



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

# BALANÇO DA QUALIDADE

ANO LETIVO 2020/2021

Abril de 2022

## Chave de Siglas

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

## Índice

INTRODUÇÃO.....	3
1. OBJETIVO .....	4
2. SEGUIMENTO DAS AÇÕES RESULTANTES DA ANTERIOR REVISÃO.....	4
3. RESULTADO DAS AUDITORIAS .....	8
3.1 AUDITORIAS INTERNAS.....	8
3.2 AUDITORIAS EXTERNAS.....	18
4. DESEMPENHO DOS PROCESSOS .....	18
4.1 PROCESSO DE REALIZAÇÃO .....	19
4.1.1 Área de análise – Ensino .....	19
4.1.2 Área de análise – Investigação .....	26
4.1.3 Área de análise - Interação com a Sociedade .....	29
4.1.4 Área de análise - Internacionalização e Mobilidade.....	30
4.2 PROCESSO DE SUPORTE.....	32
4.3 PROCESSO DE GESTÃO E MELHORIA .....	37
4.3.1- Área de Análise - Sistema da Qualidade .....	37
4.3.2 Estado das ações Desenvolvidas .....	38
4.3.3 Aspectos que possam afetar o SIGQ .....	40
4.3.4 Pontos fortes, fracos e recomendações de melhoria .....	41

## **INTRODUÇÃO**

O Balço da Qualidade que aqui se apresenta mostra o desenvolvimento do SIGQ da ESESJC durante o ano letivo 2020/2021 e descreve todas as atividades relacionadas com a execuo, abrangendo todas as áreas com implicao na Unidade Orgânica.

O Sistema Interno de Garantia da Qualidade tem como principal orientao o Plano Estratégico Institucional que entrou em vigor em janeiro de 2021 com efeito no próximo quadrinio (2021/2025).

A monitorizao do sistema instituído segue as orientaes do Manual da Qualidade. Apoia-se nas auditorias internas e externas e o Planeamento e Monitorizao formalizam a interligao dos processos com as áreas de análise, a política da qualidade, os indicadores e objetivos institucionais, assim como as metas a atingir, a sua periodicidade, responsabilidade na monitorizao, resultados e análise dos mesmos.

O Gabinete da Qualidade acompanha e monitoriza a melhoria contínua do Sistema Interno de Garantia da Qualidade, tendo por base os indicadores definidos anualmente (Planeamento e Monitorizao do SIGQ), os planos de melhoria e as ocorrências, assim como a execuo das orientaes do Manual da Qualidade.

Durante o ano letivo 2020/2021, as auditorias internas contaram com 7 auditores, sendo um deles externo e decorreram na sequência das necessidades de monitorizao resultantes dos diferentes referenciais. Também, durante o ano letivo em análise, preparou-se o relatório de Avaliao do SIGQ e submeteu-se o pedido de recertificao A3ES em julho de 2021.

## 1. OBJETIVO

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

## 2. SEGUIMENTO DAS AOES RESULTANTES DA ANTERIOR REVISÃO

As aoes resultantes da reflexão efetuada em 2020, tiveram como objetivo a melhoria da eficácia do SIGQ, e encontram-se expressas no quadro seguinte.

**Quadro 1 - Aoes resultantes de revisões anteriores**

Assunto	Sugestões de melhoria	Ao Realizada
PMSIGQ	- Os dados colhidos pelos diferentes serviços, gabinetes e órgãos deverão ser enviados ao gabinete da estatística e este realizar o seu lançamento no PMSIGQ, de forma a evitar que vários intervenientes manuseiem este documento.	Foi comunicada a decisão e o preenchimento está a ser feito pelo Gabinete de Estatística, embora com alguns constrangimentos.
Registo da atividade Científica	- Promover o registo de forma controlada, privilegiando a informao atempada ao CTC	Foi criado um Formulário (Form 236) que permite o registo semestral de toda a atividade científica de cada docente e a comunicao ao CTC.
- O ciclo de melhoria continua e o processo de alimentao do SIGQ	- Criar um sistema forte conseguido através do ciclo de melhoria contínua.	Foi constituída uma nova equipa de trabalho do Gabinete da Qualidade, com novas dinâmicas e métodos de trabalho.

	- Manter o processo de monitorização do SIGQ de forma consistente	Melhorada a acessibilidade aos documentos de registo e monitorização dos planos de melhoria e das ocorrências.
- Manual da Qualidade com necessidade de revisão	- Identificar os pontos a rever tendo em conta os novos Estatutos e Plano Estratégico	Aguarda-se a publicação dos novos Estatutos que se estima para breve.
Internacionalização.	- Criar novos parâmetros de avaliação	Os indicadores encontram-se em desenvolvimento e sistematização.
Avaliação dos Funcionários não docentes	- Alterar Regulamento de Avaliação dos Funcionários não docentes	Foi reformulado e está a ser desenvolvido. Previsto a sua aplicação no início de 2023
Avaliação dos docentes	- Rever Regulamento de Avaliação dos Docentes	Em vias de reformulação.
Código de Conduta	- Rever e publicar	Encontra-se publicado.
Auditorias	- Promover junto dos Órgãos e Coordenações de Cursos a responsabilidade na identificação das necessidades de auditorias	Já existe sensibilização neste sentido. O plano de 2021 contou com auditorias propostas pelo Conselho Pedagógico.
- Informação pública	- Promover verificação periódica das publicações no portal público - Melhorar a imagem e funcionalidades do Portal Público - Atualização do portal público para permitir a resposta ao <i>Erasmus Without Paper</i>	Encontra-se em vias de publicação o novo portal institucional.
Inquéritos	- Promover a resposta dos colaboradores externos aos inquéritos	Foram desenvolvidas estratégias no sentido de aumentar a adesão nas

		respostas com contactos telefnicos diretos.
Formulário do Planeamento dos Cursos e do Relatório dos Cursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simplificar os formulários retirando toda a informao que se encontra repetida</li> <li>- Simplificar a descrio dos dados referentes ao relatório desenvolvendo no portal corporativo a possibilidade de registo segundo as orientaes da A3Es</li> </ul>	<p>A coordenadora do CLE encontra-se a elaborar o formulário</p> <p>Foi solicitado à Informar a possibilidade de elaborao do relatório de curso no portal, diminuindo assim a possibilidade de duplicao de dados de trabalho.</p>
Dificuldade em manter os dados estatísticos a tempo da elaborao dos relatórios anuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir a distribuo dos inquéritos</li> <li>- Lançamento e tratamento estatístico dos indicadores do PMSIGQ</li> </ul>	Verificam-se melhorias no lançamento da informao.
Relatórios anuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a execuo dos relatórios atempadamente</li> </ul>	rgos, Gabinetes e Serviços demonstram uma melhor resposta em termos de esquematizao da informao e respeito pelo planeamento instituído.
Planos de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar planos de melhoria e avaliar interveno</li> </ul>	O acompanhamento pelo G Qualidade tem proporcionado resposta mais cuidada e assídua.
Ocorrências	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar ocorrências e resoluo das mesmas de forma atempada</li> </ul>	O acompanhamento pelo G Qualidade tem aumentado as respostas forma mais atempada.

O ano letivo 2020/2021 foi um ano também marcado pela pandemia COVID19, e, com o rescaldo das adaptaes feitas no ano 2019/2020 nas atividades de ensino aprendizagem e avaliao de conhecimentos e competências, aprovadas pelos Conselhos Técnico Científico e Pedagógico e segundo as orientaes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Ministério da Saúde. Estas adaptaes, tiveram impacto na organizao estrutural e dinâmica

dos Cursos, e contemplaram tanto o Curso de Licenciatura em Enfermagem, como o CTesP e o Curso de Mestrado, assim como as Ps-graduações e formações que funcionaram durante este ano letivo. O processo de adaptação  condição de pandemia salvaguardou a progressão de atividades letivas respeitando as orientações superiores. Durante este ano letivo as condições, para a participação dos estudantes na vida acadmica, impunham o cumprimento das regras de distanciamento social, plasmadas no plano de contingência Covid19 da Cluny que acompanhou sempre as orientações regionais e nacionais.

A Reunião de Revisão do Sistema de 2021(ata n4/2022) foi feita com o objetivo de fazer o balanço sobre o desenvolvimento do SIGQ. Nesta reunião estiveram representantes dos rgos, Coordenadores de Curso, Gabinetes e Serviços de forma presencial. Todos os presentes tiveram conhecimento prévio da análise dos indicadores e planos de melhoria patentes nos relatórios dos órgãos, cursos, serviços e gabinetes. Realam-se alguns aspetos, identificados para melhoria, da análise efetuada:

- Promover a elaboração dos planos de melhoria por todos os órgãos gabinetes e serviços
- Melhorar todo o sistema de comunicação e gestão de ocorrências - Informar
- Melhorar os registos no documento PMSIGQ
- Refletir como se pode articular o GQ com a gestão dos indicadores de responsabilidade social
- Realizar a revisão do Regulamento de Avaliação dos Docentes e posterior avaliação
- Apresentar uma proposta de formulário de relatório de atividades dos gabinetes e serviços, mais objetiva, que o já existente.
- Apresentar proposta de Relatório de Curso
- Respeitar os tempos de lançamento de notas dos estudantes dos Cursos de Mestrado. Utilizar o NA quando o aluno não conclui trabalhos antes da data prevista para lançamento de notas.
- Incluir no Programa de auditoria de 2023 uma auditoria ao lançamento de notas.
- Promover o lançamento de horários junto da Funcionária do SOP no tempo estipulado
- Rever o ponto 13 na PGQ n 8 – Definir o método de execução das atividades do ano curricular.
- Diferenciar o Acrnio NA, identificando o Não Avaliado do Não Aplicável, no PMSIGQ.
- Adequar as diferentes metas expressas no PMSIGQ e corrigir as escalas.



### 3. RESULTADO DAS AUDITORIAS

No ano de 2021 o Gabinete da Qualidade desenvolveu várias auditorias internas, com a colaboração de todos os auditores internos e de um auditor externo e submeteu ao Conselho de Administração da A3ES o Relatório de autoavaliação do SIGQ com o pedido de recertificação.

Houve uma auditoria externa ao CTesP pelo Instituto para a Qualificação da Madeira.

#### 3.1 Auditorias Internas

As auditorias internas da ESESJC, no ano 2021, decorreram de acordo com o programado no que respeita aos referenciais a monitorizar. Houve necessidade de ajustar algumas datas de forma a não prejudicar o funcionamento dos serviços e responder a alguma disponibilidade, tanto dos auditados como dos auditores. Duas das auditorias programadas para 2021 aconteceram no início do ano 2022 na sequência dos ajustes relacionados com a sobreposição de agenda.

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

- Verificar a adoção da política para a garantia de qualidade e prossecução de objetivos de qualidade a nível Institucional
- Validar a aplicação da PGQ11 - Conceção, Alteração e Extinção de Cursos
- Verificar a submissão de pautas à Secretaria Académica e a situação de cada estudante dos Cursos de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica de 2016 a 2020 – processos concluídos e processos pendentes
- Verificar a concordância do funcionamento de uma Unidade Curricular dos Cursos a operar na ESESJC durante o ano 2021 com os Procedimentos, Instruções de Trabalho e Regulamentos Instituídos
- Monitorizar o registo dos projetos institucionais

- Verificar a aplicao do regulamento do serviço de Documentao e Biblioteca, procedimentos apensos e mecanismos que permitem melhorar a manuteno, gestão e adequao das atividades desenvolvidas.
- Verificar a aplicao do regulamento do Laboratório Avançado de Enfermagem e procedimentos aplicados.
- Verificar a aplicao do Manual do Portal Público, funcionamento, informao contida, conteúdos, links e hiperligaes
- Verificar o funcionamento do Gabinete da Qualidade – Funcionamento do SIGQ

Durante o ano 2021, muito embora limitados pelos planos de contingência associados à pandemia Covid 19, foram executadas 8 auditorias, 2 delas apenas documentais e as restantes presenciais.

O Documento de registo geral das auditorias foi considerado inadequado para a progressão do registo das auditorias, dado que condensa muita informao de difícil leitura rápida, não se tornando muito prático. Considera-se, no entanto, um documento de trabalho importante, que nos servirá de consulta, por nos mostrar de forma esquematizada e organizada a documentao necessária à autoavaliao de cada referencial.

Os registos das auditorias mantém-se no Alfresco, Documentos vários, Auditorias Internas/Externas, por ano de acontecimento. Os documentos a arquivar por auditoria passaram a ser o Plano de Auditoria, Ficha de Verificao (quando aplicado) e Relatório da Auditoria (Form. 69B, 70 e 71B)

Em cada auditoria foi auditado um referencial em parte ou no seu todo, dando ateno aos requisitos para a concretizao do mesmo com um levantamento inicial da documentao de apoio.

Como  já habitual, as auditorias internas promoveram momentos pedagógicos, de colaborao na identificao e discussão dos aspetos a melhorar. Durante a realizao destas auditorias foram dadas indicaes individuais aos auditados, tendo em conta as não conformidades detetadas e orientaes para as oportunidades de melhoria.

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

**Área: Referencial 1** – Organizao e Responsabilidade Institucional

Esta auditoria foi essencialmente documental, e, dado o objetivo a que se propôs, a mesma foi realizada em vários dias. Foi necessário certificar a existência dos vários documentos que permitem verificar a estratégia institucional para a melhoria contínua da qualidade, e, analisar o seu contduo. Desta forma foi possível garantir a sua coerência e conformidade.

Através do site da ESESJC consultou-se os seguintes documentos: Projeto educativo; política da qualidade; plano estratégico; manual da qualidade; relatório anual do CD (concretizao do plano estratégico); organograma; plano de atividades; estatutos. Consultou-se ainda no *Alfresco* o Planejamento e Monitorizao do SIGQ...

Os dados publicados clarificam a maioria dos itens referidos no art.º 29º do RJIES, em particular: consórcios de IES; ciclos de estudos em funcionamento conducentes  atribuio de grau acadmico e profissões regulamentadas para que qualificam; docentes e investigadores; resultados da acreditao e avaliao da instituio e dos seus ciclos de estudos; informao estatística (vagas, candidatos, estudantes inscritos, graus e diplomas conferidos, docentes, investigadores, outro pessoal, ao social escolar e financiamento público); empregabilidade dos titulares de graus acadmicos; informao geral dos seus graduados.

(Para dados mais abrangentes consultar o relatório de auditoria!)

**Área: Referencial 2** – Conceo e aprovao da oferta formativa

Auditoria documental ao processo de conceo do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica. Curso criado em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria – Porto que foi a Instituio Proponente.

Constatou-se, através da informao recolhida, a congruência/conformidade pelos pareceres favoráveis dos órgãos institucionais (atas CD, CTC e CP) e também a homologao junto das entidades competentes nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros e a A3ES.

Verificou-se passo a passo todos os pontos do PGQ não se apresentando qualquer não conformidade. Dado que foi um curso criado em parceria ficaram algumas sugestões, que apresentamos mais  frente, no sentido de que seja observada a garantia, mesmo na instituio não proponente, do processo desenvolvido.

**Área: Referencial 3 – Ensino aprendizagem avaliação**

Dentro deste referencial foram desenvolvidas 5 auditorias a diferentes Cursos e Unidades Curriculares, as quais foram propostas pelo Conselho Pedagógico.

Começou-se por uma Auditoria documental ao lançamento de notas do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. Neste âmbito, verificou-se primeiro o estado dos assuntos pendentes da última auditoria:

- os estudantes do curso iniciado em 2015 têm a sua situação regularizada.
- cinco estudantes do curso iniciado em 2016 não concluíram o curso, um pediu suspensão de matrícula, um abandonou o curso e três requereram uma quarta inscrição.
- os dez estudantes com situação pendente, do curso iniciado em 2017 (Plano de Estudos 2015B) seis concluíram os estudos no ano letivo 2020/2021. Dos restantes, um encontra-se em situação de suspensão de matrícula desde outubro de 2019, um abandonou o curso e 2 requereram uma quarta inscrição no ano letivo 2021/2022.
- no curso com início em 2019 (Plano de Estudos 2015) verificou-se ausência no lançamento e submissão de algumas notas.
- no curso iniciado no ano letivo 2020/2021 (Plano de Estudos 2020), 1º semestre, realizou-se a verificação do número de inscritos em cada UC, a existência de equivalências, o lançamento e a submissão de notas. Das dez UC verificadas, três apresentaram não conformidades.

As restantes auditorias às UCs em funcionamento, Métodos Estatísticos do Curso de Pós-Graduação de Gestão de Serviços de Saúde, Natureza, Regulação e desenvolvimento profissional em emergência do Curso de Pós-graduação em Emergência e Cuidados Intensivos, Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência e Peri operatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mostraram coerência com o estipulado e os procedimentos instituídos embora em algumas situações tenha havido utilização de ferramentas diferentes.

Verificou-se a existência de fichas das UCs atualizadas 2019/2020, os campos encontravam-se devidamente preenchidos e estavam publicadas nas pastas de cada UC, visível a todos os intervenientes. O Planeamento da UC estava coerente e conforme a ficha UC, com a distribuição por docente, respetiva carga horária e método de avaliação. No que respeita ao Plano de Aula, constatou-se que nem todos os regentes utilizam a ferramenta do Portal

destinada ao planejamento, no entanto alguns planos de aula são apresentados aos estudantes noutros formatos.

Os apontamentos das UCs encontram-se públicos nas pastas de cada disciplina.

Contatou-se a publicao de todos os sumrios das aulas executadas. Em todas as UCs, numa escolha aleatória de um sumário, verificou-se a coerência entre o descrito e o planejado na ficha da UC. Os critérios dos vários momentos de avaliao estavam disponibilizados para todos os intervenientes. Verificou-se em todas as UCs a publicao das notas parcelares e finais, assim como a sua submissão e validao pela Secretaria Acadmica. O processo de cálculo da nota final e lançamento de notas são claros e encontram-se executados. No que respeita  utilizao da ferramenta em Excel de notas do Portal, foi referido pelos Regentes auditados que em algumas situaes de importao para o Portal a ferramenta resultava em erros que para serem corrigidos requerem mais tempo, sendo esta situao contornada pela publicao manual das notas finais. As situaes identificadas com necessidade de correo e melhoria foram de imediato colmatadas.

#### **rea: Referencial 7** – Colaborao interinstitucional e com a comunidade

A auditoria desenvolvida foi essencialmente documental. Procedeu-se numa primeira fase  recolha de informao e documentao. Foram usados como instrumentos de trabalho, documentao arquivada no *Alfresco*, como a lista de protocolos, protocolos relacionados com os projetos institucionais, procedimentos, registo dos projetos institucionais e a listagem de projetos não acadmicos 2020/2021.

Verificou-se os registos do Form 227 - Registos dos Projetos Institucionais com a lista de protocolos. De seguida verificou-se a atualizao dos registos no que respeita  Comunidade, Ensino/Formao e Investigao e ainda a conformidade com o PGQ 21.

Verificou-se incoerência entre a lista de protocolos, protocolos registados no "Form 227" - Investigao, Ensino/Formao e Comunidade e os protocolos arquivados no *Alfresco*.

Verificou-se a falta de atualidade de registos no Form 227 no que respeita ao Ensino/formao e  Investigao. Por outro lado, os registos que dizem respeito aos projetos na comunidade mantém-se atualizados.

#### **rea: Referencial 10** – Recursos materiais e serviços

Neste referencial foram realizadas 2 auditorias uma ao Serviço de documentao e Biblioteca e outra ao Laboratório Avançado de Enfermagem.

A auditoria ao Centro de Documentação e Biblioteca desenvolveu-se apoiada na verificação da aplicação dos procedimentos instituídos (PGQ09;), formulários (Form 83; 84; 86; 87; 184), Regulamento, Plano de atividades, Plano de melhoria e Relatórios de anteriores Auditorias Externas.

Foram identificadas boas práticas relacionadas com a organização e apresentação dos documentos informativos e obras com temas atuais, assim como com a arrumação dos documentos históricos.

Foram selecionados alguns livros de forma aleatória no sentido de verificar procedimentos e regulamento. Foi também observado pelos auditores movimentação de requisição e entrega de livros que saíram da Biblioteca para consulta.

O relatório da auditoria descreve de forma minuciosa todos os aspetos observados pelos auditores. Realça-se aqui alguns aspetos que merecem urgente e especial atenção:

- o facto de ter sido referida a não aplicabilidade da PGQ 09 às atividades e rotinas do serviço de Biblioteca dado que a referida PGQ foi construída e validada pelos próprios gestores do serviço.
- alguns livros doados aguardam tratamento e definição de procedimento.
- o facto de se encontrar em falta a catalogação de livros e documentos que se arrasta desde 2013, alegadamente por falta de concentração e disponibilidade para o fazer.

No que respeita à auditoria ao Laboratório Avançado de Enfermagem, foi verificada uma boa resposta aos objetivos específicos do LAE, com uma boa dinâmica de funcionamento do serviço, boa gestão das atividades e manutenção do mesmo.

No entanto verificou-se por um lado, a necessidade urgente de revisão do Regulamento do LAE, dado que o mesmo não está coerente com a prática atual desenvolvida, justificado pela necessidade de facilitar o funcionamento do serviço. Por outro lado, verificou-se também que a PGQ 04 e todos os documentos associados urgem por uma revisão mais global. O Gabinete da Qualidade aguarda a proposta de uma regularização rápida de todos os documentos mencionados no sentido da coerência entre as orientações instituídas e o executado.

**Área: Referencial 12** – Informação pública

Foi uma auditoria feita em dois dias consecutivos com observação de todos os espaços e gavetas do portal. Seguiu-se o Manual do Portal Público, que respeita as orientações do RJES. Várias não conformidades foram detetadas e comunicadas de imediato, em reunião formal, à equipa responsável pelo Portal. Esta reunião resultou também em algumas orientações no que respeita à arrumação e organização da informação e verificação da obrigatoriedade de publicação de alguns documentos entre eles os relatórios de autoavaliação das atividades institucionais.

Constatou-se que o portal público está a passar por uma reestruturação, procurando-se modernizar a sua apresentação e funcionalidade e esta auditoria veio apoiar e orientar a sua construção.

O relatório da auditoria pormenoriza as não conformidades detetadas e as sugestões apontadas.

#### **Área: Referencial 13 – Avaliação Externa da Qualidade**

Incluída dentro das auditorias internas, a auditoria ao gabinete da qualidade é sempre processada por um auditor externo.

Para além dos objetivos que lhes estão inerentes, a auditoria teve um carácter de validação e reforço das responsabilidades do GQ a nível institucional. Verificou-se a existência de alguns documentos que orientam as atividades a desenvolver anualmente como o Plano de Atividades do Gabinete, o Plano de Auditorias, o Plano de Relatórios e Mapa de Acreditações e Certificações. Verificou-se o critério utilizado para nomear as auditorias. Observou-se o relatório de uma auditoria e todos os procedimentos que a envolvem antes e depois de executada. Verificou-se a existência da relação entre o registo do Plano de Melhoria e o Registo de Ocorrências. Foi verificada também a aplicação da IT 09 Critérios de Qualificação de Auditores. Foi observado o quadro de Registo de Ocorrências com a existência de ocorrências transitadas que necessitam de resposta de resolução. Verificou-se ainda o PMSIGQ que se encontrava a ser preenchido.

**Quadro 2 - Aspetos identificados para melhoria resultante da auditoria interna**

ASPE TO IDENTIFICADO	OBSERVAÇÕES/SUGESTES
Na criação do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica não ficou registado a nomeação da equipa de projeto em ata, justificando-se pelo facto da coordenação e submissão ter ficado a cargo da ESSSM	Sugere-se que seja sempre nomeada e registado em ata do CD a nomeação da equipa de projeto, independente de quem fica responsável pela submissão.
Constatou-se que a apresentação do pedido – Novo ciclo de estudos, Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, não se encontra arquivado em Afresco (NCE/19/1900158).	Sugere-se que seja colocado no Afresco a documentação referente  conceção do MESIP.
Ferramenta do portal corporativo planeamento de Aula não está a ser utilizado	Sugere-se a utilização da ferramenta do portal para a execução do planeamento de aula
Ferramenta do portal corporativo Excel tratamento de notas não está a ser utilizada	Sugere-se a utilização do uso do Excel importado do Portal para tratamento das notas parcelares e cálculo da nota final
Ferramentas do portal corporativo, exportação de notas e planeamento de aula pouco funcionais	Sugere-se a melhoria da ferramenta de exportação de notas em Excel e da ferramenta de elaboração do planeamento de aulas no sentido da otimização das mesmas.
Algumas não conformidades foram identificadas no relatório de auditoria ao Referencial 3 Lançamento de notas, no que respeita aos Cursos de Mestrado	Sugere-se a correção imediata das situações identificadas. Sugere-se que sejam submetidas as pautas das UCs dos estudantes que não foram avaliados com NA, com uma tolerância de 6 meses, para que seja dada a possibilidade de nova inscrição no ano letivo seguinte. Sugere-se Auditorias anuais a este tipo de Curso
 difícil identificar a que Ramo do Plano de Estudo 2020 do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pertence cada unidade curricular	Para facilitar a leitura das UCs do Plano de Estudos 2020 do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica sugere-se a introdução de um acrnimo/sigla que nos d essa indicação
A lista de protocolos associada ao documento Form 227 (Investigação, Ensino/Formação e Comunidade) não está de acordo com a lista	Sugere-se uma atualização da lista  congruência entre os vários documentos de registo.



forneida pelos serviços de organização pedagógica.	
Ensino e Formação – Não existem registos de atividades nem avaliação da satisfação dos parceiros dos projetos a funcionar no ano letivo 19/20 e 20/21	Sugere-se a avaliação da satisfação de todos os projetos
Registo no Form 227 não está de acordo com o registado no site do GIDEC	Sugere-se que se atualize os dois documentos, Form 227 e os registos no site do GIDEC
Avaliação da satisfação dos projetos de Investigação em falta	Sugere-se a avaliação da satisfação dos projetos de investigação.
Livros interditos a empréstimos	Desenvolver formas de assegurar que os livros interditos a empréstimo não saem do espaço da Biblioteca.
Livros sem registo de entrada na biblioteca Incumprimento do plano de catalogação	Ponderar uma reformulação do plano Prever a consulta da indexação realizada, sem ser apenas através do programa de catalogação.
Falta de segurança dos documentos confidenciais	
Livros doados à espera de despacho	Adquirir carimbo com indicação de “Doação” para ser aplicado a livros que são oferecidos à Biblioteca.
PGQ 09 parece não se adequar aos procedimentos executados	Rever o PGQ09, de modo a prever impossibilidades de análise e parecer atempados do Conselho Pedagógico, a novas aquisições para a Biblioteca. Avaliar a somatização do tratamento documental descrito no PGQ09 e criar Instrução de Trabalho específica para o tratamento documental do espólio da Biblioteca.
Ausência dos resultados dos Indicadores e Monitorização 2020/2021 no relatório do LAE	Sugere-se a revisão e atualização do Regulamento do LAE. Sugere-se que seja atribuída uma periodicidade para revisão dos protocolos de técnicas e procedimentos, constante no Regulamento do LAE Sugere-se a reflexão da criação de um novo Procedimento (PGQ) exclusivo para o LAE, em vez da utilização do PGQ 04 que se refere à Gestão de Infraestruturas (generalizada a todos os serviços).

	Sugere-se o registo de manuteno do imobilizado, no Form 27, consoante são realizadas as práticas de manuteno ao longo do ano. Sugere-se a elaborao do inventário do material consumível.
Ausência da conclusão do Plano de Melhoria 2020/2021, e respetivo lançamento no documento na pasta partilhada "Gestão e Melhoria Contínua"	Sugere-se o lançamento imediato da avaliao do plano.
Ausência da elaborao do Plano de Melhoria 2021/2022	Sugere-se o lançamento do plano de melhoria no documento geral.
Portal Público, Links e Noticias, rgos e corpo docentes	Sugere-se uma monitorizao mais assídua das notícias colocando-as no passado quando efetivamente já aconteceram. Sugere-se monitorizao dos links e a sua atualizao.
Planos, Relatórios e Regulamentos (Plano estratégico) (Regulamentos) Não se encontra atualizada os relatórios desde 2018 Os planos falta colocar ano letivo 2020/2021 e 2021/2022 Não está atualizado o Calendário Acadmico	Sugere-se a atualizao dos documentos no Site. Sugere-se uma auditoria só aos regulamentos.
Informao sobre os cursos em funcionamento	Sugere-se que para além das acreditaes da A3Es (Relatório de pedidos e respostas) e das certificaes da DGES seja contemplada a certificao da Ordem do Enfermeiros Sugere-se link para tabela de emolumentos que  única para a instituio
Atualizao das gavetas do Portal Público	Sugere-se a monitorizao e atualizao perdica pela equipa do Gabinete Imagem
Informao sobre o provedor do Estudante	Sugere-se que seja publicada a identificao do Provedor do estudante com foto, mensagem e o seu currículo vitae.
Lançamento e Gestão das ocorrências	Sugere-se que seja acelerado o processo de resoluo do problema junto da Informar e se proceda a uma revisão geral ou substituio do sistema.
Ocorrências transitadas	Sugere-se que seja pedido aos responsáveis pelas respostas às ocorrências plano de resoluo das ocorrências transitadas.

Planos de melhoria	Sugere-se que seja pedida a avaliação dos planos de melhoria, atualizando a sua execução.
PMSIGQ	Sugere-se que se proceda ao preenchimento dos indicadores de forma célere permitindo a análise dos mesmos e o planeamento para o ano seguinte

### 3.2 Auditorias Externas

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

A auditoria feita pelo Instituto para a Qualificação IP – RAM ao processo financeiro do Curso Técnico Profissional, teve como objetivo garantir que o fornecimento dos produtos/serviços cofinanciados ocorreram em conformidade com a aprovação da decisão, que as despesas declaradas para as operações foram realmente efetuadas e que os indicadores contratualizados estão a ser cumpridos, tendo por base a observância das regras comunitárias, nacionais e regionais, nomeadamente tendo em conta os princípios de boa gestão financeira, igualdade e publicidade.

Foram observadas algumas divergências que não puseram em causa o funcionamento normal do curso nem a legitimidade das despesas.

Todas as divergências encontradas pela equipa auditora foram prontamente corrigidas.

Algumas destas divergências estão essencialmente associadas aos ajustes efetuados nas atividades letivas devido à Pandemia Covid 19, outras estavam relacionadas com a redação de moradas, datas e números de documentos.

Outra divergência, que mereceu especial atenção, está relacionada com o seguro de acidentes pessoais para os estudantes que abranja todo o período de formação. Para que esta situação não volte a acontecer foi necessário criar mecanismos de alerta e de renovação automática.

Todas as orientações e sugestões de melhoria, foram tomadas em consideração e lançadas no registo de ocorrências institucional.

## 4. DESEMPENHO DOS PROCESSOS

O desempenho dos processos institucionais 2020/2021 pode ser observado através da análise dos indicadores, agrupados e identificados no documento PMSIGQ. A apreciação dos

resultados, tendo em conta as metas estipuladas, determinará a concretização dos objetivos definidos no Plano Estratégico e no Plano Anual de Atividades e dará origem a novas metas para o ano que se segue.

#### **4.1 Processo de Realização**

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

##### *4.1.1 Área de análise – Ensino*

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

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

#### **Subárea – Oferta Formativa**

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

Assim durante o ano letivo 2020/2021 funcionaram 8 cursos ,1 de Licenciatura em Enfermagem (4 turmas), 2 de Pós-licenciatura de Especialização, 2 Mestrados em Enfermagem (o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apenas com estudantes com segundas e terceiras inscrições), 2 Pós-graduações e 1 Curso Técnico Superior Profissional (CTesP).

### **Subárea – Qualificação da Procura**

Os dados da qualificação da procura dizem respeito às vagas e candidaturas de todos os cursos em funcionamento no ano letivo 2020/2021. Inclui dados relativos ao número de candidatos por curso e número de vagas, número de candidatos colocados, classificações de ingresso, grau de mobilidade dos estudantes (mudanças de curso e transferências) e o regime especial.

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

O número de candidatos do CLE mostrou-se acima do esperado em mais 176% e em mais 51% que no ano anterior. O que significa um aumento significativo da procura.

Em relação aos outros cursos, o Mestrado em Médico Cirúrgica teve um número de candidatos ligeiramente inferior às vagas, mas suficiente para viabilizar a concretização do curso.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação concretizou-se apenas com os estudantes que não acabaram o curso no ano anterior, pois não foram abertas inscrições para novos estudantes.

O número de estudantes inscritos nas UCs isoladas do CLE mostrou-se superior ao esperado (19 para uma meta de 12) tendo tido um aumento significativo em relação ao ano anterior (de 8 para 19). Este resultado ao longo dos anos tem-se mostrado irregular.

Não houve candidaturas para as UCs isoladas nos outros cursos. Manteve-se a situação do ano anterior.

Em relação às vagas do CLE para regime especial, foram todas preenchidas (8) mantendo ano após ano um número grande de candidatos (21).

### **Subárea – Estudantes**

Em relação ao indicador “Classificação de Ingresso” é de salientar que no CLE a classificação mínima de ingresso foi de 143 pontos, a Classificação média de 153,2 pontos e a classificação do primeiro colocado no CLE foi de 171,5 pontos. Verifica-se um resultado superior ao esperado com maior expressão na classificação de ingresso mínima (143 para uma meta de 120 pontos).

Durante o ano letivo 2020/2021, todos os estudantes eram provenientes de Portugal. No CLE 78,5% eram do sexo feminino e 21,5% do sexo masculino. No CTeSP a percentagem de

estudantes do sexo feminino manteve-se (88,2). Nos Mestrados também se manteve os números dado que não houve novas candidaturas (sexo Feminino com 79,4% e o masculino 20,6%). No CLE e no CTeSP 29,4 % dos estudantes tinham direitos especiais. No CTEsP todos eram estudantes trabalhadores e no CLE eram estudantes trabalhadores 7,7%.

### **Subárea –Organização do Ensino**

O processo utilizado para a monitorização, avaliação e melhoria do Ensino e Aprendizagem da ESESJC, passa por vários eventos, desde a aplicação de inquéritos aos intervenientes, pelas auditorias internas e externas e pela autoavaliação do desempenho das atividades inerentes, que engloba a organização das unidades curriculares e o desempenho dos docentes. Todos os intervenientes dão o seu contributo, estudantes, docentes, Coordenador de Curso e o Conselho Pedagógico. No que respeita aos inquéritos faz parte deste processo o *Inquérito ao Estudante*, o *Relatório do Delegado*, o *Relatório do Docente*, o *Relatório do Regente* e o *Relatório do Coordenador de Curso*.

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

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

O relatório anual do Conselho Pedagógico mostra a análise dos indicadores que dizem respeito ao processo de Ensino Aprendizagem e onde estão expressas as atividades do ensino aprendizagem desenvolvidas na Instituição, no ano letivo 2020/2021. Pode-se identificar como foco de maior atenção os aspetos de orientação pedagógica desenvolvidos e os pareceres emitidos nas áreas de competência deste Conselho e, ainda, a deliberação sobre os métodos de ensino e avaliação de conhecimentos.

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

Segundo o relatório elaborado pelo CP o trabalho de análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas neste ano letivo permitiu a elaboração do plano de melhoria para o próximo ano letivo (2021/2022) onde constam 2 aspetos principais: Participar na promoção da interação debate e discussão de trabalhos entre diferentes instituições de Ensino de Enfermagem; Afirmação da Escola como uma referência no Ensino Politécnico ao nível dos diferentes cursos e no que se refere  avaliação das UCs.

Refere ainda o relatório do CP que durante o ano letivo 20/21, se evidenciou uma grande capacidade de adaptação de todos os atores, face aos desafios que foram surgindo. Todo o contexto de ensino-aprendizagem proporcionou a reflexão sobre a ação e a valorização dos momentos de crise, como potenciadores de adaptação, desenvolvimento e estímulo  procura de novos caminhos para lidar com os desafios que a globalização impõe. Para o futuro preconizamos, reformular alguns indicadores do ensino aprendizagem, continuar a aumentar a oferta formativa a nível do segundo ciclo, cativar estudantes internacionais, consolidar a visibilidade da instituição a nível Nacional e Internacional e manter o investimento na transformação digital a todos os níveis, acreditando assim, que o sucesso estará assegurado.

### ***Subárea – Satisfação e Eficiência Formativa***

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

- A taxa de sucesso dos cursos em funcionamento estiveram nos 97% para o Curso de Licenciatura e 100% para os Cursos de Mestrado.
- A média final, para o Curso de Licenciatura em Enfermagem, foi de 15,6 valores, com um desvio padrão de 1.1. Este resultado mostra-se um pouco abaixo do esperado (16) e abaixo do valor do ano transato. Dada a sua pequena expressão será mantida a meta estabelecida.

- Para o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica o resultado foi acima da meta (17) com 18 valores e para o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação de 17 valores igual à meta estabelecida.

- As taxas de sucesso dos cursos de Mestrado, dadas as suas características, são sempre influenciadas pelo adiamento, frequentemente necessários a um bom desenvolvimento dos relatórios ou teses finais. O tempo médio para concluir o CMER foi de 3,2 anos e o de CMEMC 3,4 anos.

- Durante o ano em análise não se manifestou abandono de curso nem na Licenciatura nem nos Mestrados. Houve apenas 3 interrupções temporárias no CLE e 2 no CMEMC.

Quanto à avaliação do grau de satisfação dos diplomados em relação à adequação da formação ao contexto de trabalho, no CLE foi de 2,7 numa escala de 0 a 3 cuja meta era de 2,5, o que se considera muito bom. Os restantes cursos não houve avaliação por não ter havido conclusão dos cursos iniciados, nem do CTesP nem dos Mestrados.

A apreciação global da Entidade Empregadora foi também de 2,7 numa escala de 0 a 3 com uma meta de 2,5, o que muito nos satisfaz.

### **Subárea – Inserção profissional dos Graduados**

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

Estes indicadores mostram-nos:

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

- A taxa de empregabilidade no total dos diplomados em 2020/2021 no CLE foi de 100%. Todos os diplomados estão a trabalhar na sua área de formação. O tempo médio até o primeiro emprego foi de 1,5 meses, o que se mostrou um resultado há muito não conseguido. Não há registo de diplomados que prosseguiram os estudos.

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



Todos os diplomados com renumeração recebem valores superiores a 800 euros. Dado que as condições de emprego foram melhorando, deixando, aparentemente, de haver trabalho precário, propõe-se alteração do valor do indicador.

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

A equipa do observatório dando resposta aos seus objetivos estabeleceu contactos com entidades empregadoras, no sentido do recrutamento dos Licenciados em Enfermagem, com o Atalaia Living Care e com o Lar Bela Vista. Promoveu ainda protocolos de cooperação para estágios a diferentes níveis de graduação, por exemplo com a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias

### ***Subárea – Apoio ao Estudante***

O Gabinete de Apoio ao Estudante, é a estrutura da ESESJC que mantém o atendimento e apoio personalizado a todos os estudantes interessados e desenvolve um conjunto de atividades visando proporcionar vivências integradoras de bem-estar e desenvolvimento global, ao longo do percurso formativo. No ano letivo em apreço, segundo o seu relatório de 20/21, a atividade do gabinete continuou a ser condicionada pela pandemia, à semelhança do ano anterior, sobretudo pelas restrições sociais que se impuseram. Segundo o mesmo relatório, o Ensino à distância tem vindo progressivamente a dar lugar ao ensino misto, e, posteriormente, ao presencial. Embora não tendo sido possível contabilizar, algumas alterações socio económicas associadas à fase da pandemia podem ter contribuído para o agravamento de desigualdades sociais entre estudantes e mesmo ter provocado mudanças de tomada de decisão e hipoteca de alguns sonhos.

Salientamos nesta subárea de análise, o seu carácter imprevisível de dados, sendo por isso que a maior parte das metas não se encontram definidas.

No eixo do Apoio Social, temos indicadores relativos às bolsas de estudo, empréstimos e alojamento.

- Como é habitual, as reuniões de esclarecimento sobre as bolsas de estudo acontecem de forma geral e individualmente com cada um dos candidatos, respondendo assim às necessidades de esclarecimento de cada estudante. Aconteceram 67 reuniões, inferior ao número de candidatos. Verifica-se que alguns estudantes apresentaram a sua candidatura sem necessidade de apoio ou orientação.

- Beneficiaram de Bolsa de Estudo: 69,9% de estudantes do CLE, número superior ao do ano transato em cerca de mais 26,5%; 23,5% dos estudantes do CTesP, igual ao do ano passado, 11,1% dos estudantes do CMEMC. Realça-se que os estudantes do CLE beneficiam de uma propina reduzida pelo apoio do Contrato Programa com o Governo da RAM e que os estudantes do CTesP beneficiam de uma redução de propina proporcionada pelo apoio do Fundo Social Europeu.

- O valor anual médio da bolsa foi de 1 343,08 €.

No que se refere aos indicadores apresentados, constatamos que houve um aumento no número de beneficiários de bolsa no CLE, mas por outro lado no MEMC e no CTesP o valor diminuiu. Diminuiu também o valor médio da bolsa.

- Foram beneficiários de empréstimo 2,66% dos estudantes. Tem se vindo a verificar ao longo dos anos um aumento progressivo desta prática.

- Houve uma reunião com uma entidade promotora de empréstimo, onde foram facultados esclarecimentos sobre os apoios disponíveis. Esta mesma entidade disponibilizou-se e desenvolveu apoio individual aos estudantes interessados.

No apoio à aprendizagem foram apoiados 45 estudantes.

A percentagem de estudantes alojados em residências universitárias subiu consideravelmente durante o ano letivo 2020/2021 (3,9%), principalmente à custa das parcerias de formação com Cabo Verde para os cursos de Mestrado e de Especialização.

Respondendo aos seus objetivos no eixo da Saúde, durante o período em apreço, foram acompanhados pelo gabinete do estudante, 2 estudantes, por apresentarem alterações associadas à dificuldade em lidar com alguns acontecimentos de vida, que afetam o sucesso escolar. 2 estudantes foram atendidos no gabinete e após a devida avaliação, foram referenciados para seguimento em consultas de enfermagem e monitorizada a sua situação durante o tempo necessário. O gabinete de saúde também tem sido procurado para administração de medicação, avaliação de sinais vitais, tratamentos, massagens de relaxamento e referência para intervenção nos serviços de saúde da RAM, num total de 80 respostas. O Gabinete continuou a empreender pesquisa, selecionando e disponibilizando informação considerada pertinente

relativamente à pandemia, formas de promoção da saúde e prevenção da doença e da sua propagação, utilizando para tal as suas redes sociais.

No eixo do voluntariado é importante reforçar que a integração e valorização deste eixo na formação do estudante Cluny emerge pelas repercussões das atividades de voluntariado na construção da Pessoa do Voluntário e na sua própria vida. O Gabinete de Apoio ao estudante objetiva todo o trabalho desenvolvido neste eixo nos benefícios para o voluntário. São eles o desenvolvimento da tolerância, empatia, respeito, partilha, solidariedade, trabalho em equipa, desenvolvimento de soft skills, entre outros, contributos imprescindíveis para o desenvolvimento profissional de excelência. São exemplos das atividades desenvolvidas:

- Interação/ ocupação e acompanhamento no momento da refeição com idosos internados numa unidade de longa duração
- Apoio a idosos que vivem sós em articulação com a Pastoral do Ensino Superior
- A integração no Premio Infante
- Peditórios – Liga Portuguesa contra o cancro secção Madeira
- Campanhas de recolha de alimentos solicitadas pelos parceiros – Cáritas

Algumas das atividades foram suspensas dada a situação de pandemia.

No Eixo Orientação académica foi disponibilizado ao longo de todo o ano letivo, apoio em diferentes áreas/unidades curriculares pelos estudantes de 4º ano aos 40/45 estudantes do 1º ano, incluído alguns externos e inscritos em unidades curriculares isoladas, pelo que o nº é variável. De realçar o apoio disponibilizado pelos docentes, regentes e coordenador de curso, quer através de atendimento não programado, quando possível, horário estipulado precocemente, ou agendamento de momento individualizado, conforme a disponibilidade de ambas as partes e as necessidades expressas.

O Plano de Melhoria do Gabinete centra-se essencialmente no reaver da atividade em pleno, fortalecendo as atividades em todos os seus eixos de intervenção.

#### *4.1.2 Área de análise – Investigação*

Durante o ano letivo 2020/21 o GIDeC (Gabinete de Investigação e Desenvolvimento Cluny, nova designação) sofreu uma reestruturação relativamente à sua missão, visão e estratégia, atendendo às orientações do CTC e do SIGQ. O plano de melhoria traçado para este ano letivo contemplava 5 aspetos/objetivos para melhoria: 1. Aumentar o nº de docentes afetos a

Unidades de Investigao; 2. Desenvolver a conectividade do portal externo; 3. Negociar a filiao da ESESJC numa UI&D 4. Reformular a estrutura e dinâmica do GIDeC 5. Aumentar as parcerias UI&D. Quase todos estes objetivos foram cumpridos até julho de 2021, sendo que os três primeiros transitaram do ano 2019/20. Lembramos que, durante este período (2019/20) houve a nomeao de uma nova equipa coordenadora.

Respondendo ao primeiro objetivo, verificou-se que mais 3 docentes foram integrados no CINTESIS. Atualmente a ESESJC conta com 4 docentes doutorados integrados em U&D com avaliao pela FCT (três integrados no CINTESIS e um integrado no LARSyS. Dois outros docentes estão em processo de integrao e quatro são colaboradores das Unidades de Investigao onde desenvolvem os seus doutoramentos (ICBAS-Universidade do Porto; Universidade de Lisboa/ESEL e Universidade Católica).

Respondendo ao segundo objetivo podemos dizer que foi realizada a reestruturao da página do GIDeC e aguarda-se a publicao com o lançamento do novo site.

Não foi ainda possível concretizar o terceiro objetivo que era negociar a filiao numa UI&D certificada. Foram estabelecidos os contactos, mas não foi possível a afiliao. A Unidade de Investigao da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA, (avaliada em Muito Bom pela FCT), alterou a sua política de descentralizao, não sendo possível, por enquanto a ESESJC constituir-se como Pólo da UICISA. Repensa-se uma nova estratégia.

No que respeita ao quarto objetivo, reformulao da estrutura e dinâmica do GIDeC, com a aprovao do novo regulamento, com a aplicao dos procedimentos instituídos e novos instrumentos de monitorizao dos projetos e atividades desenvolvidas, proporcionou-se um conjunto de novos mecanismos no sentido de reorganizar os processos ligados à I&D. Estas alteraes compeliram a redefinio das linhas de investigao, melhoraram a sistematizao e organizao, e, por conseguinte, imprimiram uma nova dinâmica que tem vindo a refletir-se no incremento dos indicadores relacionados com a produo científica (ver relatório do CTC com todas as publicaes).

O resultado do desenvolvimento do quinto objetivo, que previa aumentar as parcerias de UI&D, mostra a dinâmica instituída pelo GIDeC após a sua reformulao, com alguns projetos em desenvolvimento a nível regional e internacional, com o envolvimento de vários investigadores e de estudantes de 1º ciclo e de 2º ciclo (ver relatório do GIDeC e do CTC).

### **Subárea – Organização e Nível de Atividade**

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

O envolvimento dos docentes em tempo integral na investigação representa cerca de 6,9% das horas de dedicação à instituição, correspondendo a 2,8h/semana. São 11 os projetos de investigação desenvolvidos na ESESJC e coordenados por investigadores da instituição. Verifica-se o envolvimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em 3 projetos e os estudantes do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação em 1 projeto.

Quanto às parcerias institucionais para o desenvolvimento de investigação, durante o ano letivo 2020/21 estavam ativas 19 parcerias com instituições a nível nacional e internacional.

No que respeita a orientação de trabalhos científicos, os docentes da ESESJC, a tempo integral, durante o ano letivo 2020/21, participaram em 6 júris de provas públicas para a obtenção do grau de mestre em enfermagem de reabilitação e 8 em enfermagem de médico-cirúrgica. Contabilizou-se um total de 26 participações, 12 como presidente, 3 na qualidade de arguente e 11 como orientador. Participaram em arbitragens científicas 12 docentes como peer review em revistas (o dobro do que no ano anterior) e 6 participações em comissões científicas de eventos.

Durante o ano letivo em análise dos 15 docentes de carreira da ESESJC, 4 (26,7%) estavam integrados em Unidades de Investigação e Desenvolvimento certificadas. Um docente é membro integrado da LARSYS e colaborador em dois outros centros de investigação (M-ITI e CIGEV da Universidade de Genebra). Dois destes docentes integram o CINTESIS. Os restantes docentes de carreira, doutores e especialistas integram o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento de Investigação e Desenvolvimento Cluny (GIDeC) por via dos seus estudos e lecionação.

### **Subárea – Produção e Divulgação Científica**

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

No que respeita à subárea produção e divulgação científica, durante o ano letivo 2020/2021 um docente concluiu o seu doutoramento.

Relativamente aos prémios/ distinções, há a registar a obtenção do 1º prémio de um Poster que teve como autores dois docentes da ESESJC e uma menção honrosa relativa a uma comunicação oral, cujo autor principal foi também uma das nossas docentes.

Durante o ano em apreço foram publicados, em revistas internacionais com peer review, 14 artigos da autoria de investigadores da ESESJC, o triplo de artigos publicados no ano anterior. No ano letivo de 2020/21 não há registo de publicações de resumos/atas de congressos da autoria de investigadores da ESESJC. No entanto foram contabilizadas 15 comunicações em eventos científicos, 5 delas em eventos internacionais.

Podemos inferir que durante o ano letivo 2020/21 houve uma redução da quantidade global de publicações, mas, em contrapartida, houve um aumento da publicação de artigos integrais em revistas com peer review.

Após análise aos pontos fortes e pontos fracos/constrangimentos foi definido um plano de melhoria que contempla os aspetos relacionados com o envolvimento dos docentes em projetos de investigação internacionais, potenciar da articulação I&D nos cursos pós-graduados, aumentar o número de docentes em I&D certificadas, aumentar as publicações de artigos em revistas com peer review e dinamizar a formação na área de Investigação.

#### *4.1.3 Área de análise - Interação com a Sociedade*

Inclui-se neste ponto, o trabalho desenvolvido na Comunidade e para a própria Comunidade. O Gabinete da Comunidade tem como missão cooperar com a população, numa perspetiva de valorização recíproca. Está organizado em quatro áreas de atuação: Protocolos e Parcerias, Projetos em extensão, Prestação de Serviços Formativos e Divulgação da Escola e da oferta formativa.

Ainda nesta área de análise, estão os protocolos com Instituições de saúde que desenvolvem colaboração a nível dos processos de ensino aprendizagem e as entidades empregadoras dos nossos formados.

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

#### **Subárea – Ação Institucional no meio exterior**

A ação institucional no meio exterior mostra-se nos projetos e atividades em extensão que a ESESJC esteve envolvida durante o ano letivo 2020/2021. Durante este ano letivo viveu-se um período de emergência em saúde pública e de calamidade, em Portugal e a nível mundial. Sendo assim, este gabinete continuou a colaborar na manutenção do plano de contingência da escola e nas adaptações do campus à situação presente, de forma que toda a comunidade académica permanecesse segura.

Segundo o relatório do Gabinete da Comunidade neste ano letivo encontravam-se em desenvolvimento, na comunidade, 6 projetos de intervenção. Transitaram do ano anterior 6 projetos, destes, 3 foram cancelados dada a situação pandémica e a dificuldade em manter as atividades (Cluny pela promoção da saúde da comunidade; projeto de desenvolvimento comunitário: #vibes4unodrugs; CLUNY pela Promoção da Saúde no Contexto Desportivo).

No entanto com a nova conjuntura surgiram outros projetos. O projeto EcoCluny transitou do Gabinete da Qualidade para o Gabinete da Comunidade, e surgiram 2 novos projetos em parceria com duas instituições privadas: a Associação de Desenvolvimento da Ribeira Brava e a Santa Casa da Misericórdia da Calheta. Dois dos projetos em causa são financiados e encontram-se articulados com a investigação e o ensino.

Houve necessidade de reformular alguns dos indicadores desta área e criar novos indicadores no sentido de identificar a ligação dos projetos ao ensino e à investigação, assim como se usufruíam ou não de financiamento.

Os parceiros envolvidos nos diferentes projetos tiveram oportunidade de avaliar a satisfação dos mesmos de uma forma positiva.

#### *4.1.4 Área de análise - Internacionalização e Mobilidade*

##### **Subárea – Internacionalização e Mobilidade**

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

No que respeita aos protocolos de âmbito internacional a nível do programa Erasmus+, passaram a ser 17.

De acordo com o relatório do Gabinete da Internacionalização e Mobilidade, no contexto ainda marcado pela pandemia COVID-19, quando comparado com anos anteriores, verificou-se um menor número de candidaturas de estudantes e funcionários não docentes para mobilidade

outbound. O número de estudantes do CLE, candidatos a subvenções para programas de mobilidade no estrangeiro foram 12 e, 8 foram subvencionados para estes programas, representando cerca de 5,1% do total dos estudantes do CLE. A satisfação do apoio recebido tanto no outgoing como no incoming rondou os 100%.

Relativamente  mobilidade dos funcionários não docentes, apesar de se terem verificado quatro candidaturas, não foi possível a sua concretização, devido às constantes mudanças impostas pelo contexto na dinâmica e funcionamento da Escola. Relativamente às mobilidades inbound, apesar da existência de candidaturas de estudantes para estágios, estas não se concretizaram devido  indisponibilidade do parceiro SESARAM, em receber os estudantes, decorrente do contexto pandmico, com constantes reorganizações dos serviços e mobilidade de pessoal. No que respeita às mobilidades inbound de funcionários não docente verificaram-se duas candidaturas, as quais foram adiadas pelos motivos atrás referidos.

Concretizou-se um protocolo de cooperação bilateral no âmbito do Programa Erasmus+ com a Universidade Europeia de Canárias, estando em processo de conclusão a assinatura de acordos interinstitucionais com a Universidade de Bologna (Itália) e com a Østfold University College (Noruega). A ESESJC obteve também, durante o ano letivo em apreço a Erasmus Charter for Higher Education 2021-2027.

Promoveu-se também a Mobilidade Nacional. Recebeu-se dois estudantes provenientes da Escola Superior de Saúde de Santarém e Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, para a realização de estágios, ao abrigo do Programa Vasco da Gama. Não foi ainda possível durante o ano letivo em análise realizar estágios de estudantes no Continente Português, dado o contexto pandmico.

Considerando a pertinência dos objetivos da organização para a concretização do Plano Estratégico da Escola na linha da Internacionalização a Escola tornou-se membro da Rede Acadmica das Ciências da Saúde da Lusofonia (RACS). No contexto da educação e formação, a Escola desenvolveu um Protocolo de Cooperação com a Universidade de Santiago de Cabo Verde, tendo colaborado no decurso deste ano letivo, na lecionação de Unidades Curriculares dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem e de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materno-Infantil daquela Universidade. Planeou, acolheu e foi responsável pela orientação de 10 formandos do referido Curso de Mestrado em ensins clínicos no Serviço Regional de Saúde da Região.

No que concerne  Internacionalização na vertente da Investigação, realçam-se os produtos resultantes do estudo StudentsONquarentine, iniciado em março de 2020, que envolveu



diversas Instituições nacionais e a Universidade Católica de Valência. A Escola também integrou um Projeto de Investigação de âmbito Internacional, liderado pela Universidade de Nebrija, que tem como objetivo avaliar as competências culturais em licenciaturas de enfermagem no espaço Europeu de educação Superior (CCA-EUnurse) 2021/ 2025.

A avaliação pela Agência Nacional da Mobilidade, no ano letivo 2020-2021 foi de 77%, classificação esta ligeiramente acima da meta estipulada (75%).

## ***4.2 Processo de Suporte***

### ***4.2.1 Área de Análise - Recursos Humanos***

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

#### ***Subárea - Pessoal Docente***

No ano letivo de 2020/2021 a ESESJC contou com 16 docentes a tempo integral, sendo que um deles, embora com atividades de serviço docente, exerceu funções de Presidente do Conselho de Direção,

A ESESJC ao longo deste ano letivo mais um docente concluiu o seu doutoramento aumentando o número de docentes com doutoramento passando a 8 Doutores (50%) e 12 especialistas do Ensino Superior (75%), na área de enfermagem.

Quanto aos docentes a tempo parcial, a instituição contou com a colaboração de 42 peritos nas diferentes áreas dos cursos ministrados. Desses colaboradores, 7 possuíam grau de doutor e 3 o título de especialista da carreira do ensino superior, correspondendo a 16,67% e 7,14%, respetivamente.

No que respeita ao índice de envelhecimento, dos 16 docentes internos da instituição, no ano letivo 2020/2021, dois apresentam idade igual ou inferior a 39 anos e onze docentes a idade igual ou superior a 50 anos. Assim podemos afirmar que o grupo docente ostenta um índice de envelhecimento de 550. Em relação ao ano anterior mantém-se o índice de envelhecimento.

Olhando a meta definida (200) e preconizada para a atividade desenvolvida, considera-se um índice alto.

Quanto aos rácios Estudantes/Docentes verificamos um rácio de 20 para uma meta de 15. No que respeita aos docentes sejam eles doutores ou especialistas, cumprem o rácio aconselhado.

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

#### ***Subárea – Pessoal não Docente***

No que concerne a subárea Pessoal não Docente, a instituição contou com um total de 13 funcionários, número com o qual se apuraram os indicadores desta área.

A instituição contou ainda com beneficiários no Programa de Desemprego, do Instituto de Emprego da Madeira, três funcionários, um para serviços gerais e 2 para Higiene e Limpeza.

A percentagem de funcionários não docentes com formação superior é de 38,5%, valor superior à meta (31,25).

O rácio entre funcionários não docentes e docentes passou a ser de 0,81, abaixo da meta preconizada. Ao analisarmos a relação entre funcionários de apoio técnico administrativo (assistentes técnicos e técnicos superiores) e funcionários docentes, verifica-se que essa apresenta-se dentro da meta, 0,4.

Quando analisamos a relação entre estudantes e funcionários não docentes, o rácio é de aproximadamente 24,8, sendo superior à meta estabelecida (15).

Ao longo do ano letivo, dos 13 funcionários não docentes, 61,5% frequentaram pelo menos uma ação de formação. Ocorram 3 formações internas promovidas pela instituição.

#### ***4.2.2 Área de Análise - Recursos materiais e financeiros***

A instituição tem-se empenhado no desenvolvimento de mecanismos que lhe permitam planear, gerir e melhorar os serviços e recursos materiais, com vista ao desenvolvimento adequado das

aprendizagens dos estudantes e demais atividades científico-pedagógicas, assim como desenvolver formas de adquirir receita que torne viável a progressão da instituição.

Segundo o Relatório de Contas 2021 o desempenho da ESESJC no ano em apreço a nível económico e financeiro, evidencia-se nas demonstrações financeiras que expressam os resultados obtidos. A análise dos resultados, por natureza, mostra a evolução dos rendimentos e os gastos da atividade da Escola. Este relatório mostra de forma objetiva o aumento dos valores registados dos rendimentos na sequência do aumento das receitas provenientes dos serviços prestados, que se encontra associado ao aumento do número de estudantes. Justifica também o decréscimo aparente do financiamento público destinado ao apoio aos serviços prestados. No que respeita aos gastos evidencia-se a diminuição das despesas com o pessoal e outros. Evidencia também o desempenho positivo demonstrado, pelas políticas de gestão adotadas e que procuram ajustar o nível de gastos aos rendimentos obtidos mantendo o equilíbrio financeiro da ESESJC.

Conclui o relatório que a análise dos indicadores é positiva, mantendo-se a necessidade de continuidade de políticas de gestão que conduzam a uma maior independência e sustentabilidade da Instituição.

#### **Subárea - Infraestruturas, Recursos Materiais e Sistemas de informação**

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

Em 2020/2021 a Escola adquiriu equipamento informático de apoio às atividades letivas e não letivas à distância, tais como: computadores portáteis, projetor LG, Webcam, colunas, videoprojectores, entre outros. Realizou-se ainda a manutenção dos equipamentos existentes. Para o Laboratório Avançado de Enfermagem, dadas as necessidades do stock foi adquirido algum material consumível fornecido principalmente pelos Armazéns do SESARAM e contou-se com a doação, também de material consumível, pelo Instituto Qualifica Mais. No que respeita à aquisição de equipamento foi adquirido material de apoio à lecionação das temáticas de emergência e de obstetrícia, assim como, material de apoio à criação de uma Videoteca.

No sentido de melhorar a aprendizagem e disponibilizar material didático aos estudantes, o LAE criou, durante o ano letivo em análise, a videoteca começando por desenvolver as temáticas relacionadas com a preparação e administração de terapêutica endovenosa.

Dos indicadores em análise o acervo documental mantém alguns dados do ano anterior. Mantém-se o número de registo dos livros. Desceu o número de monografias à custa de uma reorganização da numeração das mesmas. A referência destes valores era sempre o número atribuído à última monografia entrada, não sendo por isso contabilizadas as monografias retiradas do sistema por qualquer motivo. Daí que o resultado conseguido hoje não possa ser comparado aos anos anteriores. Por outro lado, aumentou o número de periódicos pelo valor que os mesmos têm em publicar o mais recente dos estudos científicos.

Outro dos indicadores é o nível de satisfação dos estudantes em relação às instalações do LAE e o nível de satisfação dos docentes relativamente ao LAE que apresentam valores idênticos ao do ano passado, dentro da meta que era superior ou igual a 2 numa escala de 0 a 3 (2.2 e 2.4). Foram substituídos alguns simuladores que se encontravam em condições de envelhecimento, colocando em causa o desenvolvimento eficaz das práticas em laboratório. Este processo de substituição e restauro de alguns simuladores está a ser feito de acordo com as disponibilidades. Em relação ao indicador Acessibilidade às TIC e Internet, evidencia-se uma satisfação, em relação ao portal corporativo de 2.2 para os docentes e abaixo da meta para os utilizadores não docentes e estudantes, 1.3 e 1.6 respetivamente, numa escala de 0-3 onde a meta foi o 2. Esta insatisfação deve-se a algumas incapacidades do portal estando previstas atualizações e melhoramentos para breve.

100% de área física da ESESJC mantém acesso wireless à Net.

O Site Institucional é gerido pelo Gabinete de Comunicação e Imagem que o atualiza, em sintonias com os gabinetes, serviços e órgãos, e promove, assim como, está responsável pela sua modernização, tarefa em curso há cerca de 2 anos. A Equipa de trabalho criou várias iniciativas relativas ao desenvolvimento do Portal Público e validou-as com o Conselho de Direção. A uniformização do *layout* de *banners* colocados em destaque, mantendo o mesmo design utilizado em folhetos e cartazes realizados para o mesmo efeito é uma prioridade. A Equipa acredita que a contínua uniformização da imagem que é transmitida para o exterior irá, eventualmente, criar uma identidade visual, facilitando a comunicação com o nosso público-alvo e parceiros e fortalecendo imagem da escola na comunidade. Este é o aspeto prioritário de melhoria em relação à imagem da escola.

No que respeita aos indicadores podemos dizer que o número médio por dia de utilizadores foi de 213, com o número mensal médio de sessões no Site de 6473.

No que concerne a distribuição geográfica dos novos visitantes, 86,02% são provenientes de Portugal, seguido pelos Estados Unidos (2,80%), Espanha (0,85%), Brasil (0,78), seguido ainda

do Reino Unido, Angola, China, Japão e Turquia (0,65 a 0,41). Dados extraídos do Google Analytics. No relatório do Gabinete de Comunicação e Imagem podemos ver a análise dos indicadores encontrados.

Em relação aos fornecedores, foram 3 os avaliados dado o volume de negócios e faturação superior a 10 mil euros. Assim tanto a empresa de informática Informar, como a empresa de Eletricidade da Madeira e a A3ES tiveram uma avaliação de Muito Bom. Numa escala de 0 a 3 a avaliação média foi de 2,96.

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

Quanto ao Grau de satisfação dos docentes, internos em relação ao ambiente e condições de trabalho mostrou-se acima da meta 2.3. Não foi avaliado o grau de satisfação dos docentes em regime parcial, passando a ser feito de 2 em 2 anos.

### ***Subárea - Recursos Financeiros***

A subárea inclui indicadores relacionados com: despesas, fontes de financiamento e custos unitários.

Relativamente às despesas com o pessoal e investigação, os gastos foram de 78,79%, valor inferior ao do ano anterior, de forma algo significativa.

A despesa com a aquisição de bens desceu um pouco para 2,30% (anterior 2,43%), notando-se uma certa contenção, e a despesa com a aquisição de serviços e investimentos também desceu ligeiramente (11,31%).

Quanto às receitas o contrato programa com a Secretaria Regional da Saúde diminuiu em 7,19%. Por outro lado o financiamento através das propinas (51,72%) teve um aumento de 4,60%.

A sustentabilidade da ESESJC tem-se mostrado e mostra-se através dos dois fatores que são o valor do contrato programa com o Governo Regional, através da Secretaria Regional da Saúde e as receitas próprias através das propinas, que com a chegada de novos estudantes têm vindo a aumentar.

A ESESJC prevê para o próximo ano letivo continuar a aumentar a oferta formativa, reforçada na parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria do Porto, a abertura de novos Mestrados e Pós-graduações.

## 4.3 Processo de Gestão e Melhoria

### 4.3.1- Área de Análise - Sistema da Qualidade

#### **Subárea - Sistema da Qualidade**

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

O grau de desenvolvimento do SIGQ, encontra-se maioritariamente no nível substancial. Esta classificação resulta da avaliação sistemática e consequente de todas as atividades e agentes, concretizada através de parâmetros de avaliação definidos e descritos, anexados ao PMSIGQ. Algumas áreas, como a Investigação e os projetos na Comunidade, consideradas com desenvolvimento parcial no ano transato, mostraram durante o ano letivo 2020/2021 um aumento da abrangência e eficácia dos procedimentos e estruturas de garantia da qualidade, no entanto continua a merecer uma atenção especial no sentido de permitir um desenvolvimento cada vez mais eficaz dos processos que lhe estão inerentes. Reorganizadas estas duas áreas em termos de equipas, regulamentação e registo, possibilitou-se uma melhor monitorização e avaliação das atividades, e proporcionou-se maior visibilidade ao desenvolvimento dos projetos.

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

Assim, no seu conjunto, o grau de participação de acompanhamento e aconselhamento foi considerado a nível substancial, mostrando uma evolução positiva no sentido da melhoria contínua. Todos os contributos são positivos especialmente os que resultam das auditorias externas da A3ES, do Instituto para a Qualificação IP-RAM e do Fundo Social Europeu. Também, a colaboração de um auditor externo no apoio às auditorias internas tem sido de

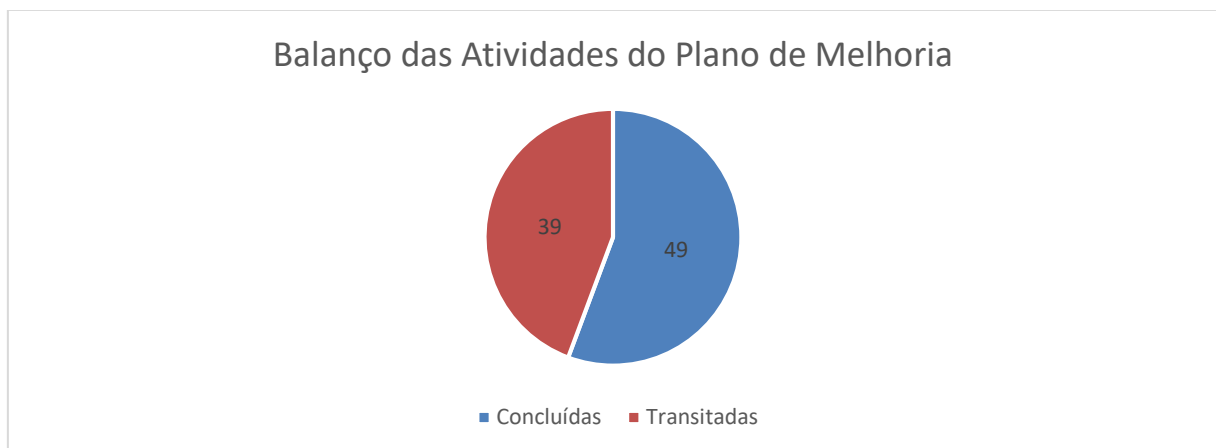
especial importância, principalmente nas auditorias ao funcionamento do Gabinete da Qualidade, permitindo assim uma avaliação e apreciação mais rigorosas.

#### 4.3.2 Estado das ações Desenvolvidas

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

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

**Gráfico 1 - Estado dos Aspetos Identificados para Melhoria em 2020/2021**



No que respeita ao Grau de resposta às ações de melhoria da instituição, podemos verificar que, dos 88 aspetos identificados para melhoria, 49 (55,7%) foram concretizados e os outros 39 (44,3%) transitaram para o ano seguinte. Dos aspetos para melhoria que transitaram é importante referir que alguns têm atividades em desenvolvimento e concretizadas, mas não o suficiente para atingir o objetivo ou a concretização total do aspeto assinalado.

Dos 39 aspetos que transitaram, a maioria tem atividades em curso ou estão concluídos parcialmente. As estratégias e as ações de melhoria definidas, assim como os prazos estipulados, deverão ser repensados no sentido de que os objetivos traçados sejam concretizados

A submissão das ocorrências continua a ser feita no *Alfresco*, assim como o seu registo e monitorização, ficando arquivadas na pasta de registos “Gestão e Melhoria Contínua”. As ocorrências resultantes das auditorias internas e externas são diretamente registadas no documento Registo de Ocorrências na pasta de Registo, Gestão e Melhoria no *Alfresco*. Todas as ocorrências resultantes das auditorias foram classificadas no processo de Gestão de Melhoria. De dezembro de 2019 a dezembro de 2020, foram registadas 66 ocorrências das quais foram concluídas 49, 13 anuladas por duplicação ou por não mostrarem condições de avaliação das mesmas e 4 transitaram. O total das classificadas (53) tiveram a seguinte distribuição: Processo de Realização 1, Processo de Suporte 0 e Processo de Gestão e Melhoria 52. Mantem-se o perfil anterior.

No quadro também se pode observar a fonte das ocorrências com as auditorias internas a se destacar. Fora das auditorias (13) temos a submissão de ocorrências anónimas a comandar (8).

**Quadro 1 - Balço das ocorrências 2021**

	Quantidade	TOTAL
Realização	1	53
Suporte	0	
Gestão e Melhoria	52	
Anuladas	13	66
Concluídas	49	
Transitadas	4	
Auditorias internas	52	65
Auditorias externas	0	
Funcionários	2	
Anónima	8	
Professores	1	
Estudantes	2	

Pela observação do quadro 1 e do gráfico 2 podemos concluir que a maior fatia em termos de ocorrência por processo, a Gestão e Melhoria representa 98% do total das ocorrências, mostrando que as auditorias são momentos importantes para a definição dos aspetos a melhorar. Note-se que no processo de suporte nada foi submetido.

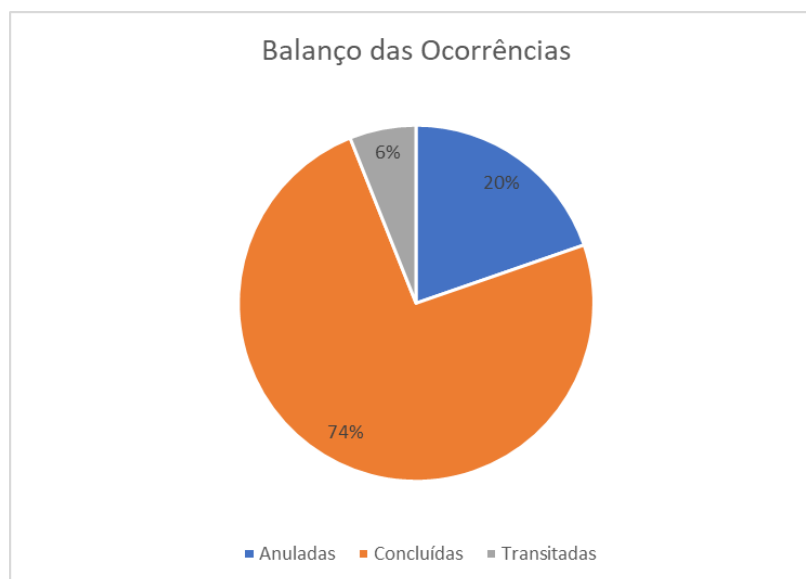
**Gráfico 2 - Ocorrências por processo**





Outra análise importante a fazer é em relação ao número de ocorrências transitadas. Foram apenas 6% (18% no ano anterior e 36% há 2 anos). Têm vindo a diminuir progressivamente nos últimos anos, significando uma cada vez maior adesão ao processo de melhoria continua.

**Gráfico 3 – Balço das Ocorrências**



#### 4.3.3 Aspetos que possam afetar o SIGQ

A chegada dos novos estatutos e a ampliação do projeto educativo tem sido preparada ao longo dos últimos 4 anos. O projeto educativo na área de enfermagem tem-se intensificado com a

acreditao de novos cursos de mestrado e com a certificao de especialidades e ps-graduaes que permitiram um aumento da oferta formativa. No entanto, a alterao dos Estatutos, possibilitando a abertura de novos caminhos, continua a não ocorrer prendendo-se essencialmente com dificuldades temporais. Continua a estar pendente a revisão do Manual da Qualidade e de outros documentos estruturantes. A par destas situaes, que de certa forma podem afetar o SIGQ, o aumento do número de cursos a funcionar, que vêm garantir a sustentabilidade da instituio, aumenta a necessidade de recursos humanos ou obriga a uma sobrecarga de trabalho dos existentes, afetando, de certa forma, os processos institucionais de suporte e melhoria contínua.

A situao pandmica impôs algumas limitaes, obrigou a adaptao de procedimentos e a alterar algumas dinâmicas no sentido da progressão tanto das atividades letivas como administrativas, respeitando de forma formalizada e uniformizada o desenvolvimento dos processos. Foi necessário fazer algumas adaptaes, mas todas elas foram validadas e acompanhados pelos órgãos competentes.

#### *4.3.4 Pontos fortes, fracos e recomendaes de melhoria*

Consideramos de seguida os pontos fortes, os pontos fracos do sistema e as melhorias que nos propomos desenvolver durante o ano 2021/2022.

As recomendaes de melhoria prendem-se, essencialmente, com os resultados dos inquéritos de satisfao, com os planos de melhoria estabelecidos pelos diferentes órgãos, cursos, gabinetes e serviços, decorridos do trabalho desenvolvido durante o ano 2020/2021 e das orientaes emanadas pela A3ES.

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

**Quadro 3 - Reflexão sobre a análise SWOT 2020**

<b>Consideramos como pontos fortes (2020)</b>	<b>Análise 2021</b>
Compromisso do CD com a melhoria contínua e qualidade Institucional, através de estratégias de modernização administrativa e pedagógica, fomento da Internacionalização e suporte ao desenvolvimento Institucional.	Mantem-se como ponto forte
- Forte ligação entre o Conselho de Direção e o Gabinete da Qualidade;	Mantem-se Ponto Forte
- Conscientização de toda a comunidade acadêmica sobre a importância do SIGQ;	Mantem-se Ponto Forte
- Envolvimento e participação dos estudantes no processo de avaliação do ensino-aprendizagem e melhoria contínua a vários níveis (existência do delegado de turma, participação na equipa da qualidade...);	Mantem-se Ponto Forte
- Existência de instrumentos que permitem avaliar e monitorizar o processo de ensino aprendizagem, na sua abrangência e diversidade, envolvendo os diferentes intervenientes;	Mantem-se Ponto Forte
- Envolvimento dos órgãos, coordenadores de curso, gabinetes e serviços com participação ativa no SIGQ (planeamento, relatório das atividades desenvolvidas e plano de melhoria anual);	Mantem-se Ponto Forte

Consideramos como pontos fortes (2020)	Análise 2021
- Procedimentos, instrues de trabalho e formulários que imprimem rigor, orientam e uniformizam circuitos e atividades;	Foi efetuada uma revisão a todos os documentos, efetuadas todas as alteraes necessárias. Mantem-se Ponto Forte
- Instrumentos de monitorizao funcionais (Planeamento e Monitorizao do SIGQ; Monitorizao de Projetos Institucionais; Registo de Ocorrências; Registo Planos de Melhoria; Registo de Auditorias ...);	Mantem-se Ponto Forte
- Plano de auditorias anual que abrange todos os processos e promove a melhoria contínua;	Mantem-se Ponto Forte
- Planeamento e Monitorizao do SIGQ revelador da articulao entre a política da qualidade, os processos, áreas de análise, indicadores e objetivos, permitindo uma leitura rápida sobre o SIGQ no seu todo;	Mantem-se Ponto Forte
- Definio de boas práticas no recrutamento, seleo e integrao de novos funcionários;	Mantem-se Ponto Forte
- Espírito de equipa em todos os serviços, com elevado sentido de entreajuda;	Mantem-se Ponto Forte
- Celeridade nas respostas nas diversas frentes;	Já não  um ponto forte, mas um ponto a melhorar dada a sobrecarga de trabalho
- Sistema informático Fenix e suporte documental Alfresco, os quais permitem a comunicao acessível a todos os intervenientes nos diferentes processos;	Já não  um ponto forte. Gestão de ocorrências no <i>Alfresco</i> necessita de melhoria.

<b>Consideramos como pontos fortes (2020)</b>	<b>Análise 2021</b>
- Interação institucional com a sociedade através das redes sociais;	Mantem-se Ponto Forte
- Reuniões periódicas por grupos de interesse (estudantes, docentes e funcionários não docentes) de contextualização das atividades da instituição e da sua gestão;	Mantem-se Ponto Forte
<b>Pontos fracos 2020</b>	<b>Análise 2021</b>
- Insuficiente feedback avaliativo das atividades desenvolvidas por parte dos parceiros externos;	- Ainda é um ponto a melhorar
- Lenta fluidez no circuito da informação recolhida e tratada, com influência no processo de análise do PMSIGQ que alimenta a reunião do sistema e os diferentes relatórios	- Embora já se note alguma melhoria ainda é um ponto a melhorar. Foram definidas estratégias para melhor controlo da situação de registo. Foram definidos os serviços e gabinetes com a responsabilidade de registo direto no PMSIGQ
- Dificuldade em cumprir prazos de entrega dos relatórios anuais;	- Ainda é um ponto a melhorar
- Necessidade de sistematização dos procedimentos que orientem o apoio aos estudantes internacionais;	- O Gabinete de Internacionalização e mobilidade está num processo de reflexão e concretização.
- Necessidade de revisão de alguma documentação de suporte do sistema;	Foram revistos todos os documentos de apoio, procedimentos, instruções de trabalhos e alguns manuais. A revisão ainda se encontra em curso.

Pontos fracos 2020	Análise 2021
- Dificuldade dos Serviços de Apoio em acompanhar a evolução tecnológica na rea Pedagógica;	
- Necessidade de modernização do Site externo, tornando-o mais intuitivo e esteticamente mais agradável;	Novo Site a concluir a sua construção
- Dotação (em número) de Recursos Humanos (docentes e não docentes) pouco forte para responder aos objetivos da Instituo;	Continua como ponto frágil, no entanto boa dotação de Doutores e Especialistas.
- Insuficiente procura de formações contínuas por parte dos próprios funcionários, tendo em vista a resposta  obrigatoriedade de horas de formação ao abrigo do Código do Trabalho.	- Continua com ponto fraco
- Revisão de documentos progredindo de forma lenta.	Deixou de ser ponto fraco
- Atraso na disponibilização de alguns relatórios	Embora com melhorias, mantém-se como ponto fraco
- Ambiente emocional baixo com maior visibilidade no pessoal não docente	A resposta aos inquéritos de satisfação não mostra melhoria
Aspetos identificados melhoria 2020	Análise dos aspetos identificados para melhoria
- Continuação da promoção da importância do SIGQ junto de toda a Comunidade Cluny	A promoção da importância do SIGQ já  realizada da ESESJC, estando a cultura da qualidade implementada.

Aspetos identificados melhoria 2020	Análise dos aspetos identificados para melhoria
- Procura de oportunidades de formação na área dos SIGQ, de forma a promover a integração de novos elementos na equipa da qualidade;	Formação conseguida
– Continuação da revisão e a criação de documentos que permitam a orientação de atividades e a recolha, registo e monitorização de informação de forma a permitir a atuação e a avaliação do SIGQ;s	A revisão dos documentos está a ser continuamente a ser realizada, consoante as necessidades identificas.
– Revisão de toda a documentação de suporte do SIGQ, incluindo o Manual da Qualidade, após a mudana dos Estatutos que se espera durante o ano 2021;	Continua em melhoria
– Manutenção da Revisão Anual do Sistema, implementando uma dinâmica centrada, essencialmente, na reflexão sobre a ação (identificação de boas práticas e de aspetos para melhoria), análise dos indicadores e definição de metas, no sentido do desenvolvimento da melhoria continua;	Conseguido
– Desenvolvimento de uma dinâmica de identificação e resposta às ocorrências de forma mais eficaz.	Já se nota uma melhoria, mas  um aspeto sempre a melhorar
– Continuação do investimento na promoção de reuniões de preparação e avaliação das auditorias com os auditores internos com o propósito de definir, rever e avaliar objetivos;	Melhoramento visível no resultado das auditorias, identificação das ocorrências, indicação de sugestões e redação de relatórios

<p>– Promoo de auditorias internas de acompanhamento aperfeiando cada vez mais o cariz pedagógico;</p>	<p>Conseguido</p>
<p>– Aperfeiamento da dinâmica de registo e publicao de resultados das auditorias;</p>	<p>Conseguido</p>
<p>– Revisão anual do Planeamento e Monitorizao do Sistema em termos de indicadores;</p>	<p>Conseguido</p>
<p>- Acompanhamento da decisão do CP, no que concerne a reformulao dos inquéritos de avaliao e relatórios das UC(s) e periodicidade da sua aplicao</p>	<p>Conseguido</p>
<p>– Promoo de reuniões com o Conselho de Direo, Coordenadores de Curso, Gabinetes e Serviços sempre que for necessário aplicar alteraes que impliquem toda a instituio, no sentido da decisão e de divulgao rápida e consistente da informao;</p>	<p> notrio uma melhoria significativa na articulao dos diferentes gabinetes/coordenadores de curso e outros.</p>
<p>– Promoo de estratégias motivadoras de monitorizao e atualizao do registo de planos de melhoria e do registo de ocorrências;</p>	<p>Conseguido</p>
<p>– Promoo de estratégias motivadoras para o cumprimento de prazos de entrega de relatórios.</p>	<p>Em desenvolvimento</p>



### **Pontos Fortes**

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

### **Pontos Fracos**

- Feedback avaliativo das atividades desenvolvidas por parte dos parceiros externos;
- Fluidez no circuito da informação recolhida e tratada, com influência no processo de análise do PMSIGQ que alimenta a reunião do sistema e os diferentes relatórios;
- Entrega dos relatórios anuais em termos de tempos;
- Definição do apoio aos estudantes internacionais;
- Dificuldade dos Serviços de Apoio em acompanhar a vertente Pedagógica;
- Modernização do Site externo, tornando-o mais intuitivo e esteticamente mais agradável;
- Dotação (em número) de Recursos Humanos (docentes e não docentes) pouco forte para responder aos objetivos da Instituição;
- Insuficiente procura de formações contínuas por parte dos próprios funcionários, tendo em vista a resposta à obrigatoriedade de horas de formação ao abrigo do Código do Trabalho.

### **Aspetos para Melhoria 2021/2022**

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

- Continuação da promoção da importância do SIGQ junto de toda a Comunidade Cluny;
- Continuação da revisão e a criação de documentos que permitam a orientação de atividades e a recolha, registo e monitorização de informação de forma a permitir a atuação e a avaliação do SIGQ;s
- Revisão do Manual da Qualidade e outros documentos estruturantes, após a mudança dos Estatutos
  - Manutenção da Revisão Anual do Sistema, implementando uma dinâmica centrada, essencialmente, na reflexão sobre a ação (identificação de boas práticas e de aspetos para melhoria), análise dos indicadores e definição de metas, no sentido do desenvolvimento da melhoria contínua;
  - Desenvolvimento de uma dinâmica de identificação e resposta às ocorrências de forma mais eficaz.
- Promoção de reuniões de preparação e avaliação das auditorias com os auditores internos com o propósito de definir, rever e avaliar objetivos;
- Promoção de auditorias internas de acompanhamento aperfeiçoando cada vez mais o cariz pedagógico;

- Revisão anual do Planeamento e Monitorizao do Sistema em termos de indicadores;
- Acompanhamento da decisão do CP, no que concerne a reformulao dos inquéritos de avaliao e relatórios das UC(s) e periodicidade da sua aplicao;
- Promoo de reuniões com o Conselho de Direo, Coordenadores de Curso, Gabinetes e Serviços sempre que for necessário aplicar alteraes que impliquem toda a instituio, no sentido da decisão e de divulgao rápida e consistente da informao;
- Promoo de estratégias motivadoras de monitorizao e atualizao do registo de planos de melhoria e do registo de ocorrências;
- Promoo de estratégias motivadoras para o cumprimento de prazos de entrega de relatórios.
- Melhoramento do Sistema informático Fenix e suporte documental Alfresco, os quais permitem a comunicao acessível a todos os intervenientes nos diferentes processos.

---

(Coordenadora do Gabinete da Qualidade)