



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

| <b>Critérios e atribuições</b>            | <b>Nome</b>                          |
|---|--------------------------------------|
| <b>Coordenador Projeto</b>                | 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/<br>Unidades orgânicas do IP Santarém | Informação da aprovação do Projeto   | Gestão documental  | Presidente                           | Uma comunicação | <b>Conhecimento por parte dos responsáveis</b>  |
|   | 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<br>Suportes da reunião (a enviar aos participantes)              | Presidente<br>Coordenador de projeto | Uma sessão      | <b>Divulgação alargada do projeto CAF</b><br><b>Informação sobre a relevância do projeto para o IP Santarém</b><br><b>Sensibilização e envolvimento de todos para a CAF</b> |
|   | 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<br>Documentos de suporte às ações efetuadas | Coordenador de projeto               | Uma sessão      | <b>Adequação do Plano de</b>  |

| 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          | <b>Divulgação</b>  |
|                                      | Fev/2022            | Colaboradores IP Santarém | Relatório Autoavaliação, Plano Melhorias e constituição Equipa de Melhorias | Sessão solene para os colaboradores<br><br>Divulgação informação pela intranet e/ou comunicação interna | Presidente              | Uma sessão          | <b>Divulgação</b>  |
|                                      | Jul/2022            | Colaboradores IP Santarém | Apresentação pedido Reconhecimento PEF                                      | Comunicação interna   | Presidente              | Uma comunicação     | <b>Informação sobre a relevância do projeto para o IP Santarém</b> |
|                                      | Jan/2021 a Set/2022 | Equipa(s) Melhoria        | Mecanismos monitorização áreas melhoria                                     | Sessões de trabalho com a Equipa de Melhorias   | Coordenação Projeto     | Reuniões periódicas | <b>Projetos de melhoria acompanhados e ações implementadas</b>     |
|                                      | Set/2022            | Colaboradores IP Santarém | Resultados Áreas de Melhoria e apresentação reconhecimento PEF              | Sessão solene para os colaboradores<br><br>Divulgação informação pela intranet                          | Presidente              | Uma sessão          | <b>Informação sobre a relevância do projeto para o IP Santarém</b> |

---

## 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. |
| <b>FASE</b>                         | <b>EVIDÊNCIAS</b>  | 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. |      |
| <b>PLAN</b><br>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.<br><b>Pontuação:</b> |   |  |   |   |  |   |      |
| <b>DO</b><br>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.<br><b>Pontuação:</b>                        |   |  |   |   |  |   |      |
| <b>CHECK</b><br>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.<br><b>Pontuação:</b>            |   |  |   |   |  |   |      |
| <b>ACT</b><br>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.<br><b>Pontuação:</b>                        |   |  |   |   |  |   |      |

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  |
| <b>TENDÊNCIAS</b>                        | Não há resultados avaliados.                          | Tendência negativa.<br> | Tendência estável ou progresso pouco significativo.<br> | Progresso sustentável.<br> | Progresso considerável.<br> | Comparações positivas sobre todos os resultados com outras organizações relevantes. |
| <b>Pontuação</b>                         |   |  |  |   |  |   |
| <b>METAS</b>                             | 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.  |
| <b>Pontuação</b>                         |   |  |  |   |  |   |

#### 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.

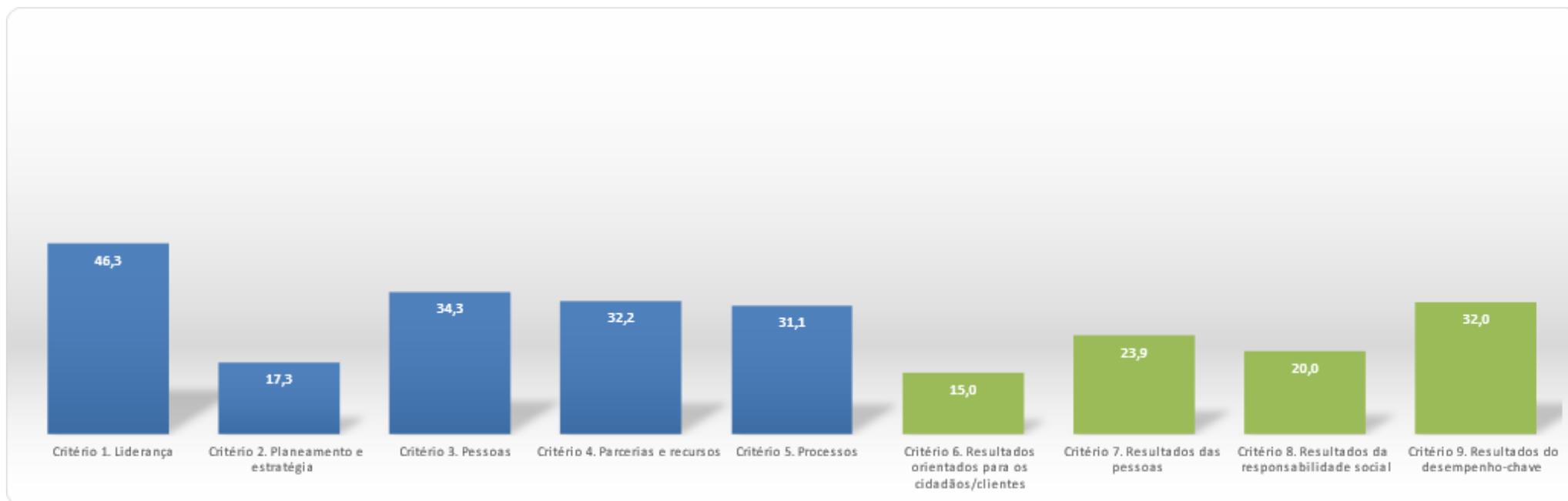
Para esta avaliação, a equipa teve em conta a sua visão concreta e precisa do modo de funcionamento da organização e dos seus resultados, de forma a proceder à identificação das evidências que melhor robustecem cada critério e indicador, tendo recorrido aos seguintes instrumentos para recolha e identificação 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"> <li>Existência de documentos estruturantes da organização</li> <li>Projetos Sama em curso (Ipdigital, Ecapacitar, Poliscalabis,...)</li> <li>Relatório diagnóstico da Política de Proteção de Dados. Nomeação do DPO</li> <li>Implementação do sistema de garantia da qualidade. Implementação de indicadores de gestão. Existência de relatório de avaliação e qualidade</li> <li>Existência de momentos de avaliação externa. Verificação de contas por auditores</li> <li>Provedor do estudante. Monitorização o portal da queixa. Diversas Medidas de apoio ao estudante</li> <li>Responsabilidade Social. Portal Antigos Alunos (<i>Alumni</i>).</li> <li>Existência de Projetos Nacionais e Internacionais.</li> <li>Constituição do Conselho Geral (6 elementos externos). São promovidas parcerias com diversas entidades na</li> <li>Existência de <i>Newletters</i> internas. Presença nas redes sociais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistematizar o formato de disponibilização da informação (contexto, estrutura e local);</li> <li>Melhorar a articulação nos relatórios entre SC e as escolas ao nível da nomenclatura e dos conteúdos;</li> <li>Refletir sobre a atualidade dos instrumentos de gestão (missão, visão, estratégia);</li> <li>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;</li> <li>Uniformizar os processos;</li> <li>Promover a descrição de funções e a sua segregação;</li> <li>Promover a implementação das ações identificadas em diversos tipos de relatórios;</li> <li>Promover a correta utilização das plataformas;</li> <li>Melhorar e uniformizar a informação nas diferentes UO's;</li> <li>Melhorar a divulgação da informação sobre protocolos e parcerias;</li> <li>Promover a atualização sistemática dos projetos</li> </ul> |



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



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"> <li>Os dados e os indicadores existem no IPSantarém sendo recolhidos para remessa à DGAEP (SIOE).</li> <li>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.</li> <li>Recolha de dados através do <i>power BI</i>, Balanço Social e relatório enviado ao INA.</li> <li>Na Escola Superior de Saúde existe um plano de formação e respetivos relatórios.</li> <li>Na Divisão de Recursos Humanos é efetuado o registo de formações e enviado ao INA.</li> <li>Projeto já existente no gabinete de saúde e apoio psicopedagógico tendo sido iniciado o alargamento de apoio aos funcionários quando solicitado.</li> <li>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.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Levantamento anual de necessidades de RH junto das UO's com elaboração de plano pelos SC do IPSantarem.</li> <li>Rever os procedimentos implementados.</li> <li>Implementação de medidas de acordo com a análise aos indicadores efetuada.</li> <li>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</li> <li>Promoção e incentivo do pessoal docente e não docente para frequentar ações de formação, estimulando-o a práticas de desempenho inovadoras.</li> <li>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.</li> <li>Verificar: * custos com acidentes em serviço, *Absentismo por motivo de acidente</li> </ul> |



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

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

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



**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"> <li>• Existência de documentos estruturantes da organização, Manual da qualidade, Políticas, Plataformas de suporte, Manual do módulo de investigação científica UIIPS</li> <li>• Gestores de processo nomeados, grupos de melhoria contínua</li> <li>• Realização de auditorias internas</li> <li>• Oferta formativa: criação de ciclos de estudos e de outra formação. Audição do Conselho Pedagógico (integra estudantes)/ Regulamento para estudantes com necessidades educativas especiais.</li> <li>• 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</li> <li>• Revisão e alteração de planos de estudos// Inquéritos a docentes (anuais) e a estudantes (semestrais)// Relatórios anuais dos Coordenadores de Curso</li> <li>• Gestão de reclamações</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualizar Manual da qualidade após aprovação do plano estratégico. Simplificar processos. Centralização de serviços de natureza transversal</li> <li>• Acessibilidade à informação no GDOC</li> <li>• Criar meio eficaz de comunicação de pontos a rever/melhorar nos processos</li> <li>• Criar mecanismos de implementação/controlo dos pontos fracos identificados em cada processo</li> <li>• Cursos em parceria entre as UO. Oferta de formação pós-graduada e microcredenciais</li> <li>• Definir indicadores/ Implementar mecanismos de tratamento dos resultados negativos dos inquéritos aos estudantes./ Relatórios anuais dos coordenadores de TeSP</li> <li>• Implementar mecanismos de incentivo à resposta aos inquéritos pelos estudantes.</li> <li>• Eliminação de sobreposição de funções entre serviços centrais e UO</li> </ul> |



**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"> <li>• nº de serviços avaliados pelos estudantes;</li> <li>• avaliação superior a 2.6 numa escala de 1 a 4; evidências: inquéritos (GDOC)</li> <li>• baixo número de reclamações; nº de canais de informação e nº de utilizadores; atualização das páginas da web.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a percentagem de respondentes;</li> <li>• 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;</li> <li>• Criar formas de motivação e envolvimento dos estudantes;</li> <li>• Atribuição de certificados/créditos para suplemento ao diploma;</li> <li>• Inquérito à comunidade estudantil sobre atividades pedagógicas, científicas, culturais e artísticas que lhes interessem.</li> <li>• Estabelecer metas para todos os indicadores.</li> <li>• Colocar os mesmos indicadores nos planos e relatórios de atividades;</li> <li>• Disponibilizar aos estudantes um resumo dos indicadores de desempenho da instituição. Estabelecer metas para indicadores de desempenho.</li> </ul> |



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

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

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



**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

| <b>Pontos Fortes</b>  | <b>Oportunidades de Melhoria</b>   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência do Manual dos Indicadores da Responsabilidade Social das Instituições do Ensino Superior (IRSIES)</li> <li>• Existência do questionário de auscultação à comunidade para avaliação da satisfação das entidades parceiras do IPSantarém</li> <li>• 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</li> <li>• Variedade de iniciativas/ações em curso</li> <li>• Número de funcionários/as com incapacidade</li> <li>• Marca Entidade Empregadora Inclusiva</li> <li>• Número de bolsas de estudo atribuídas</li> <li>• Número de artigos publicados sobre o IPSantarém.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a comunicação e divulgação dos indicadores</li> <li>• Necessidade de implementar um sistema de gestão ambiental (e sustentabilidade)</li> <li>• Estudar o impacto das iniciativas do IPSantarém na inovação, no desenvolvimento económico e na sustentabilidade região</li> <li>• Oferta de formação à comunidade Educativa (funcionários/as docentes e não docentes e estudantes).</li> </ul> |



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

## 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 Wins<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> 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 e 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