



RELATÓRIO
DE AUTOAVALIAÇÃO
C A F 2 0 2 2

GABINETE DE PLANEAMENTO, AVALIAÇÃO E QUALIDADE
POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Título

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE AUTOAVALIAÇÃO CAF NO IP SANTARÉM

Relatório de Autoavaliação

Autoria

COORDENADOR DE PROJETO

Teresa Serrano

Coordenadora do Gabinete de Planeamento, Avaliação e Qualidade

EQUIPA DE PROJETO

Ana Isabel Costa

Carla Carriço

Catarina Cordeiro

Célia Colaço

Cristina Casanova

Filipa Oliveira

Georgette Lima

Isabel Nogueira

Isabel Piscalho

José Carlos Nunes

José Maurício

Maria José Diogo

Paula Pinto

Paulo Rosa

Pedro Carvalho

Sílvia Matias

Sónia Moreira

Vânia Fernandes

PRESIDÊNCIA

João Moutão

Presidente

Colaboração

SINASE

Rita Barreto

Consultora

Instituto Politécnico de Santarém

Complexo. Andaluz, 2001-904 Santarém

<https://www.ipsantarem.pt/pt/home/>

Relatório 01/2022

ÍNDICE

Introdução.....	4
Objetivos.....	5
Âmbito.....	6
Gestão e Organização do processo de autoavaliação.....	6
Equipa do projeto.....	6
Plano de Trabalhos.....	7
Cronograma de execução.....	8
Recursos.....	8
Informação e Comunicação.....	8
Riscos do Projeto.....	11
Autoavaliação.....	11
Sistema de Pontuação.....	11
Instrumentos de Autoavaliação.....	13
Resultados da Autoavaliação.....	14
Ações de melhoria propostas.....	23
Conclusão.....	24
Bibliografia.....	25
ANEXOS.....	26

Introdução

Com vista à implementação de um sistema formal de gestão da qualidade abrangendo a atividade dos Serviços do Instituto Politécnico de Santarém (IP Santarém), e existindo a vontade de obter um expressivo aumento dos seus resultados e não apenas uma melhoria residual do seu desempenho, o IP Santarém investiu os seus esforços na aplicação do Modelo de Autoavaliação CAF (*Common Assessment Framework*) na Administração Pública

A CAF foi lançada em maio de 2000 como primeiro instrumento europeu de gestão da qualidade especificamente adaptado e desenvolvido para e pelo próprio setor público. É coordenada a nível nacional pela Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) e a nível europeu pelo Centro de Recursos CAF, do Instituto Europeu de Administração Pública (EIPA).

De forma a responder às expectativas da administração pública e para alinhar o Modelo de modo a acompanhar o desenvolvimento e evolução da sociedade e gestão, a CAF foi revista duas vezes, em 2002 e 2006. Após seis anos de experiência de trabalho com a versão de 2006, a DGAEP ajustou novamente o Modelo, com base no feedback recebido de 400 utilizadores da CAF e de correspondentes nacionais CAF, publicando a versão de 2013 utilizada neste processo.

A estrutura da CAF tem 9 critérios (Fig1.) que identificam os principais aspetos a ter em conta numa análise organizacional. Cada critério está decomposto num conjunto de subcritérios, 28 no total, que identificam as principais questões a considerar quando se avalia uma organização.



Fig. 1. Estrutura de critérios da CAF.

Os critérios 1 a 5 dizem respeito aos **MEIOS**, ou seja, o que a organização faz e como realiza as suas atividades para alcançar os resultados desejados.

Nos critérios 6 a 9 são avaliados os **RESULTADOS** alcançados ao nível dos cidadãos/clientes, pessoas, sociedade e desempenho-chave através de medidas de perceção obtidas através de inquéritos aplicados e indicadores internos.

Objetivos

Através da autoavaliação com base nos Critérios CAF - Meios e Resultados do Modelo - e utilizando as técnicas de autoavaliação mais pertinentes, fazer a avaliação de desempenho do IP Santarém, como serviço, e construir um plano de melhorias que permita a esta organização aumentar a eficiência e a qualidade da sua prestação de serviços junto dos seus clientes e colaboradores, foi um dos principais objetivos

Pretendia-se, com a implementação da CAF contribuir no caminho que o IP Santarém tem desenvolvido enquanto uma instituição orientada para a gestão pela qualidade total, cumprindo os oito princípios de excelência:

- orientação para os resultados;
- focalização no cidadão/cliente;
- liderança e constância de propósitos;
- gestão por processos e factos;
- desenvolvimento e envolvimento das pessoas;
- aprendizagem, inovação e melhoria contínuas;
- desenvolvimento de parcerias;
- responsabilidade social.

Para isso, a autoavaliação tinha como objetivos permitir:

- a identificação dos pontos fortes e fracos da atividade do IP Santarém;
- a identificação das ações de melhoria que contribuam para o cumprimento dos objetivos estratégicos do IP Santarém;
- a promoção da inovação na gestão de processos;
- a valorização da qualificação dos recursos humanos;
- a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Com a concretização deste projeto, espera-se dar um passo fundamental para a implementação de um **sistema formal de gestão da qualidade da atividade do IP Santarém e obter o reconhecimento europeu “Effective CAF-User”**.

Âmbito

O processo de autoavaliação foi aplicado a todo o IP Santarém, o que inclui:

- Serviços Centrais
- Serviços de Ação Social
- Escola Superior Agrária
- Escola Superior de Desporto de Rio Maior
- Escola Superior de Educação
- Escola Superior de Gestão e Tecnologia
- Escola Superior de Saúde

Gestão e Organização do processo de autoavaliação

Equipa do projeto

A Coordenação do Projeto ficou a cargo do Gabinete de Planeamento, Avaliação e Qualidade (GPAQ) do IP Santarém. A Equipa de Autoavaliação integrou elementos representantes de vários Departamentos e Serviço a quem foram atribuídos Critérios CAF desconhecidos e cujo âmbito não era necessariamente a da sua atividade ou funções, de forma a que a autoavaliação fosse abrangente e revelasse um diagnóstico completo e imparcial da realidade organizacional.

A equipa do projeto é constituída por dezanove elementos, incluindo a equipa de coordenação, cuja identificação, função e responsabilidade nos critérios a avaliar, constam no Quadro 1.

Quadro 1. Equipa de autoavaliação

Critérios e atribuições	Nome
Coordenador Projeto	Teresa Serrano
Critério 1 - Liderança	José Maurício /Pedro Carvalho
Critério 2 – Planeamento e Estratégia	Georgette Lima / Paulo Rosa
Critério 3 - Pessoas	Sónia Moreira / Cristina Casanova
Critério 4 – Parcerias e Recursos	Sílvia Matias / Catarina Cordeiro
Critério 5 – Processos	Ana Isabel Costa / José Carlos Nunes
Critério 6 – Resultados Cliente	Paula Pinto / Maria José Diogo
Critério 7 – Resultados Pessoas	Vânia Fernandes / Carla Carriço
Critério 8 – Res. Responsabilidade Social	Isabel Piscalho/ Filipa Oliveira
Critério 9 – Res. Desempenho Chave	Célia Colaço / Isabel Nogueira

Plano de Trabalhos

Metodologia

A metodologia adotada no processo de autoavaliação, desenvolvido de Julho de 2021 a Janeiro de 2022, tem por base os princípios do ciclo PDCA (P-Planear (Plan), Executar (D-Do), Rever (C-Check) e Ajustar (A-Adjust) e as linhas de orientação definidas pelo Modelo CAF 2020, encontrando-se subdivididas nas seguintes fases:

Fase 1 (P): Arranque do projeto:

1. Planear e organizar a autoavaliação - Atividade A1 “Gestão do subprojeto”
2. Comunicar o processo de avaliação;

Fase 2 (D): Processo de autoavaliação:

3. Criar a equipa de autoavaliação:
 - a. Distribuição dos critérios CAF pelos elementos da Equipa de Autoavaliação;
4. Organizar a formação:
 - a. Sessões de apresentação do projeto aos Dirigentes e à Equipa de Autoavaliação;
 - b. Sessões de formação e acompanhamento personalizado com a presença da equipa consultora, responsáveis dos critérios e elementos da Equipa de Gestão;
5. Realizar a autoavaliação:
 - a. Através das técnicas de autoavaliação selecionadas foram identificadas e registadas na grelha de autoavaliação das evidências, pontos fortes, pontos fracos e sugestões de melhoria;
6. Elaborar o relatório da autoavaliação.

A fase seguinte será a Fase 3: Planeamento de ações de melhoria, que inclui os quatro passos do ciclo PDCA (P+D+C+A):

7. Elaborar o plano de melhorias (P);
8. Divulgar o plano de melhorias;
9. Implementar as ações de melhorias (D);
10. Avaliar o resultado (C) e planear a próxima autoavaliação (A).

O plano de melhorias irá incluir as ações de melhoria resultantes da autoavaliação e sugeridas pela Equipa do Autoavaliação, de acordo com a sua tipologia.

Serão identificados critérios de priorização, que permitirão pontuar as áreas de melhoria e classificá-las pelo seu grau de importância e impacto no IP Santarém. Este processo apoiará a seleção das áreas de melhoria a implementar ou, eventualmente, a ordem pela qual deverão ser implementadas.

Atividade desenvolvida

A Fase 1 de Arranque do Projeto foi executada, conforme planeado, pelo coordenador de projeto, tendo sido desenvolvidos o planeamento de projeto, o mapa de gestão do risco e o plano de comunicação.

A Fase 2 foi executada pela Equipa de autoavaliação, que desenvolveu o trabalho operacional e participou nas sessões de trabalho conducentes à análise e pontuação de cada critério.

A Fase 3 será igualmente executada por equipa de melhorias a nomear, em articulação com os restantes setores do IP Santarém, incluindo a preparação dos planos de implementação das ações de melhoria, do relatório de monitorização e do relatório final de avaliação.

Por fim, esta equipa será igualmente responsável pela execução da Fase 4 “Reconhecimento”, que conduzirá os trabalhos até à obtenção dos reconhecimentos externos previstos.

Cronograma de execução

O Cronograma, apresentado no anexo I deste relatório, mostra a calendarização das quatro atividades e respetivas tarefas, que integram o projeto e cujo cumprimento especificamos.

Em particular, no que respeita às primeiras duas Atividades, ressalva-se que a Fase 1 – Arranque do projeto foi cumprida no período indicado. A fase 2 Processo de autoavaliação apresentou um desvio de cerca de 2 meses, considerando que a “Desenvolvimento da Autoavaliação do desempenho organizacional com base nos critérios de meios e resultados da CAF” foi prolongada até à realização de questionários de auscultação dos parceiros, cujo processo de recolha de informação e estruturação do questionário se prolongou no tempo.

Recursos

Para a implementação do projeto foram assegurados os recursos necessários ao bom desenvolvimento dos trabalhos, compreendendo computadores portáteis, projetor, pasta partilhada pela equipa de gestão no *Teams®*, salas de reuniões.

O desenvolvimento do projeto contou ainda com os recursos duma empresa de consultoria contratada para apoiar a realização da Operação.

Informação e Comunicação

O quadro seguinte descreve o plano de comunicação do projeto.

Quadro 2. Plano de comunicação

Fases da comunicação	Data	Público-alvo	Mensagem	Suportes comunicacionais	Responsável comunicação	Frequência	Resultados esperados
Início do projeto de implementação da CAF		Responsáveis dos sectores/ Unidades orgânicas do IP Santarém	Informação da aprovação do Projeto	Gestão documental	Presidente	Uma comunicação	Conhecimento por parte dos responsáveis
	28 de junho de 2021	Todos os colaboradores do IP Santarém	Informar sobre os objetivos da CAF, o propósito do IP Santarém e o Plano de implementação da CAF	Apresentação em reunião Suportes da reunião (a enviar aos participantes)	Presidente Coordenador de projeto	Uma sessão	Divulgação alargada do projeto CAF Informação sobre a relevância do projeto para o IP Santarém Sensibilização e envolvimento de todos para a CAF
	02 de Julho de 2021	Equipa do Projeto (EP)	Análise do Plano de implementação da CAF e resposta aos desafios identificados	Documentos de suporte à implementação da CAF Documentos de suporte às ações efetuadas	Coordenador de projeto	Uma sessão	Adequação do Plano de

Fases da comunicação	Data	Público-alvo	Mensagem	Suportes comunicacionais	Responsável comunicação	Frequência	Resultados esperados
Implementação e Melhoria do processo	Jan/2022	Conselho Geral	Apresentação com os resultados da Autoavaliação	Apresentação em conselho geral	Presidente	Uma sessão	Divulgação
	Fev/2022	Colaboradores IP Santarém	Relatório Autoavaliação, Plano Melhorias e constituição Equipa de Melhorias	Sessão solene para os colaboradores Divulgação informação pela intranet e/ou comunicação interna	Presidente	Uma sessão	Divulgação
	Jul/2022	Colaboradores IP Santarém	Apresentação pedido Reconhecimento PEF	Comunicação interna	Presidente	Uma comunicação	Informação sobre a relevância do projeto para o IP Santarém
	Jan/2021 a Set/2022	Equipa(s) Melhoria	Mecanismos monitorização áreas melhoria	Sessões de trabalho com a Equipa de Melhorias	Coordenação Projeto	Reuniões periódicas	Projetos de melhoria acompanhados e ações implementadas
	Set/2022	Colaboradores IP Santarém	Resultados Áreas de Melhoria e apresentação reconhecimento PEF	Sessão solene para os colaboradores Divulgação informação pela intranet	Presidente	Uma sessão	Informação sobre a relevância do projeto para o IP Santarém

Riscos do Projeto

Os riscos do projeto estão identificados no Anexo 2 deste relatório, onde se definem o conceito de risco, os critérios de classificação, a matriz de risco, os fatores de risco (organizacional e de implementação do projeto), a matriz de responsabilidades e as respetivas medidas de mitigação e monitorização.

Durante esta fase do projeto verificou-se o R2 - Dificuldades nos processos de decisão, uma vez que a decisão de auscultação das partes interessadas, o desenvolvimento das ferramentas e a sua aplicação levou a uma derrapagem no prazo de execução do projeto, o que se irá repercutir no prazo de implementação do plano de melhorias.

Autoavaliação

Sistema de Pontuação

O ciclo PDCA (Planear-Executar-Rever-Ajustar) desempenha um importante papel no desenvolvimento e implementação da estratégia, planeamento, recursos e processos numa organização pública. De acordo com a metodologia de melhoria contínua é necessário começar por recolher informação fiável sobre as necessidades presentes e futuras de todas as partes interessadas relevantes, sobre os resultados e impactos e desenvolvimentos no ambiente externo. Esta informação é indispensável para apoiar o processo de planeamento operacional e estratégico, sendo também fundamental para conduzir as melhorias planeadas no desempenho organizacional. De acordo com a abordagem PDCA, deverão realizar-se análises regulares conjuntamente com as partes interessadas para monitorizar as suas necessidades (em mudança) e a sua satisfação. A qualidade desta informação e a análise sistemática do feedback das partes interessadas constitui um pré-requisito para a qualidade dos resultados esperados.

A CAF proporciona duas modalidades de pontuação, sendo o ciclo PDCA fundamental para ambas. O IP Santarém optou por utilizar o **Sistema de Pontuação Avançado** que proporcionou, neste primeiro exercício da CAF, informação e orientações para que progressivamente a instituição implemente um ciclo completo e desenvolvido de PDCA

O sistema de pontuação “avançado” ou (fine-tuned CAF scoring) é apropriado para organizações que pretendem refletir mais pormenorizadamente a análise feita aos subcritérios. Este sistema permite pontuar – para cada subcritério – todas as fases do ciclo PDCA em simultâneo.

O sistema de pontuação avançado constitui uma forma de pontuar mais próxima da realidade uma vez que avalia situações em que, por exemplo, as organizações públicas estão a implementar as ações (Do) carecendo, por vezes, de um suficiente planeamento (Plan).

PAINEL DOS MEIOS - SISTEMA AVANÇADO								
	Escala	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100	Tot.
FASE	EVIDÊNCIAS	Não há evidências ou existem apenas algumas ideias.	Algumas evidências pouco importantes relacionadas com algumas áreas.	Algumas evidências importantes relacionadas com áreas relevantes.	Evidências fortes relacionadas com a maior parte das áreas.	Evidências muito fortes relacionadas com todas as áreas.	Evidências exceções comparadas com outras organizações relacionadas com todas as áreas.	
PLAN Planear	O planeamento é baseado nas necessidades e expectativas das partes interessadas. O planeamento é desenvolvido, de forma regular, por todas as partes interessadas relevantes* da organização. Pontuação:							
DO Executar	A execução é feita com base em processos e responsabilidades definidas e existe divulgação, de forma regular, junto das partes interessadas relevantes da organização. Pontuação:							
CHECK Rever	Os processos definidos são monitorizados com base em indicadores relevantes e são revistos, de forma regular, com a colaboração das partes interessadas relevantes da organização. Pontuação:							
ACT Ajustar	As ações corretivas e de melhoria são tomadas de acordo com os resultados da revisão, feita de forma regular, junto das partes interessadas relevantes da organização. Pontuação:							

Áreas a melhorar

* Para cada subcritério devem ser ponderadas pela equipa de autoavaliação quem são as partes interessadas relevantes. Se para alguns casos estas compreendem os cidadãos/clientes, noutros casos apenas serão relevantes os dirigentes e colaboradores da organização, noutros casos ainda podem incluir também os parceiros e/ou os fornecedores.

Fig. 2. Sistema Pontuação Avançado – Critérios MEIOS

No painel de pontuação dos meios sobressai a importância do PDCA como um ciclo e o progresso pode ser representado como uma espiral onde, em cada curva do ciclo de melhoria, podem ser encontradas todas as fases: PLAN, DO, CHECK e ACT.

As ações de Bench learning são geralmente realizadas tendo em conta o nível mais elevado de todas as fases. Esta forma de pontuar proporciona mais informação sobre as áreas onde as melhorias são mais necessárias.

PAINEL DOS RESULTADOS - SISTEMA AVANÇADO						
ESCALA	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
TENDÊNCIAS	Não há resultados avaliados.	Tendência negativa. 	Tendência estável ou progresso pouco significativo. 	Progresso sustentável. 	Progresso considerável. 	Comparações positivas sobre todos os resultados com outras organizações relevantes.
Pontuação						
METAS	Não há metas fixadas ou não há informação disponível.	Os resultados não alcançaram as metas.	Algumas metas foram alcançadas.	Algumas metas relevantes foram alcançadas.	A maior parte das metas relevantes foram alcançadas.	Todas as metas foram alcançadas.
Pontuação						

Instruções

- Considerar separadamente a tendência dos resultados dos últimos 3 anos e as metas alcançadas no ano anterior.
- Atribuir uma pontuação para a tendência entre 0 e 100 numa escala dividida em 6 níveis.
- Atribuir uma pontuação para as metas alcançadas no ano anterior entre 0 e 100 numa escala dividida em 6 níveis.

Fig. 3. Sistema Pontuação Avançado – Critérios RESULTADOS

O painel dos resultados mostra se a organização deverá investir na tendência ou focar-se na realização das metas.

Instrumentos de Autoavaliação

A Equipa de Autoavaliação do IP Santarém preencheu a grelha de autoavaliação para cada um dos critérios, (Anexo 3), tendo analisado, cada um dos indicadores/exemplos contemplados para reflexão sobre as diferentes dimensões do modelo CAF.

Para esta avaliação, a equipa teve em conta a sua visão concreta e precisa do modo de funcionamento da organização e dos seus resultados, de forma a proceder à identificação das evidências que melhor robustecem cada critério e indicador, tendo recorrido aos seguintes instrumentos para recolha e identificação de evidências:

- Análise documental;
- Observação;
- Reuniões/Entrevistas semiformais com elementos considerados pertinentes para recolha da informação;
- Questionário aos Parceiros realizado.

Resultados da Autoavaliação

Pontuação

Apresentamos a proposta de pontuação, através da utilização do sistema de pontuação avançado de acordo com as evidências, pontos fortes e áreas de melhoria encontrados pela Equipa de autoavaliação através de análise documental e entrevistas formais e semiformais.

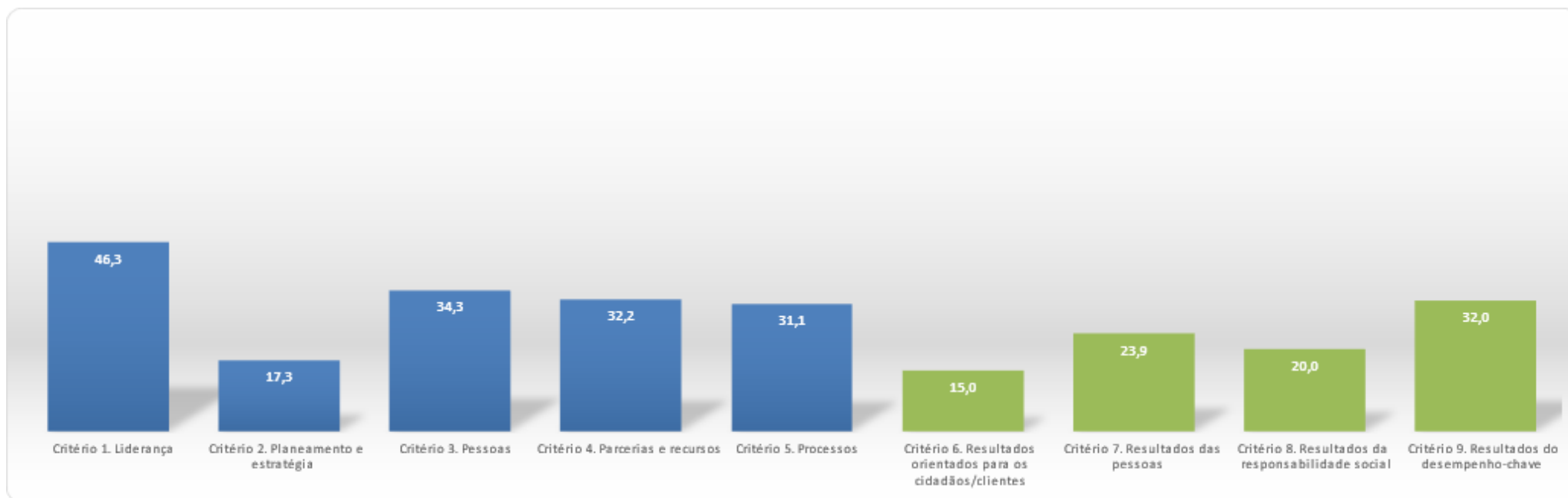


Fig. 4. Pontuação Global (resultados harmonizados em reunião de consenso de 18 de janeiro de 2022)

Apresenta-se a seguir uma análise das médias obtidas em cada critério e em cada um dos seus subcritérios, disponibilizando-se o detalhe das evidências recolhidas pela Equipa na Grelha de Autoavaliação. Apresenta-se ainda um quadro por critério com os principais pontos fortes e oportunidades de melhoria.



Fig. 5. Resultados da autoavaliação do critério 1- Liderança

Quadro 3. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 1 - Liderança

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> Existência de documentos estruturantes da organização Projetos Sama em curso (Ipdigital, Ecapacitar, Poliscalabis,...) Relatório diagnóstico da Política de Proteção de Dados. Nomeação do DPO Implementação do sistema de garantia da qualidade. Implementação de indicadores de gestão. Existência de relatório de avaliação e qualidade Existência de momentos de avaliação externa. Verificação de contas por auditores Provedor do estudante. Monitorização o portal da queixa. Diversas Medidas de apoio ao estudante Responsabilidade Social. Portal Antigos Alunos (<i>Alumni</i>). Existência de Projetos Nacionais e Internacionais. Constituição do Conselho Geral (6 elementos externos). São promovidas parcerias com diversas entidades na Existência de <i>Newletters</i> internas. Presença nas redes sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> Sistematizar o formato de disponibilização da informação (contexto, estrutura e local); Melhorar a articulação nos relatórios entre SC e as escolas ao nível da nomenclatura e dos conteúdos; Refletir sobre a atualidade dos instrumentos de gestão (missão, visão, estratégia); Incluir no plano de atividades e nos relatórios de atividade anuais análises de execução dos anos anteriores e reflexão sobre os dados apresentados e estratégias de correção; Uniformizar os processos; Promover a descrição de funções e a sua segregação; Promover a implementação das ações identificadas em diversos tipos de relatórios; Promover a correta utilização das plataformas; Melhorar e uniformizar a informação nas diferentes UO's; Melhorar a divulgação da informação sobre protocolos e parcerias; Promover a atualização sistemática dos projetos



Fig. 6. Resultados da autoavaliação do critério 2- Planeamento e Estratégia

Quadro 4. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 2 - Planeamento e Estratégia

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> • São ouvidas partes interessadas no processo de construção do Plano Estratégico • Existência de análise SWOT derivante das reuniões de trabalho • Identificação coerente, no P.E, de Eixos - Objetivos - Linhas de Orientação • Existência de cronograma associado ao plano de ação com distinção de ações de curto e médio prazo • Existência de projetos de modernização administrativa em curso; Existência do CIEQV enquanto aglutinador de competências de investigação 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir processos de recolha de informação sistematizados • Utilização de <i>Frameworks</i> de análise estratégica que permitam maior detalhe e objetividade na análise (e.g. PESTAL) • Criação de estrutura funcional para dar resposta a necessidades de planeamento e estratégia • Integrar Metas com objetivos das políticas nacionais e internacionais para a educação, ciência e áreas sectoriais associadas às Escolas do IPSantarém • Envolver a comunidade interna e externa no desenvolvimento do plano de ação • Definir processos de revisão sistemática dos planos de ação • Criar estrutura para questões de planeamento e estratégia; Definir responsáveis e periodicidade de reporte. • Definir processos para articulação entre os P.A. das Escolas e o P.E. do IPSantarém • Criação/Adoção de plataforma de comunicação contínua dos resultados (e.g. tipo <i>dashboard</i>), passível de consulta por qualquer elemento da comunidade • Melhor definição dos principais <i>stakeholders</i> da região e definição de procedimentos de consulta • Desenvolver plano de comunicação interna; Reforçar com RHs a estrutura funcional responsável pela Comunicação Institucional • Desenvolver/adotar sistema de gestão da informação



Fig. 7. Resultados da autoavaliação do critério 3 – Pessoas

Quadro 5. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 3 – Pessoas

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> Os dados e os indicadores existem no IPSantarém sendo recolhidos para remessa à DGAEP (SIOE). A promoção de trabalhadores ocorre nas carreiras de regime especial nos termos da legislação em vigor. Nas carreiras de regime geral - carreiras horizontais - não existe esta possibilidade legal. Recolha de dados através do <i>power BI</i>, Balanço Social e relatório enviado ao INA. Na Escola Superior de Saúde existe um plano de formação e respetivos relatórios. Na Divisão de Recursos Humanos é efetuado o registo de formações e enviado ao INA. Projeto já existente no gabinete de saúde e apoio psicopedagógico tendo sido iniciado o alargamento de apoio aos funcionários quando solicitado. Identificadas as necessidades para pessoas com deficiências e adaptados os equipamentos e/ou materiais para estes funcionários. Existem iniciativas de reconhecimento pontuais, por iniciativa das chefias intermédias. Os valores praticados pelo ginásio para os funcionários são mais baixos. Existem protocolos celebrados entre o IPSantarem e algumas entidades por forma a que os trabalhadores possam usufruir de descontos em determinadas aquisições (oculista, dentista, ginásios). Seguro com a Multicare, pode ser articulado com os RH. 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento anual de necessidades de RH junto das UO's com elaboração de plano pelos SC do IPSantarem. Rever os procedimentos implementados. Implementação de medidas de acordo com a análise aos indicadores efetuada. Criação dentro da Divisão de RH de 2 serviços dependentes da chefe de divisão, sendo: o Gabinete de gestão de recursos humanos e o Gabinete de formação dos trabalhadores implementar, junto da divisão de RH o serviço de Segurança e Saúde no trabalho Promoção e incentivo do pessoal docente e não docente para frequentar ações de formação, estimulando-o a práticas de desempenho inovadoras. Organizar reuniões mensais com Administrador/Secretários de todas as UOS e/ou Dirigentes dos Serviços Centrais para transmissão de informação pertinente, fomentando o espírito de corpo entre dirigentes e funcionários. Verificar: * custos com acidentes em serviço, *Absentismo por motivo de acidente



Fig. 8. Resultados da autoavaliação do critério 4 – Parcerias e Recursos

Quadro 6. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 4 – Parcerias e Recursos

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> • São estabelecidos protocolos, geridas as parcerias e projetos. • Existe uma ficha de qualificação dos fornecedores e as escolhas são feitas com base no perfil dos fornecedores e no preço mais baixo. • Existem parceiros chave institucionais. • Existência de um regulamento de prestação de serviços que regulamenta os serviços prestados designadamente auditorias prestadas a entidades externas, análises laboratoriais etc. Interação dos alunos no SIGARRA; • Publicitação das contas de gerência individuais e consolidadas no site do Instituto. • Respostas dos alunos aos inquéritos • Auditorias ROC, Relatório de gestão evidencia a diversa informação de uma forma transparente e simplificada • Têm sido implementadas medidas de forma a reduzir as reservas na CLC • Projeto Ecapacitar. • Os objetivos de desenho de tecnologia estão definidos e há a consciência da melhoria; Nomeação da comissão de proteção de dados; Resposta ao inquérito de RGD pelos estudantes; Passwords com definições específicas; • Obtenção do financiamento do projeto POSEUR • Existência de contentores para a separação dos resíduos, no complexo Andaluz 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da plataforma que permita avaliar os benefícios/resultados dos protocolos e projetos celebrados; • Criação, na página do Instituto, de um menu de sugestões; • Aplicar o regulamento de prestação de serviços; • Tentar que o orçamento anual contemple todas as despesas fixas existentes; • Terminar com as reservas apresentadas no Relatório de auditoria financeira; • Aumentar o orçamento disponível para a formação; • Definição de indicadores de eficácia da comunicação; • A análise de dados passar a ser unicamente automática; • Criação de metodologia para o armazenamento de dados • Definir procedimentos para a gestão dos dados após saída • Definir plano de manutenção da infraestrutura.



Fig. 9. Resultados da autoavaliação do critério 5 – Processos
Quadro 7. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 5 – Processos

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de documentos estruturantes da organização, Manual da qualidade, Políticas, Plataformas de suporte, Manual do módulo de investigação científica UIIPS • Gestores de processo nomeados, grupos de melhoria contínua • Realização de auditorias internas • Oferta formativa: criação de ciclos de estudos e de outra formação. Audição do Conselho Pedagógico (integra estudantes)/ Regulamento para estudantes com necessidades educativas especiais. • Consulta de entidades externas do meio empresarial sobre os planos de estudos. Protocolos com Associações e empresas de âmbito regional (prestação de serviços; estágios para estudantes) // Gabinete de candidaturas dirigido aos novos estudantes//Candidaturas e matrículas "online"// Rede NEE// Gabinete de Saúde e acompanhamento psicopedagógico//Provedor do Estudante//Ações organizadas, anualmente, de promoção da oferta formativa// Unidade de coordenação dos cursos TeSP// Coordenadores de Cursos • Revisão e alteração de planos de estudos// Inquéritos a docentes (anuais) e a estudantes (semestrais)// Relatórios anuais dos Coordenadores de Curso • Gestão de reclamações 	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar Manual da qualidade após aprovação do plano estratégico. Simplificar processos. Centralização de serviços de natureza transversal • Acessibilidade à informação no GDOC • Criar meio eficaz de comunicação de pontos a rever/melhorar nos processos • Criar mecanismos de implementação/controlo dos pontos fracos identificados em cada processo • Cursos em parceria entre as UO. Oferta de formação pós-graduada e microcredenciais • Definir indicadores/ Implementar mecanismos de tratamento dos resultados negativos dos inquéritos aos estudantes./ Relatórios anuais dos coordenadores de TeSP • Implementar mecanismos de incentivo à resposta aos inquéritos pelos estudantes. • Eliminação de sobreposição de funções entre serviços centrais e UO



Fig. 10. Resultados da autoavaliação do critério 6- Resultados orientados para os Cidadãos/ Clientes

Quadro 8. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 6- Resultados orientados para os Cidadãos/ Clientes

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> • nº de serviços avaliados pelos estudantes; • avaliação superior a 2.6 numa escala de 1 a 4; evidências: inquéritos (GDOC) • baixo número de reclamações; nº de canais de informação e nº de utilizadores; atualização das páginas da web. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a percentagem de respondentes; • Incluir nos inquéritos perguntas relativas à acessibilidade da organização, capacitação para comunicação em idiomas estrangeiros, diferenciação de serviços, recursos para inovação e agilidade da organização, e confiança na organização; • Criar formas de motivação e envolvimento dos estudantes; • Atribuição de certificados/créditos para suplemento ao diploma; • Inquérito à comunidade estudantil sobre atividades pedagógicas, científicas, culturais e artísticas que lhes interessem. • Estabelecer metas para todos os indicadores. • Colocar os mesmos indicadores nos planos e relatórios de atividades; • Disponibilizar aos estudantes um resumo dos indicadores de desempenho da instituição. Estabelecer metas para indicadores de desempenho.



Fig. 11. Resultados da autoavaliação do critério 7- Resultados das Pessoas

Quadro 9. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 7- Resultados das Pessoas

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de questionários nos SC e UO; • Satisfação global com o local de trabalho e imagem da IES na comunidade envolvente; • Boa relação entre os trabalhadores e superiores hierárquicos; • Existência de indicadores de caracterização da IES; • Reconhecimento individual e das equipas; • Identificação de melhorias na capacidade de resposta e satisfação das necessidades dos cidadãos / clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração dos modelos dos questionários e uniformização dos mesmos, bem como dos relatórios; • Aplicação e definição de medidas estratégicas no âmbito dos resultados dos questionários; • Aumentar os indicadores de desempenho da IES; • Divulgação de resultados interna e externamente.



Fig. 12. Resultados da autoavaliação do critério 8 - Resultados da Responsabilidade Social

Quadro 10. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 8 - Resultados da Responsabilidade Social

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> • Existência do Manual dos Indicadores da Responsabilidade Social das Instituições do Ensino Superior (IRSIES) • Existência do questionário de auscultação à comunidade para avaliação da satisfação das entidades parceiras do IPSantarém • De uma forma genérica, a comunidade está satisfeita com o IPSantarém no que concerne: ao impacto sobre a qualidade de vida dos/as cidadãos/ãs e clientes; ao cumprimento das responsabilidades e compromissos com as parcerias; à transparência, ética e integridade • Variedade de iniciativas/ações em curso • Número de funcionários/as com incapacidade • Marca Entidade Empregadora Inclusiva • Número de bolsas de estudo atribuídas • Número de artigos publicados sobre o IPSantarém. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a comunicação e divulgação dos indicadores • Necessidade de implementar um sistema de gestão ambiental (e sustentabilidade) • Estudar o impacto das iniciativas do IPSantarém na inovação, no desenvolvimento económico e na sustentabilidade região • Oferta de formação à comunidade Educativa (funcionários/as docentes e não docentes e estudantes).

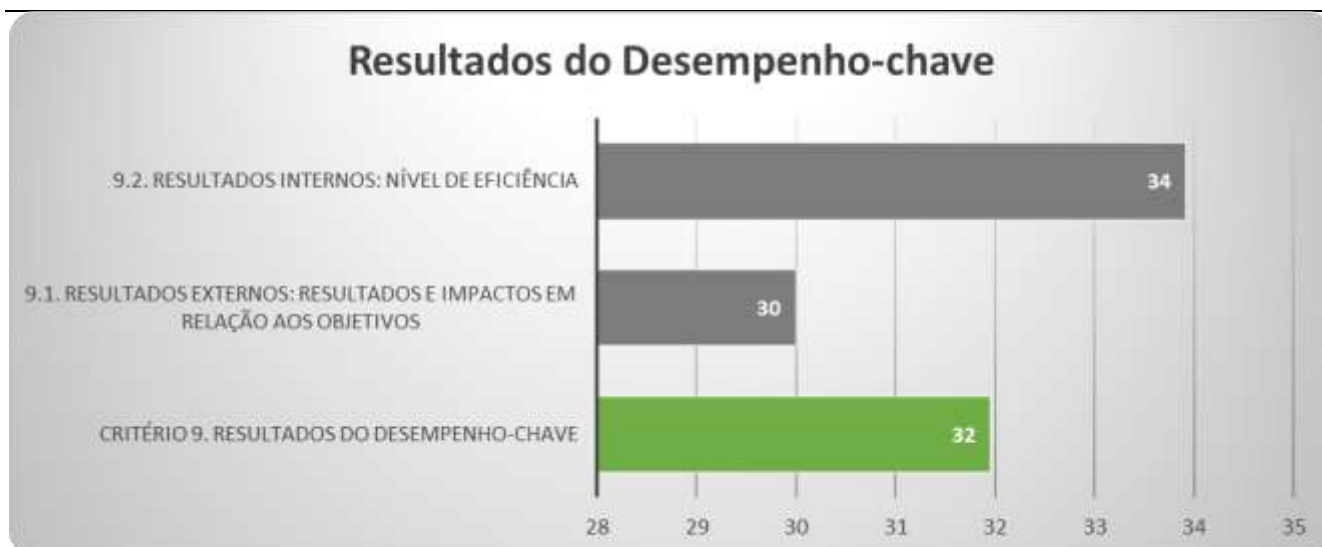


Fig. 13. Resultados da autoavaliação do critério 9 - Resultados do Desempenho Chave

Quadro 11. Pontos Fortes e Sugestões de Melhoria – Critério 9 - Resultados do Desempenho Chave

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
<ul style="list-style-type: none"> A Instituição tem a preocupação de apresentar as metas a atingir e com os resultados alcançados, divulgando os planos e relatórios de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar um sistema de monitorização, por forma a ir acompanhando se os resultados estão a ser alcançados Terminar a uniformização dos processos/planos de atividades/ páginas de divulgação entre as diversas UO.

Ações de melhoria propostas

Considerando os pontos fracos identificados durante o processo de autoavaliação, foram registadas, na grelha de autoavaliação, 66 sugestões de melhoria pela Equipa de autoavaliação.

Após a aprovação deste relatório será efetuada pela equipa de autoavaliação e pela presidência a priorização das sugestões de melhoria de forma a identificar os projetos para implementação através de plano de melhorias, bem como a existência de Quick Wins¹.

¹ Ações de implementação imediata e que não carecem de recursos humanos e financeiros significativos.

Conclusão

O processo de autoavaliação do IP SANTARÉM, de acordo com a metodologia CAF, decorreu num período de tempo mais longo do que previsto aquando da fase de planeamento, tal facto deveu-se à dificuldade de operacionalizar a ferramenta de auscultação dos parceiros.

Nesta tarefa, as equipas responsáveis beneficiaram bastante da experiência da empresa consultora contratada pelo IP SANTARÉM, cujos colaboradores destacados para as apoiar ajudaram a compreender os objetivos da CAF e esclareceram dúvidas sobre todas as fases do processo de autoavaliação. Por outro lado, da parte do IP SANTARÉM, todos os intervenientes se empenharam em contribuir para um processo aberto e transparente, desenvolvendo um trabalho exaustivo de procura de evidências e de identificação de pontos fracos e fortes.

As evidências foram identificadas através de análise documental, resultados de inquéritos aplicados no IP SANTARÉM e entrevistas informais a elementos-chave da instituição. As evidências recolhidas foram registadas na pasta digital do projeto e classificadas por sub-critério CAF, onde também foram incluídas as grelhas de autoavaliação por critério CAF.

Neste diagnóstico, foram apresentados os Pontos Fortes, os pontos fracos e as sugestões de melhoria. Os Pontos Fortes referem-se aos aspetos que o IP Santarém já desempenha com qualidade e para os quais podem ser apresentadas evidências do trabalho realizado, por vezes ao longo de vários anos. Quanto às sugestões de melhoria, são descritos os aspetos em que o IP Santarém deve estabelecer medidas, de modo a conseguir obter de uma maior satisfação por parte, não só da comunidade interna de colaboradores, como também dos seus parceiros e utentes.

Em geral, a pontuação foi atribuída pelo responsável do critério, tendo sido apresentada, discutida e votada em reunião de consenso, realizada no dia 18 de janeiro de 2022. A pontuação revela que, nos critérios Meios, o IP Santarém tem uma pontuação média de “32,2”, resultado que advém da necessidade do instituto consolidar as suas atividades de planeamento e comunicação e implementar metodologias de avaliação e revisão das suas metodologias. Relativamente aos critérios Resultados, apresenta-se uma pontuação média de “22,7”, que evidencia que o IP Santarém, contribui para esta baixa pontuação o facto de não haver metas previamente definidas para a maior parte dos indicadores utilizados na avaliação dos critérios. Este facto impossibilita a avaliação dos indicadores de resultados com base no seu valor isolado, conduzindo à necessidade de a avaliação se focar nas tendências (note-se que tendência estável num resultado excelente implica uma pontuação no intervalo 11-30).

Após a aprovação deste relatório será efetuada pela equipa de autoavaliação e pela presidência a priorização das sugestões de melhoria de forma a identificar os projetos para implementação através de plano de melhorias, bem como a existência de Quick Wins.

Bibliografia

DGAEP, 2020 – **CAF 2020– Melhorar as organizações públicas através da autoavaliação.**

Edição Portuguesa, Lisboa, Direção Geral da administração e do Emprego Público (DGAEP).

ISO 31000:2018 – **Risk Management – Guidelines**, International Organization for Standardization, 2018.

ISO Guide 73:2009 – **Risk Management – Vocabulary**, International Organization for Standardization, 2009.

KERZNER, H., 2009 – **Project Management – A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling**. Hoboken, New Jersey, John Wiley and Sons, Inc.

ANEXOS