

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM



MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE MGQ.01.28

Lisboa, 24 de março de 2023



ESESFM
Rua de Santa Marta 56, 1169-023 Lisboa
T: (+351) 217 120 913 | E: esesfm@esesfm.pt
esesfm.pt



| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 3 |
| 2. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO | 4 |
| 2.1. Apresentação | |
| 2.2. Organograma | |
| 3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE | 5 |
| 3.1. Objetivo e Âmbito | |
| 3.2. Processos | |
| 3.3. Interação entre Processos | |
| 3.4. Informação Documentada | |
| 4. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO | 9 |
| 4.1. Política da Qualidade | |
| 4.2. Planeamento e Objetivos da Qualidade | |
| 5. GESTÃO DE RECURSOS | 12 |
| 5.1. Recursos Humanos | |
| 5.2. Funções e Responsabilidades | |
| 5.3. Infraestruturas | |
| 5.4. Ambiente de Trabalho | |
| 5.5. Comunicação | |
| 6. REALIZAÇÃO DO SERVIÇO | 14 |
| 6.1. Design e Desenvolvimento | |
| 6.2. Compras | |
| 6.3. Produção e Prestação do Serviço | |
| 7. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO | 15 |
| 7.1. Satisfação de Estudantes e Colaboradores | |
| 7.2. Monitorização e Medição | |
| 7.3. Auditorias Internas | |
| 7.4. Não Conformidades, Reclamações e Sugestões | |
| 7.5. Ações Corretivas | |
| 7.6. Análise de Dados e Melhoria Contínua | |
| 7.7. Revisão do Sistema de Gestão de Qualidade | |

O presente Manual descreve o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM), tendo como referencial a Norma NP EN ISO 9001:2015, e os requisitos preconizados pela A3ES no Manual para o Processo de Auditoria – janeiro 2020.

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

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

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

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

Constituição da Equipa da Qualidade:

| COLABORADOR | FUNÇÃO |
|---------------------|---|
| Alice Teixeira | Administrativa – responsável de processo |
| Antonieta Serra | Secretária de Direção |
| Elsa Gonçalves | Subdiretora – responsável de processo |
| João Paulo Nunes | Professor |
| Manuela Lopes | Professora – responsável de processo |
| Maria Teresa Portas | Professora – coordenadora SGQ - responsável de processo |

2.1. Apresentação

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

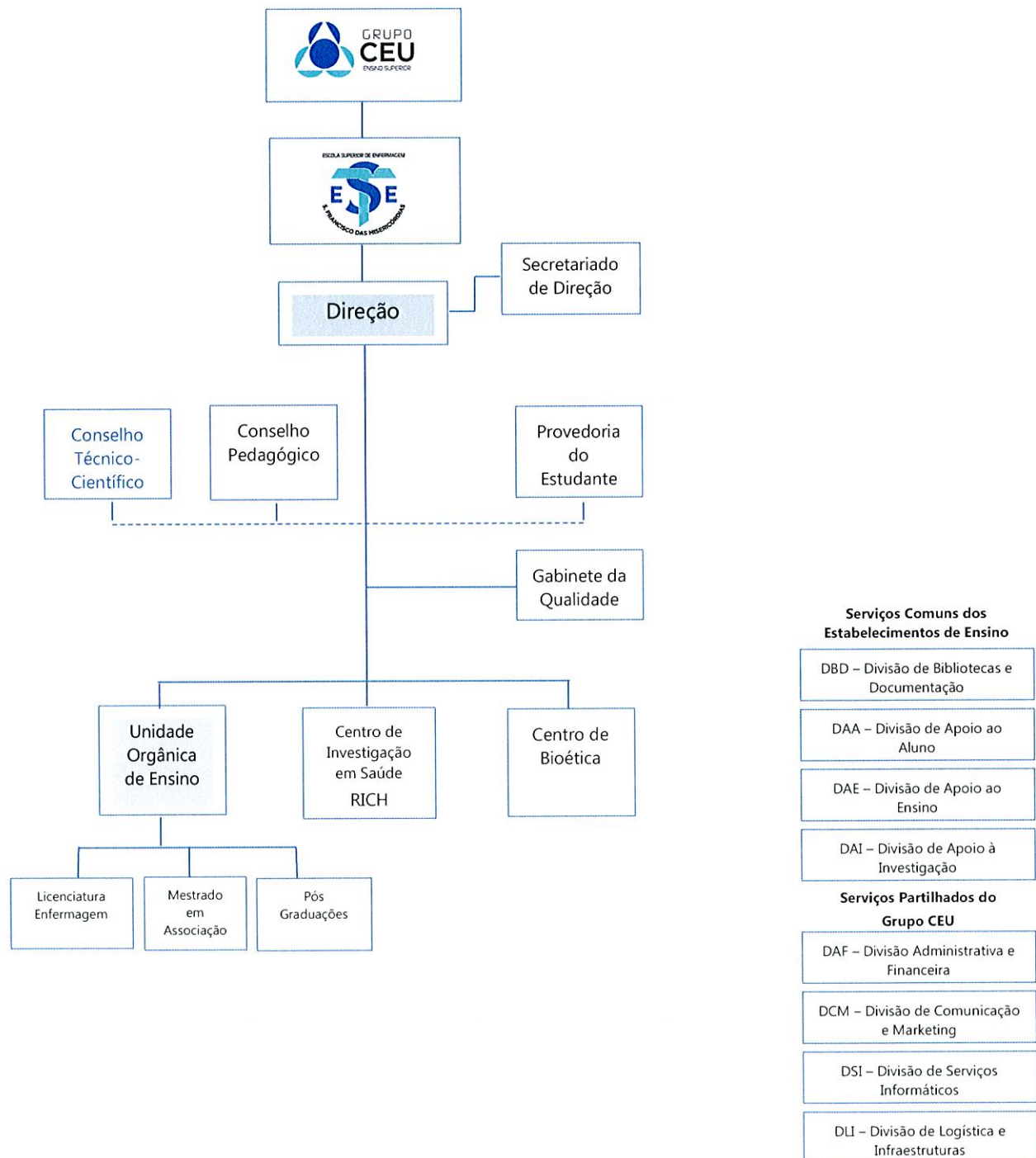
A Direção da Escola promoveu e incentivou a formação dos seus professores, mantendo um corpo docente que correspondeu sempre aos requisitos académicos e legais, necessários para as funções desempenhadas, tanto a nível teórico como prático.

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

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

A Cooperativa de Ensino Universitário, CRL é a entidade instituidora da ESESFM, desde o dia 1 de janeiro de 2021, tendo obtido autorização para o efeito através do Despacho n.º 5159/2019 de 24 de maio.

2.2. Organograma



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

3.1. Objetivo e Âmbito da Certificação

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

O âmbito da certificação é “ensino superior de enfermagem e formação contínua em saúde”.

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

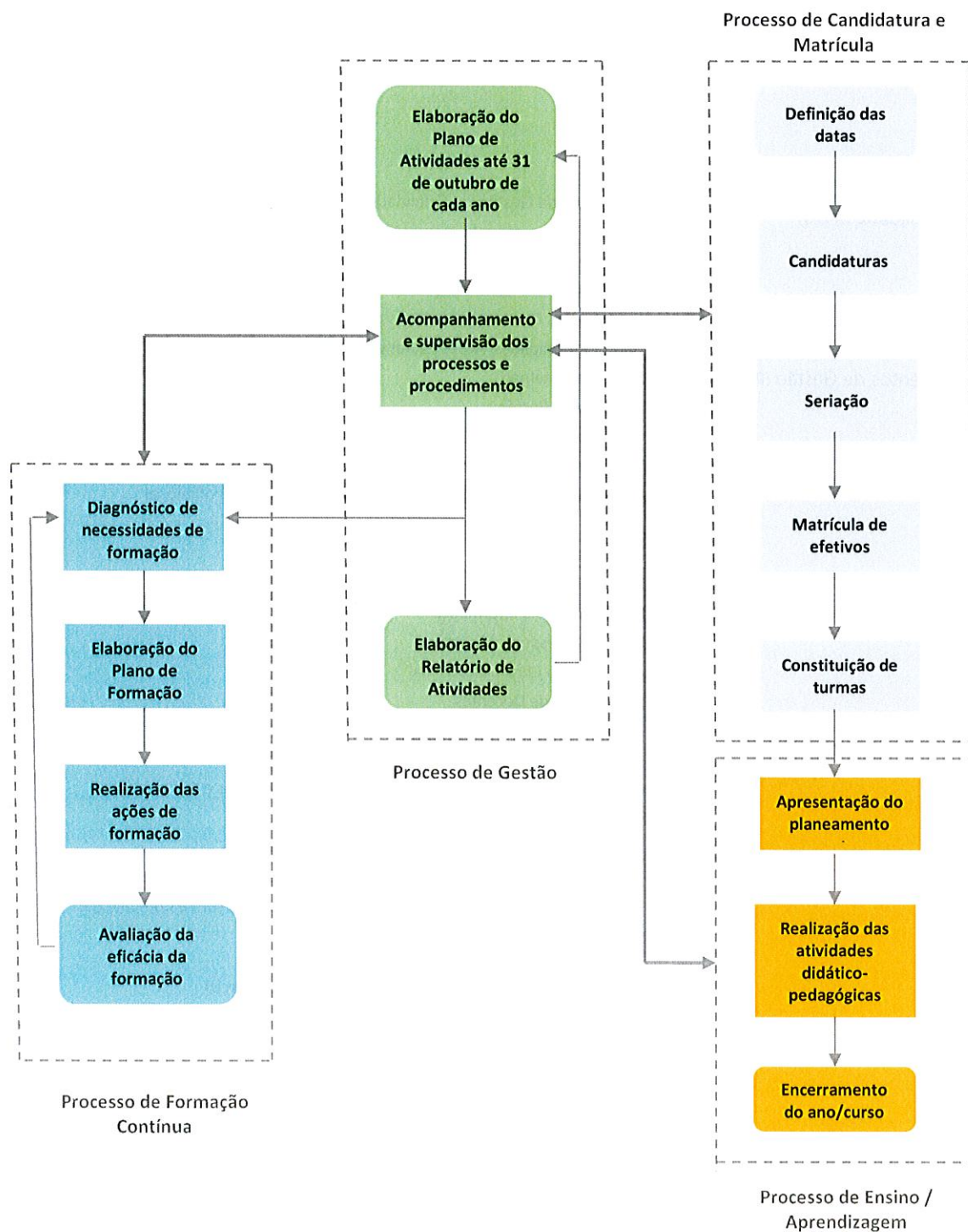
A terminologia utilizada foi suportada na Norma NP EN ISO 9000 e, como elemento de suporte à melhoria do desempenho do Sistema, utilizaram-se, na medida considerada como aplicável e justificável, as orientações da Norma NP EN ISO 9004.

3.2. Processos

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

| PROCESSO | RESPONSÁVEL |
|---------------------------------|----------------|
| PG.06 - Gestão | Elsa Gonçalves |
| PG.07 - Formação Contínua | Manuela Lopes |
| PG.01 - Candidatura e Matrícula | Alice Teixeira |
| PG.02 - Ensino-Aprendizagem | Teresa Portas |

3.3. Interação entre Processos



3.4. Informação Documentada

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| Manual de Gestão da Qualidade (MGQ) | MGQ.01 – Manual de Gestão da Qualidade |
| Procedimentos de Gestão (PG) | PG.01 – Processo Candidatura e Matrícula PG.02 – Processo Ensino-Aprendizagem PG.03 – Controlo dos Documentos e Registos PG.04 – Não Conformidades, Ações Corretivas, Reclamações e Sugestões PG.05 – Auditorias Internas PG.06 – Processo de Gestão PG.07 – Processo de Formação Contínua PG.08 – Design e Desenvolvimento de Cursos não Conferentes de Grau PG.09 – Creditação de Competências Académicas e Experiência Profissional |
| Procedimentos Específicos (PE) | PE.01 – Ensino Teórico PE.02 – Prática Clínica PE.03 – Documentos Via Informática PE.04 – Funções e Responsabilidades PE.05 – Algoritmo da Classificação Final PE.07 – Substituição de Docentes PE.08 – Avaliação da Eficácia da Formação PE.09 – Controlo dos Recursos de Monitorização e Medição PE.10 – Emissão de Diplomas, Suplemento ao Diploma, Certidões e Carta de Curso PE.11 – Emissão de Certificados PE.12 – Processo de Internacionalização. Mobilidade ERASMUS + PE.13 – Centro de Investigação e Desenvolvimento em Ciências da Saúde PE.14 – Gestão dos Projetos de Colaboração Interinstitucional e com a Comunidade PE.15 – Tipo de Registos na Avaliação não Presencial |
| Regulamentos (REG) | REG.01 – Regulamento do Estudante em Regime de Tempo Parcial REG.02 – Regulamento do Conselho Técnico-Científico REG.04 – Regulamento Interno REG.07 – Regulamento do Conselho Pedagógico REG.08 – Regulamento de Creditação REG.09 – Regulamento dos Regimes de Reingresso e de Mudança de par Instituição / Curso REG.10 – Regulamento Maiores de 23 Anos REG.11 – Regulamento de Atribuição do Título de Especialista REG.12 – Regulamento do Estatuto do Estudante Internacional REG.13 – Regulamento de Titulares de outros Cursos Superiores REG.14 – Regulamento de Titulares de Diploma de Especialização Tecnológica REG.15 – Regulamento de Avaliação do Desempenho do Pessoal Docente REG.16 – Regulamento dos Titulares de um Diploma de Técnico Superior Profissional |

| | |
|----------------|---|
| | REG.17 – Regulamento de Inscrição e Frequência de Unidades Curriculares pelo Estudante Externo REG.19 – Regulamento do Ensino Clínico REG.20 – Regulamento Específico do Concurso Especial para os Titulares dos Cursos de Dupla Certificação de Nível Secundário REG.21 – Regulamento do Estatuto do Estudante-Atleta |
| Modelos (Mod.) | Mod.01 ... Mod. ... |

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

4.1. Política da Qualidade

Visão

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

Missão

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

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

Valores

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

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

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

Entende a Pessoa, como sujeito e autor do próprio percurso vital, em devir, dotado de dignidade intrínseca, desde a conceção até à morte natural. Respeita cada indivíduo, independentemente da raça, credo ou condição social. Para tal compromete-se, no exercício organizado e ponderado, de agente estimulador do desenvolvimento pessoal e social, nas dimensões do Saber, do Saber Ser e do Saber Fazer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Planeamento e Objetivos da Qualidade

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

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

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

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

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

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

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

5.1. Recursos Humanos

As funções e responsabilidades dos colaboradores, assim como os requisitos mínimos para a seleção dos mesmos, encontram-se descritos no Procedimento Específico “Funções e Responsabilidades” – PE.04.

O recrutamento dos colaboradores internos processa-se a partir de proposta do Diretor com parecer do Conselho Técnico-Científico, à Administração Escolar do Grupo CEU.

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

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

Quando existirem questões disciplinares, científicas ou pedagógicas resultantes daquelas avaliações, serão comunicadas ao Diretor, ao Conselho Técnico-Científico ou ao Conselho Pedagógico respetivamente, para apreciação, análise e deliberação, para posterior validação pela Administração Escolar do Grupo CEU.

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

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

| IDENTIFICAÇÃO | INDEXAÇÃO | RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO | TEMPO DE ARQUIVO |
|--|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Acompanhamento da Atividade do Colaborador Externo em ensino teórico (Mod.102) | Pasta Pedagógica do Semestre | Coordenador de Semestre | Até ao final da atividade |
| Avaliação Final da Unidade Curricular (Mod.89) | Pasta Pedagógica do Semestre | Coordenador de Semestre | Até ao final da atividade |
| Avaliação do Colaborador Externo em prática clínica (Mod.90) | Pasta SGQ | Coordenador de Semestre | Enquanto Colaborador |

5.2. Infraestruturas

Os equipamentos e meios associados ao espaço de trabalho identificados como relevantes são controlados e sujeitos à manutenção exigidos pelo fabricante e inerentes ao seu funcionamento, o que é assumido pela entidade instituidora da ESESM, a Cooperativa de Ensino Universitário.

5.3. Ambiente de Trabalho

A organização possui as condições necessárias relativamente ao ambiente de trabalho, em termos de higiene, a limpeza, iluminação e temperatura, as quais são asseguradas pelo Grupo CEU.

5.4. Comunicação

A Direção de Comunicação e Relações Externas do Grupo CEU, desde o mês de janeiro de 2021, garante a eficácia da comunicação externa da ESESM.

Em relação à comunicação interna é garantida através de:

- Comunicações Internas, disponibilizadas informaticamente
- Disponibilização da informação através da rede informática
- Reuniões

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

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

6.1. Design e Desenvolvimento

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

6.2. Compras

A ESESFM identifica as necessidades de produtos/materiais/equipamentos, e comunica à Direção Administrativa e Financeira do Grupo CEU, que assegura os procedimentos de seleção e avaliação dos fornecedores externos relevantes que possam afetar a qualidade dos serviços prestados. Assim como, verifica a conformidade dos produtos/materiais/equipamentos comprados, através do respetivo responsável para o efeito.

6.3. Produção e Prestação do Serviço

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

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

| IDENTIFICAÇÃO | INDEXAÇÃO | RESPONSÁVEL PELO ARQUIVO | TEMPO DE ARQUIVO |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| Boletim de Matrícula (Mod.05) | Processos dos estudantes | Secretaria do Estudante | Conservar |

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

7.1. Satisfação de Clientes e Colaboradores

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

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

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

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

7.2. MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO

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

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

7.3. AUDITORIAS INTERNAS

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

7.4. NÃO CONFORMIDADES, RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES

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

7.5. AÇÕES CORRETIVAS

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

7.6. ANÁLISE DE DADOS E MELHORIA CONTÍNUA

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

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

7.7. REVISÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

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

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

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

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

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

| ELABORADO | APROVADO |
|---|--|
|  |  |