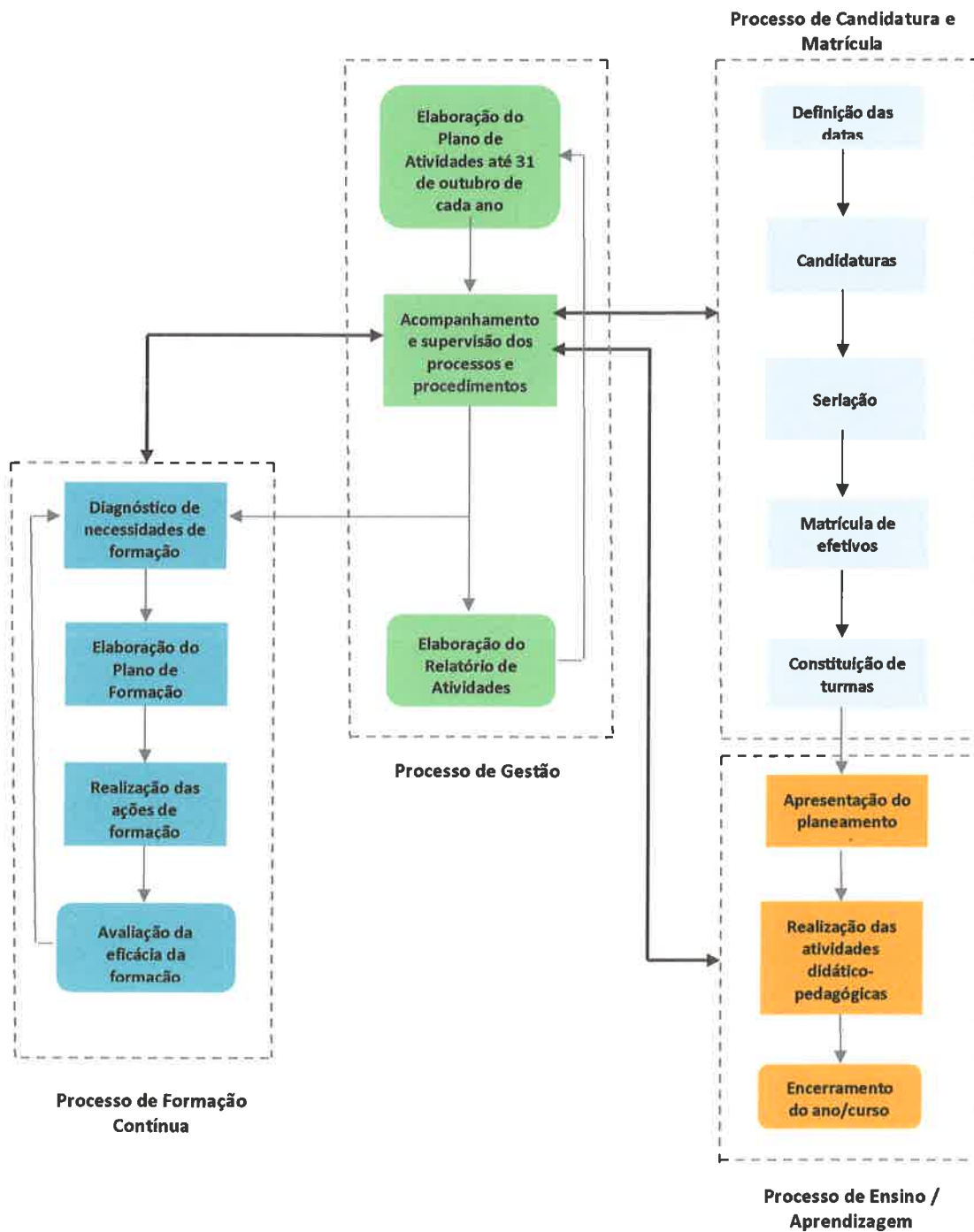
#### 3.2. Processos

Foram identificados e documentados os processos necessários para o SGQ e para a sua aplicação em toda a Organização, designadamente:

Processo	Responsável
<b>PG.06 - Gestão</b>	Teresa Faia
<b>PG.07 - Formação Contínua</b>	Manuela Lopes
<b>PG.01 - Candidatura e Matrícula</b>	Asdrúbal Coelho
<b>PG.02 - Ensino-Aprendizagem</b>	Teresa Portas

### 3. Sistema de Gestão da Qualidade

#### 3.3. Interação entre Processos



### 3. Sistema de Gestão da Qualidade

#### 3.4. Informação Documentada

A metodologia para criação, atualização e controlo da informação documentada do SGQ, encontra-se prevista no Procedimento de Gestão "Controlo dos Documentos e Registos" – PG.03, e é constituída pelos documentos seguintes e respetivos registos:

<b>Manual de Gestão da Qualidade (MGQ)</b>	MGQ.01 – Manual de Gestão da Qualidade
<b>Procedimentos de Gestão (PG)</b>	PG.01 – Processo Candidatura e Matrícula PG.02 – Processo Ensino-Aprendizagem PG.03 – Controlo dos Documentos e Registos PG.04 – Não Conformidades, Ações Corretivas, Reclamações e Sugestões PG.05 – Auditorias Internas PG.06 – Processo de Gestão PG.07 – Processo de Formação Contínua PG.08 – Design e Desenvolvimento de Novos Cursos PG.09 – Creditação de Competências Académicas e Experiência Profissional PG.10 – Gabinete de Comunicação e Imagem
<b>Procedimentos Específicos (PE)</b>	PE.01 – Ensino Teórico PE.02 – Prática Clínica PE.03 – Documentos Via Informática PE.04 – Funções e Responsabilidades PE.05 – Algoritmo da Classificação Final PE.06 – Tipo de Avaliação / Modelo Pauta PE.07 – Substituição de Docentes PE.08 – Avaliação da Eficácia da Formação PE.09 – Controlo dos Recursos de Monitorização e Medição
<b>Regulamentos (REG)</b>	REG.01 – Regulamento do Estudante em Regime de Tempo Parcial REG.02 – Regulamento do Conselho Técnico-Científico REG.03 – Regulamento do Conselho de Direção REG.04 – Regulamento Interno REG.05 – Regulamento do CEIDE REG.06 – Regulamento do Conselho Administrativo REG.07 – Regulamento do Conselho Pedagógico REG.08 – Regulamento de Creditação REG.09 – Regulamento dos Regimes de Reingresso e de Mudança de par Instituição / Curso da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias REG.10 – Regulamento Maiores de 23 Anos REG.11 – Regulamento de Atribuição do Título de Especialista REG.12 – Regulamento do Estatuto do Estudante Internacional REG.13 – Regulamento de Titulares de outros Cursos Superiores REG.14 – Regulamento de Titulares de Diploma de Especialização Tecnológica REG.15 – Regulamento de Avaliação do Desempenho do Pessoal Docente REG.16 – Regulamento das provas de ingresso específicas para o Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias dos Titulares de um Diploma de Técnico Superior Profissional REG.17 – Regulamento de Inscrição e Frequência de Unidades Curriculares pelo Estudante Externo REG.18 – Regulamento para Atribuição de Equivalência ao Grau de Licenciado em Enfermagem de Habilitações Estrangeiras de Nível Superior
<b>Modelos (Mod.)</b>	Mod.01 ... Mod. ...

## 4. Responsabilidade da Gestão

“A gestão de topo deve demonstrar liderança e compromisso em relação ao sistema de gestão da Qualidade” (ISO 9001:2015, p14)

### 4.1. Política da Qualidade

#### Visão

A Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias é uma entidade social e solidária; social, porque se mantém atenta e emerge da realidade quotidiana e das preocupações da comunidade em que se insere. Solidária, porque assume a Pessoa como centro e motivação da sua atividade, rejeitando o mero circunstancialismo como condicionador do seu pensamento estratégico e pedagógico. Mas é, também, uma entidade qualificante, na medida em que proporciona espaços pedagógico-didáticos que são determinantes na adequação profissional, científica e ética dos estudantes que a demandam.

#### Missão

É uma Instituição cuja missão é a de contribuir para um estado ótimo de prestação de cuidados de saúde. Propõe-se atingir tal finalidade, através do empenho na qualidade das dinâmicas de formação graduada e pós-graduada, de investigação pura e aplicada, assim como na avaliação organizativa e funcional das realidades, relativamente às quais possa ter responsabilidade natural ou delegada, através dos processos de assessoria, dentro da sua área de competência.

É, pois, uma Instituição que se projeta para além do tempo presente, sem se desenraizar dos problemas, desafios e constrangimentos do quotidiano do mundo da saúde.

#### Valores

Assume um referencial de valores humanistas de matriz Cristã, traduzido no pragmatismo das Obras de Misericórdia, que constituem o seu ideário social, com inevitável tradução na vida académica e institucional, bem como nas opções pedagógicas fundamentais.

Possui um património histórico e cultural, pelo qual todos são responsáveis, traduzido num quadro de valores, e organizado em torno de quatro vetores:

- A Pessoa
- A Enfermagem
- A Formação
- A Cidadania

Entende a Pessoa, como sujeito e autor do próprio percurso vital, em devir, dotado de dignidade intrínseca, desde a conceção até à morte natural.

Respeita cada indivíduo, independentemente da raça, credo ou condição social. Para tal compromete-se, no exercício organizado e ponderado, de agente estimulador do desenvolvimento pessoal e social, nas dimensões do Saber, do Saber Ser e do Saber Fazer.

A Enfermagem é, para a Escola, mais do que uma profissão. Possui um enquadramento científico e cultural. É, por assim dizer, uma forma de estar na vida. De facto, subsidiar a gestão que cada um deve fazer, do seu projeto de saúde, vai além da mera prestação técnica.



## 4. Responsabilidade da Gestão

Assume uma evidente e necessária preparação para a dimensão relacional. É um processo de apoio, centrado no destinatário, na sua idiossincrasia, e no qual a lógica de proximidade se constitui como traço identitário de um cuidado amplo e global.

Enfermagem é dirigida ao enfermo (*infirmus*); ao que não está firme, consistente, seguro, ou autónomo em qualquer passo ou etapa do seu percurso. Visa a sua máxima autodeterminação, pela valorização ponderada de todas as suas competências e da sua funcionalidade.

A formação é um percurso e uma estratégia. É percurso porque comporta tempo e rumo; formação curricular para o desenvolvimento de competências e formação para a consciência do carácter efémero dos conhecimentos. Formação para a Pessoa integral, no prenúncio do cuidado integral.

Tendo em consideração o destinatário último, o enfermo, assume-se o seu natural direito a um cuidado profissional de qualidade técnico-científica inquestionável, prestado por profissionais. Assim, o espaço de aprendizagem e formação exige, desde cedo, a proficiência que os objetivos situacionais justificam. De forma gradativa vai, o formando, conhecendo os desafios e os meios para encontrar as respostas. Vai ganhando consciências do seu papel.

Mas a Formação é, também, estratégia. No processo formativo, pretende-se que o estudante encontre nas relações pessoais, pedagógicas e institucionais, os mesmos critérios que se espera venham a consubstanciar as suas práticas profissionais futuras. Assim, o ambiente de formação é, desde logo, um ambiente de cuidado.

A Formação desenvolve, igualmente, uma lógica de inserção social do indivíduo, enquanto profissional, mas também enquanto cidadão. A cidadania ativa é estimulada através do desenvolvimento, concomitante à formação formal, de projetos de voluntariado e de iniciativas diversas nas quais se antevê a vantagem de projetar no tecido social a sensibilidade acrescida que, acreditamos, se desenvolve no contacto com as particularidades das respostas humanas às diferentes situações de vida, na área da saúde.

Em todo o processo de construção da estrutura profissional, o estudante encontra uma Escola transparente. Os métodos, requisitos, critérios, programas e metas são exaustivamente clarificados enquanto proposta, e a participação do estudante no processo concretiza-se na permanente possibilidade de propor, interpelar e avaliar as estratégias propostas. Gere o seu próprio processo, subsidiariamente apoiado pela presença e capacidade de julgamento dos docentes responsáveis por cada área.

Estudantes, professores e funcionários não docentes, constituem um património humano, mas também um importante recurso, cuja linha de desenvolvimento pessoal e profissional encontra muita motivação na tipologia da relação interpessoal. Esta pretende-se verdadeira, estimulante, interpeladora e harmoniosa. Constrói, desta forma, a ideia de comunidade educativa.

A produção de conhecimento faz-se pela análise criteriosa dos elementos da realidade. A análise tem de assentar no método científico donde resulta que, para além de gerir o acesso dos estudantes ao Saber, a Escola assume o seu papel de investigação, tanto através do trabalho dos seus elementos como na participação em projetos de investigação em rede, ou mesmo projetos de resposta aos desafios que a vida quotidiana lança às pessoas e às Instituições.

A Escola precisa de estar em contacto com a realidade da saúde e da gestão que cada pessoa faz do seu projeto de saúde, assumindo o compromisso de cumprir os requisitos para a satisfação dos clientes e para a melhoria contínua da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade, de acordo com a Norma NP EN ISO 9001:2015.

## 4. Responsabilidade da Gestão

### 4.2. Planeamento e Objetivos da Qualidade

A Equipa da Qualidade e a Direção, em reunião, analisam os recursos e as adequações necessários ao SGQ, e se necessário definem-se entradas, saídas, meios de controlo, objetivos, interações e documentação de suporte. De igual modo são definidas as ações para tratar os riscos e as oportunidades identificados para prevenir efeitos indesejados e aumentar os desejados, com vista à melhoria contínua do SGQ.

Os objetivos definidos são mensuráveis, monitorizados, atualizados e consistentes com a Política da Qualidade.

Na formulação dos objetivos é tido em conta a conformidade dos processos e procedimentos com a finalidade do aumento de satisfação do cliente, o estudante da ESESM.

A informação relativa às ações planeadas para concretização dos objetivos, assim como os recursos necessários, os responsáveis, prazos de implementação e acompanhamento é integrada no Mapa do SGQ.

O Coordenador da Qualidade elabora o Mapa do SGQ, sendo igualmente responsável pelo seu acompanhamento e atualização, informando os responsáveis pela implementação das ações definidas.

O acompanhamento dos Objetivos da Qualidade é analisado anualmente em reunião da Direção e Equipa da Qualidade e são definidas as ações de modo a assegurar o cumprimento dos mesmos.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Mapa do SGQ (Mod.81)	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos
Ata de reunião (Mod.03)	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos

## 5. Gestão de Recursos

"A organização deve determinar e providenciar os recursos necessários para o estabelecimento, implementação, manutenção e melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade". (ISO 9001:2015, p 17)

### 5.1. Recursos Humanos

As funções e responsabilidades dos colaboradores, assim como os requisitos mínimos para a seleção dos mesmos, encontram-se descritos no Procedimento Específico "Funções e Responsabilidades" – PE.04, bem como nos seguintes Regulamentos: Conselho de Direção, Conselho Técnico-Científico, Conselho Pedagógico, Conselho Administrativo.

O recrutamento dos colaboradores internos processa-se a partir de proposta do Conselho de Direção à UMP. No caso dos docentes é solicitado parecer ao Conselho Técnico-Científico tendo por base a análise curricular do candidato.

O colaborador externo (docente/formador) preenche a ficha de identificação de formador externo (Mod.16), e a avaliação do seu desempenho no Ensino Teórico é efetuada de acordo com o documento de Avaliação da Unidade Curricular (Mod.89), e com o documento de Avaliação do Colaborador Externo em Ensino Teórico (Mod.102)

Na Prática Clínica a avaliação daqueles colaboradores é registada no documento de Avaliação do Colaborador Externo em Prática Clínica (Mod.90).

Quando existirem questões disciplinares, científicas ou pedagógicas resultantes daquelas avaliações, serão comunicadas ao Conselho de Direção, ao Conselho Técnico-Científico ou ao Conselho Pedagógico respetivamente, para apreciação, análise e deliberação.

A integração dos novos colaboradores é assegurada pelo superior hierárquico, coadjuvado pelos pares. O Manual de Gestão da Qualidade é um documento facilitador de integração.

A atualização das listas dos colaboradores (Mod.104 e Mod.148) é realizada sempre que necessário.

O Procedimento de Gestão "Processo de Formação Contínua" – PG.07, descreve as atividades relacionadas com a identificação das necessidades de formação até à avaliação da eficácia das ações de formação realizadas (Avaliação da Eficácia da Formação – PE.08).

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Lista de Docentes Externos (Mod.104)	Pasta Recursos Humanos	Serviços Administrativos	5 anos
Lista de Docentes Internos (Mod.148)	Pasta Recursos Humanos	Serviços Administrativos	5 anos
Ficha de Identificação de Formador Externo (Mod.16)	Pasta Recursos Humanos	Serviços Administrativos	Conservar
Acompanhamento da Atividade do Colaborador Externo em ensino teórico (Mod.102)	Pasta Pedagógica do Semestre	Coordenador de Semestre	Até ao final da atividade
Avaliação Final da Unidade Curricular (Mod.89)	Pasta Pedagógica do Semestre	Coordenador de Semestre	Até ao final da atividade
Avaliação do Colaborador Externo em prática clínica (Mod.90)	Pasta SGQ	Coordenador de Semestre	Enquanto Colaborador

## 5. Gestão de Recursos

### 5.2. Infraestruturas

Os equipamentos e meios associados ao espaço de trabalho identificados como relevantes são controlados e sujeitos à manutenção exigidos pelo fabricante e inerentes ao seu funcionamento.

A Listagem de Infraestruturas (Mod.100) é atualizada sempre que necessário.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Listagem de Infraestruturas (Mod.100)	Pasta Infraestruturas	Contínuo	3 anos
Registo de intervenções de entidades externas	Pasta Infraestruturas	Contínuo	Enquanto infraestrutura em utilização

### 5.3. Ambiente de Trabalho

A organização possui as condições necessárias relativamente ao ambiente de trabalho. São considerados fatores como a higiene, a limpeza, iluminação e temperatura.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Plano de Higienização e Limpeza (Mod.92)	Suporte informático SGQ Registos	Chefe dos Serviços Administrativos	Enquanto em utilização
Registo de Atividades de Limpeza (Mod.140)	Pasta Registo de Atividades de Limpeza	Chefe dos Serviços Administrativos	1 mês

### 5.4. Comunicação

O Gabinete de Comunicação e Imagem garante a eficácia da comunicação, tanto interna como externa, como previsto no PG.10.

A metodologia para garantir a comunicação dentro da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias é garantida através de:

- Comunicações Internas, distribuídas individualmente e disponibilizadas informaticamente
- Disponibilização da informação através da rede informática (página da Internet ou correio eletrónico)
- Reuniões

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Comunicações Internas (Mod.67)	Pasta Comunicações	Secretariado da Direção	3 anos
Correios eletrónicos	Suporte informático	Responsável pelo envio da informação	3 anos
Ata de Reunião (Mod.03)	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos

## 6. Realização do Serviço

"A organização deve planejar, implementar e controlar os processos necessários para satisfazer os requisitos para o fornecimento de produtos e serviços ..." (ISO 9001:2015, p 20)

### 6.1. Design e Desenvolvimento

O processo de design e o desenvolvimento de serviços é apresentado no PG.08 – Design e Desenvolvimento de Novos Cursos.

### 6.2. Compras

A Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias seleciona e avalia os fornecedores externos relevantes que possam afetar a qualidade dos serviços prestados. Neste âmbito são considerados os fornecedores externos de produtos, materiais e equipamentos relevantes para a prestação do serviço.

A verificação da conformidade dos produtos/materiais/equipamentos comprados, é assegurada pelo responsável da área a que se destina a aquisição efetuada, que procede à inspeção dos mesmos e assina, confere e coloca a data na Fatura. Quando não se verifique conformidade será elaborado um Relatório de Não Conformidades e Ações Corretivas (Mod.56).

A avaliação dos fornecedores externos é efetuada tendo por base eventuais não conformidades e o número de fornecimentos. Assim, é considerado fornecedor externo qualificado sempre que o quociente entre o número de não conformidades e o número de fornecimentos for inferior ou igual a 33%. Sempre que apresente um quociente superior a 33% a sua qualificação é avaliada pela Equipa da Qualidade.

O desempenho dos fornecedores externos de produtos materiais e equipamentos é analisado anualmente nas reuniões de Revisão do SGQ.

A atualização das listas de fornecedores externos (Mod.103) é realizada sempre que necessário.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Lista de Fornecedores Externos (Mod.103)	Pasta Compras do SD	Secretariado da Direção (SD)	5 anos
	Pasta Compras do GCI	Gabinete de Comunicação e Imagem (GCI)	
Notas de Encomenda (Mod.106)	Pasta Compras do SD	Secretariado da Direção	5 anos
	Pasta Compras do GCI	GCI	
Faturas	Pasta Contabilidade	Contabilidade	10 anos
Contratos com Fornecedores Externos* * Em casos de contrato de manutenção ou avença	Pasta Contratos Assistência Técnica	Secretariado da Direção	Enquanto fornecedor
	Pasta Compras do GCI	GCI	
Relatório de Não Conformidades e Ações Corretivas (Mod.56)	Pasta Não Conformidades	Coordenador da Qualidade	3 anos

## 6. Realização do Serviço

### 6.3. Produção e Prestação do Serviço

A organização implementa a produção e a prestação do serviço sob condições controladas e cuida da propriedade do cliente (controlo de dados pessoais), através do registo dos dados no programa PRAXIS e respetiva salvaguarda em *backup*.

São incluídos no Boletim de Matrícula (Mod.05), a garantia de confidencialidade dos dados pessoais do cliente, assim como a possibilidade de consulta ou alteração dos dados pelo próprio.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Boletim de Matrícula (Mod.05)	Processos dos estudantes	Serviços Administrativos	Conservar

## 7. Avaliação do Desempenho

A avaliação do desempenho é verificada a partir de "métodos de monitorização, medição, análise e avaliação necessários para assegurar resultados válidos." (ISO 9001:2015, p.27)

### 7.1. Satisfação de Clientes e Colaboradores

É monitorizada a satisfação de Clientes e Colaboradores utilizando-se, para o efeito, questionários de satisfação e clima organizacional, reclamações e sugestões recebidas. Os questionários são realizados de acordo com a periodicidade prevista no Mapa do SGQ. (Mod.81)

Quanto às reclamações e sugestões, são registadas no Relatório de Sugestões e Reclamações (Mod.174) por quem as receciona, de modo a proceder-se posteriormente, à sua análise e elaboração da resposta respetiva, pela Equipa da Qualidade e responsável da área que mereceu a reclamação ou sugestão.

No caso de reclamação pode também ser utilizado o Livro de Reclamações.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Questionários	Suporte informático	Coordenador da Qualidade	3 anos
Mapa do SGQ - Mod.81	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos
Relatório de Reclamações e Sugestões - Mod.174	Pasta RRS	Coordenador da Qualidade	3 anos

### 7.2. Monitorização e Medição

Os processos definidos são monitorizados através do acompanhamento dos indicadores e objetivos definidos e das auditorias internas.

Quando os processos não atingem os resultados planeados, são implementadas ações corretivas, de modo a assegurar a conformidade.

### 7.3. Auditorias Internas

A metodologia para a realização de auditorias internas ao Sistema de Gestão da Qualidade encontra-se definida e documentada no Procedimento de Gestão "Auditorias Internas" – PG.05.

### 7.4. Não Conformidades, Reclamações e Sugestões

Encontra-se estabelecida, no Procedimento de Gestão "Não Conformidades, Ações corretivas e preventivas, Reclamações e Sugestões" – PG.04, a metodologia para análise e tratamento das não conformidades identificadas.

### 7.5. Ações Corretivas

A metodologia de definição e acompanhamento das ações corretivas encontra-se definida e documentada no Procedimento de Gestão "Não Conformidades, Ações Corretivas, Reclamações e Sugestões" – PG.04.

## 7. Avaliação do Desempenho

### 7.6. Análise de Dados e Melhoria Contínua

O Coordenador da Qualidade é responsável por recolher e tratar estatisticamente os dados necessários para análise do funcionamento do SGQ, de modo a facilitar a identificação de riscos e oportunidades de melhoria.

Para este efeito é elaborado um Relatório que é alvo de discussão em reunião da equipa da qualidade com a Direção para revisão do SGQ.

### 7.7. Revisão do Sistema de Gestão da Qualidade

O Sistema de Gestão da Qualidade é revisto em reunião da Direção e da Equipa da Qualidade, pelo menos uma vez por ano, com a finalidade de tomar decisões relativas à melhoria da eficácia do SGQ e dos processos respetivos, à melhoria do serviço prestado, à necessidade de recursos e quaisquer necessidades de alteração do SGQ.

O Coordenador da Qualidade elabora, para aquele fim, um Relatório em que reúne a seguinte informação:

- Ações resultantes das anteriores revisões do SGQ pela Gestão
- Questões externas e internas relevantes para o SGQ
- Desempenho e eficácia do SGQ:
  - ♦ Política Institucional para garantia da Qualidade
  - ♦ Processos e objetivos
  - ♦ Recursos humanos
  - ♦ Monitorização, medição, análise e melhoria
    - Satisfação de estudantes e retorno de informação de partes interessadas relevantes
    - Satisfação de colaboradores e clima organizacional
    - Eficácia das ações de formação
    - Não conformidades, ações corretivas, reclamações e sugestões
    - Fornecedores externos
- Comunicação e Informação
- Eficácia das ações para tratar riscos e oportunidades
- Oportunidades de melhoria
- Auditorias (interna, Externa, Direção Geral do Ensino Superior, Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior)

O Mapa do Sistema de Gestão da Qualidade é atualizado com base no acompanhamento realizado no decurso das reuniões de revisão do SGQ.

IDENTIFICAÇÃO	INDEXAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO	TEMPO DE ARQUIVO
Tratamento estatístico	Suporte informático	Coordenador da Qualidade	3 anos
Relatório (Mod.107)	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos
Ata de reunião (Mod.03)	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos
Mapa do SGQ (Mod.81)	Pasta SGQ	Coordenador da Qualidade	3 anos



ELABORADO		APROVADO
<i>musa fuzis</i>		<i>Isabel Ferreira</i>