

PARTICIPANTES	Internos	Externos
	• Eng.º Barbieri Cardoso, DM • Dr. Estevão da Silva, CDDE • Dr.ª Emília Madeira, CSQ • Dr.ª Sandra Costa, SQ	• Eng.º Pedro Calheiros, consultor

**RELATÓRIO DE DESEMPENHO E CONCLUSÕES DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
(RELATIVO AO PERÍODO DE 01 DE JANEIRO DE 2020 ATÉ AO MOMENTO)**

INTRODUÇÃO

A Revisão do Sistema pela Gestão, para além de constituir um requisito da norma NP EN ISO 9001:2015 deverá ser entendida como um exercício de reflexão alargada sobre o estado do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Este Relatório apresenta a informação necessária para efetuar essa reflexão, ou seja, apresenta o ponto de situação sobre o estado atual, constituindo um instrumento crucial para análise global do SGQ.

Pretende, portanto, o presente relatório compilar toda a informação relevante do Sistema de Gestão da Qualidade da Câmara Municipal da Felgueiras, de forma a proceder-se à Revisão do SGQ pela Gestão de Topo e pelos responsáveis dos processos, tendo em conta o seguinte:

- Assegurar a sua adequabilidade à atividade da Organização (Câmara Municipal de Felgueiras- CMF);
- Avaliar e definir ações de melhoria e/ou preventivas para promover o aumento de eficácia;
- Avaliar o desempenho dos indicadores e o cumprimento dos objectivos e metas relativos ao ano 2020;
- Acompanhar os Objetivos da Qualidade para 2021 e respetivas ações;
- Identificar os recursos necessários para implementação das acções;
- Estado de ações resultantes de anteriores revisões pela gestão;
- Alteração ao contexto relevante para o SGQ;
- Eficácia das Ações empreendidas para tratar riscos e oportunidades;
- Avaliação dos Fornecedores.

ENTRADAS PARA A REVISÃO PELA GESTÃO

ESTADO DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE (SGQ)

O SGQ do Município de Felgueiras contempla a abordagem por processos e está implementado em todos os serviços do âmbito.

Verifica-se adequabilidade da política de gestão e dos objetivos e a sua compatibilidade com a orientação estratégica da organização.

Na sua generalidade as ações previstas por Processo em 2020 estão implementadas e com a avaliação da eficácia analisada, à exceção das que, inevitavelmente, foram adiadas para 2021 por força da pandemia Covid19, por restrições orçamentais ou contingências dos sistemas de Informação.

As ações resultantes da anterior revisão pela gestão, estão a ser tratadas/acompanhadas de acordo com o registo no Mod.009|PG.GS.

Atualmente, o Município de Felgueiras encontra-se certificado, desde 27 de janeiro 2021, tendo por base a mais reconhecida Norma Internacional da Qualidade – NP EN ISO 9001:2015 – nas áreas de Atendimento, Ação Social, Desporto, Cultura, Educação - nomeadamente, nas suas atividades referentes à ação social escolar e refeições escolares - Águas e Saneamento, envolvendo igualmente os processos de suporte relacionados com a Contratação Pública, Equipamentos e Infra-estruturas, Recursos Humanos e Sistemas de Informação.

ALTERAÇÕES EM QUESTÕES EXTERNAS E INTERNAS QUE SÃO RELEVANTES PARA O SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Não foram identificadas alterações ao SGQ para além das já documentadas no Manual de Qualidade.

Está em curso a implementação do SGQ em novas áreas de atividade municipal, com o objetivo de alargar até maio de 2022 a certificação às mesmas, nomeadamente à Gestão de Projetos e Empreitadas Municipais, à Gestão Urbanística - Gestão e Planeamento - e aos Transportes Escolares e Regime Escolar (Distribuição de Fruta e Leite), no âmbito do Processo Educação.

A reanálise de contexto está a ser efetuada por cada responsável dos processos, pelo que à data, ainda não existem dados que identifiquem alterações relevantes, sendo de realçar o impacto que a pandemia COVID19 continua a ter em 2021.

INFORMAÇÕES QUANTO AO DESEMPENHO E À EFICÁCIA DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE, INCLUINDO TENDÊNCIAS:

No que concerne às tendências, salienta-se a sua não aplicação, à data, em virtude de se tratar de um SGQ recente, com a sua implementação há menos de 1 ano, e não haver histórico registado que permita a respetiva análise. Contudo, a análise de tendências será refletida no próximo relatório de Revisão do SGQ.

1) SATISFAÇÃO DO CLIENTE E RETORNO DE INFORMAÇÃO DE PARTES INTERESSADAS RELEVANTES

ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES DE CLIENTES

Tendo em conta os registos apurados, verifica-se que em 2020 foram identificados, no âmbito da Gestão do Sistema da Qualidade (SGQ), o registo de 12 reclamações, exaradas no livro de reclamações e em correio electrónico, tendo sido verificado fundamento somente em 8 das 12 registadas. À data, 11 das reclamações encontram-se encerradas e 1 encontra-se em análise.

Todas as reclamações registadas dentro do âmbito do SGQ, foram analisadas e tratadas no âmbito das atividades de cada processo no modelo.009|PG.GS e, à exceção da que se encontra em análise, com respostas enviadas aos reclamantes.

Fora do âmbito do SGQ, foram registadas 4 reclamações no livro de reclamações da Polícia Municipal, o que totaliza o registo de 16 reclamações no ano 2020, cfr. relatório de Gestão de Reclamações e Elogios.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE CLIENTES

No período em análise foram recebidos dos clientes, inquéritos de satisfação respondidos, com elevada importância para a promoção da melhoria contínua dos serviços que a Câmara Municipal da Felgueiras presta ao Município.

A recolha demonstrada na última reunião da revisão pela gestão, confere um bom grau de satisfação, não obstante o estado de calamidade em vigor, que encerrou os espaços públicos e não permitiu a realização de eventos, não dando a possibilidade à maior parte dos processos, aferir resultados de satisfação.

A tabela abaixo indicada e o resumo que se junta, compilam a análise efetuada aos relatórios de avaliação de satisfação apresentados por processo do ano de 2020, destacando-se desde já o índice de satisfação por processo.

Processos SGQ	População	Represent. Mínima (10%)	Amostra Obtida	Índice de Satisfação Obtido	Nível de Confiança	Margem de Erro
PO.ASAN	Não especificada		24	82%		
PO.AS	Não especificada		34	92%		
PO.AT	2000	200	65	85%	90%	10,01%
PO.Cult	Não especificada		48	97%		
PO.Desp	1059	106	119	82%	90%	7,09%
PO.Edu	713	71	112	75%	90%	7,12%
PS.RH	646	65	70	76%	90%	9,26%

Considerando a avaliação apresentada no quadro resumo supra, constata-se que com base na população registada em relatório de avaliação de satisfação, por processo, somente o Processo do Atendimento não atingiu a respetiva representatividade pelo facto de não estar à data pré-definida. Neste sentido, verifica-se a necessidade de se identificar o índice de representatividade da amostra em $\geq 10\%$ com o objetivo de diminuir a margem de erro.

Contudo, no Mod.009|PG.GS, Plano de Ação de Melhorias de 2021 (PAM), está identificada ação de melhoria para implementar a análise da representatividade destes resultados.

RETORNO DE INFORMAÇÃO DE PARTES INTERESSADAS RELEVANTES

Cientes - dos diferentes processos aqui referenciados, é de salientar a relevância dos respetivos gestores monitorizarem de perto as causas das reclamações identificadas, bem como, a eficácia das respetivas ações empreendidas, registadas no Mod.009|PG.GS – Plano de Ações de Melhoria, de forma a assegurar respostas adequadas às efetivas necessidades e expectativas identificadas.

Outras partes interessadas relevantes – considerando as expectativas, necessidade e respetivas fontes de monitorização, e considerando ainda, que não há reportes negativos registados no Plano de Ação de Melhoria de cada Processo, concluiu-se que a interação entre os Processos identificados no âmbito do Sistema de Gestão de Qualidade e as outras partes interessadas relevantes, é positiva, tal como espelha a tabela infra.

PARTE INTERESSADAS	PROCESSOS											
	GE	GS	ASAN	AS	AT	CULT	DESP	EDU	CP	EQ_Inf	RH	SI
ACES Felgueiras				RP								
Agrupamento Escolas				RP								
Águas do Douro e Paiva			RP									
Águas do Norte			RP									
ASAE								RP				
Associações Culturais/Coletividades						RP	RP					
Associação Dignidade				RP								
Colaboradores	RP	RP				RP			RP	RP	RP	RP
Comunidade Escolar								RP				
Conselho Municipal de Educação								RP				
Concorrentes (Contratação Pública)									RP			
Delegado de Saúde			RP				RP	RP				
DG do Livro, dos Arquivos e das Biblioteca						RP						
DG do Património Cultural						RP						
DG da Saúde	RP	RP		RP								
Dirigentes											RP	
Entidades rede Biblioteca						RP						
ERSAR			RP									
Estagiários				RP								
Executivo	RP	RP							RP	RP	RP	
Fornecedores									RP			
Gestores de Contrato									RP			
Gestores de Processos SGQ	RP	RP										
Guarda Nacional Republicana				RP								
Instituto Emprego Formação Profissional				RP								
IPSS e Outros equiparados				RP								
Juntas de Freguesia				RP								
Min. Educação/DGESTE								RP				
Organização Municipal						RP						
Parceiros											RP	
Plano Nacional de Leitura 20-27						RP						
Prestadores de Serviços				RP				RP				
Professores							RP					
Segurança Social				RP								
Serviços Requisitantes									RP			
Tribunal de Contas									RP			
Unidades de Saúde Pública				RP								
Unidades Orgânicas CMF					RP					RP		

*RP- Reforço Positivo

2) MEDIDA EM QUE OS OBJETIVOS DA QUALIDADE FORAM CUMPRIDOS:

Planeamento e Acompanhamento dos Objetivos: 2020			
Processos	Total de Objetivos	Objetivos Atingidos	Objetivos Não Atingidos
PG.GE	3	3	0
PG.GS	2	1	1
PO.AS	3	3	0
PO.ASAN	5	2	3
PO.AT	5	2	3
PO.Cult	28*	13	15
PO.Desp	5	5	0
PO.Edu	10	6	4
PS.CP	3	2	1
PS.Eq e Infr	4	0	4
PS.RH	9	6	3
PS.SI	7	1	6
Total	84	44	40

Da análise dos resultados dos objetivos dos processos do âmbito do SG, do ano de 2020, pode concluir-se, tal como evidencia a tabela supra, que num total de 84 objetivos definidos, 44 foram atingidos e 40 não foram atingidos.

Conclui-se ainda que devido a razões de força maior/alheias aos processos, dos 40 objetivos não atingidos 24 foram motivados pelas contingências do Covid 19, tendo impacto considerável nas equipas de trabalho, uma vez que levou à redução da equipa de alguns dos processos, motivada pela imposição dos deveres de apoio à família, e à tomada de decisões decorrentes do plano de contingência e correspondentes prioridades emergentes da situação de calamidade, resultando em alguns desvios na respetiva operacionalização, com maior incidência nos Processos Atendimento, Cultura, Educação, Contratação Pública, Equipamentos e Infra-estruturas, Águas e Saneamento. Os restantes 16 objetivos não atingidos, justificam-se por motivos internos, nomeadamente, falta de recursos informáticos, com especial incidência nos Processos Sistema de Informação, Educação, Recursos Humanos e Contratação Pública, tal como detalhado no relatório que se anexa.

Dado que a pandemia originada pela Covid19 se iniciou em março do ano 2020, a CMF optou por manter os objetivos definidos à data, até porque a incerteza vivida, dificultava a definição de novos objetivos até final do ano. Se retirarmos o efeito Covid19, foram atingidos 44 objetivos em 60, o que resulta numa taxa de 73% o que, para primeiro ano, consideramos um valor muito satisfatório.

Para 2021 os objetivos estão a ser definidos tendo em consideração o contexto atual.

3) DESEMPENHO DOS PROCESSOS E CONFORMIDADE DOS PRODUTOS E SERVIÇOS

O desempenho dos processos é monitorizado pelo cumprimento dos seus objetivos, bem como, pela satisfação dos clientes, reclamações e não conformidades.

Assim sendo, pela análise plasmada neste relatório, consideramos que até ao momento, tendo em conta a recente implementação do SGQ e as contingências impostas pela pandemia Covid19, que a maior parte dos processos tiveram um desempenho adequado, conforme e eficaz aos fins a que se destinam.

Nesta conformidade, destaca-se a seguir, por processo, a sumula analítica:

Processo de Gestão:

No **PG.GE** - Gestão Estratégica, o grande foco dos trabalhos esteve relacionado com o planeamento do sistema de gestão. Na sequência do trabalho iniciado trouxe oportunidade de melhorar e otimizar todos os temas relacionados com a gestão estratégica e de melhoria do sistema de gestão. Foram definidos objetivos e metas que foram cumpridos dentro do *timing* previsto e dos resultados pretendidos.

No **PG.GS** - Gestão do Sistema, o grande foco de trabalhos esteve relacionado com o acompanhamento do âmbito da implementação do Sistema de Gestão. Foram definidos 2 objetivos e respetivas metas, sendo que um deles foi cumprido dentro do *timing* previsto e o outro, foi considerado não atingido pelo facto de não se ter atingido a meta proposta (100% dos serviços certificados do âmbito de implementação do SGQ), uma vez que foi identificada a necessidade de reduzir o âmbito de Certificação.

Do trabalho de acompanhamento ao âmbito do SGQ e respetiva certificação, resultou a implementação e Certificação do Sistema de Gestão, com extensão do âmbito, às áreas do Atendimento, Ação Social, Águas e Saneamento, Cultura, Desporto, Educação, englobando as áreas de suporte, nomeadamente, Contratação Pública, Equipamentos e Infraestruturas, Recursos, Humanos e Sistemas de Informação.

Em resumo, foi um ano de reorganização de processos e sistema de gestão, e por forma a dar continuidade ao caminho iniciado no ano anterior, iremos otimizar os processos, obtendo assim um maior foco no controlo e otimização dos serviços.

Processos Operacionais:

No **PO.AS** – Ação Social, conseguiram promover/colaborar em atividades de incentivo à igualdade de género, ao combate à violência doméstica, ao apoio à natalidade, à melhoria da qualidade de vida da população e da população idosa em específico e à melhoria da cobertura de equipamentos e respostas sociais do Concelho, garantir a operacionalização do Sistema de Gestão Documental contribuindo para a eficiência das respostas aos processos/solicitações, cumprindo com o estipulado nos Regulamentos e promover novas práticas de gestão da qualidade na área de intervenção dos serviços de ação social, com vista à obtenção de ganhos de transparência e melhoria contínua, tendo obtido um nível de satisfação dos seus clientes (Municípios) um nível de satisfação de 92%. Neste sentido, atingiram os objetivos traçados para o ano 2020;

PO.ASAN – Águas e Saneamento, por motivos associados ao estado de calamidade – Covid19, atingiu menos de 50% dos seus objetivos planeados, não obstante garantiu a qualidade da água, cumprindo trimestralmente com a higienização dos reservatórios - efetuada de 3 em 3 meses - bem como, conseguiu obter o nível de satisfação dos seus clientes em 82%;

PO.AT – Atendimento, por motivos do estado de calamidade e imposição do plano de contingência, atingiu menos de 50% dos objetivos planeados, contudo, conseguiu atingir a meta definida para o nº de reclamações, ≤2/ano, assim como obter um nível de satisfação de 85% dos seus clientes;

PO.Cult – Cultura, por motivos do estado de calamidade e imposição do plano de contingência, atingiu menos de 50% dos objetivos planeados para as valências que agrega, contudo atingiram as metas estipuladas no que concerne ao acesso a todas as formas de expressão cultural, à cooperação com outras entidades, às necessidades de informação dos cidadãos, aos colaboradores, à utilização dos recursos visando a satisfação dos clientes, às condições de organização/conservação/acomodação das publicações periódicas, à promoção do Bordado Terra de Sousa, ao fornecimento ao cliente de novos produtos, ao cumprimento das especificações do cliente da Casa do Risco, à cooperação cultural entre Município e Associações Culturais e à média de satisfação do Cliente em 97%;

PO.Desp – Desporto, conseguiram garantir a qualidade da água das piscinas a um nível superior a 80%, mais de 50% do nº de utentes inscritos a 31 de outubro de 2020 face ao nº de inscritos na época desportiva 2019/20 nas Piscinas Municipais de Felgueiras, Lixa e Idães; assegurar 40 inscrições no Centro de Marcha e Corrida de

Felgueiras e garantir a realização de, pelo menos, dois eventos desportivos no ano. A nível do planeamento e acompanhamento dos objetivos, estes foram dados como atingidos;

PO.Edu – Educação, conseguiu atingir mais de 50% dos seus objetivos. Conseguiram aumentar a satisfação com a Qualidade dos Serviços, aumentar a proximidade com a comunidade educativa; potenciar o trabalho em equipa; aumentar a eficiência do processo com participação em ações de formação e na automatização de procedimentos. Algumas das atividades ficaram fora do âmbito da certificação, no entanto iremos continuar a trabalhar no sentido de incluir esses serviços numa próxima certificação.

Processos de suporte:

PS.CP - Contratação Pública, conseguiu atingir mais de 50% dos seus objetivos, considerando que num total de 3, dois prenderam-se com o cumprimento de prazos relacionados com os procedimentos de contratação por Ajuste Direto e Concurso Público;

PS.Equip_Infra- Equipamentos e Infraestruturas, dos 4 objetivos planeados, verificou-se que apesar das ações desenvolvidas, nenhum foi atingido, motivado pelos poucos recursos quer humanos, quer informáticos e pelas vicissitudes da reorganização de um processo que se interliga com dois serviços, o da mobilidade e o da energia, aumentando a sua fragilidade operacional, agravada com a saída do dirigente dos serviços de energia no meio do ano objeto de avaliação;

PS.RH – Recursos Humanos, conseguiu cumprir com mais de 50% dos objetivos, tendo contribuído para uma gestão eficaz dos procedimentos desenvolvidos pelos serviços municipais dando cumprimento à norma de controlo interno nos domínios de atuação do SRH. Elaboraram o plano de formação para a organização municipal, tendo em conta o levantamento das necessidades, identificação e planeamento de ações, com previsão de custo, sendo que parte do plano foi integrado na candidatura "Formação para a Modernização e Capacitação da Administração local", promovida pela CIM, as ações previstas, devido às contingências COVID, estão a ser desenvolvidas no presente ano. Não obstante, em 2020, realizou-se formação interna, em várias temáticas relevantes para os serviços municipais, nomeadamente, no âmbito das alterações dos procedimentos contratuais; SIADAP, Gestão Qualidade, optimização de sistemas no âmbito dos Serviços de Águas e Saneamento, Proáguas entre outras, num total de 9 ações de formação, possibilitando os dirigentes e técnicos a reforçar o seu conhecimento/competências. Foi ainda efetuada a avaliação da eficácia relativamente à ação sobre o SIADAP, a 100%, estando as restantes a serem avaliadas em 2021. Melhoraram a eficiência na resposta

aos processos/solicitações ao nível do sistema de gestão documental (processos informados em 5 ou menos dias) e promoveram novas práticas de gestão da qualidade em todas as áreas de intervenção dos serviços, com vista à melhoria contínua;

PS.SI - Sistemas de Informação, forçada a reorganização dos Serviços de Modernização Administrativa no decurso de 2020 que levou à mudança de dirigente. A monitorização dos objetivos definidos reflete que não obtiveram os resultados pretendidos, à exceção da implementação da plataforma de Helpdesk, pelo que a sua avaliação enquadra-se nos processos que atingiram menos de 50% dos Objetivos, tal como se pode aferir no relatório dos objetivos que se junta.

Em suma, podemos verificar que independentemente dos motivos e resultados apresentados, na sua globalidade, há um crescendo do desempenho dos processos do SGQ, cuja tendência será o da progressão consolidada, com foco na melhoria continua e na conformidade do seu *modus operandi* em prol da satisfação dos clientes.

4) NÃO CONFORMIDADE E AÇÕES CORRETIVAS

- **ANÁLISE DAS NÃO CONFORMIDADES INTERNAS E RESPETIVAS AÇÕES DESPOLETADAS**

Excetuando as referentes às Auditorias Interna e Externa realizadas em 2020, foram até à data registadas 2 não conformidades internas, uma no que concerne à morosidade de resposta do tratamento da reclamação ao reclamante, com análise das causas efetuadas e ação corretiva a implementar e outra no que concerne à desacertada aplicação das metodologias impostas pelo Sistema de Gestão, num dos processo operacionais do âmbito do SGQ.

Ambas estão identificadas no Mod.009|PG.GS, Plano Ação de Melhoria de 2021, sendo que a 1ª identificada tem a sua avaliação de eficácia a realizar até ao final do ano 2021 e a 2ª com avaliação de eficácia efetuada.

- **ANÁLISE DAS NÃO CONFORMIDADES, RESULTANTE DAS AUDITORIAS REALIZADAS EM 2020 E RESPETIVAS AÇÕES DESPOLETADAS**

As ações lançadas para dar resposta às Não Conformidades detetadas na **Auditoria Interna** realizadas no passado mês de setembro, encontram-se registadas e analisadas no Modelo 009|PG.GS, Plano de Ações de Melhoria e no Mod.217|PG.GS, relatório de monitorização do plano de ação de melhoria.

A esta data e tendo em conta o prazo de implementação das ações previstas até dezembro 2020, foram encerradas até ao final do 1º trimestre de 2021.

O quadro resumo que se segue, pretende demonstrar por processo auditado o nº de não conformidades e ações de melhoria decorrentes da auditoria interna, bem como, o ponto de situação do seu tratamento.

I - Quadro resumo NC|AM e acções despoletadas:

Processos	Fonte		Ações identificadas			Avaliação da Eficácia		
	Auditoria Interna		Ações Implementadas em 2020	Ações Implementadas em 2021	Ações em curso	Realizada em 2020/2021		Falta Realizar
	NC	AM				Eficaz	Não Eficaz	
PG.GE	0	1	1	0	0	1	0	0
PG.GS	6	3	9	0	0	7	2	0
PO.ASAN	0	1	1	0	0	1	0	0
PO.AS	1	1	1	0	1	1	0	1
PO.AT	0	0	0	0	0	0	0	0
PO.Cult	2	0	1	2	0	1	0	2
PO.Desp	0	0	0	0	0	0	0	0
PO.Edu	3	1	3	2	0	5	0	0
PO.GU	0	1	1	0	0	1	0	0
PS.CP	2	1	1	1	1	2	0	0
PS.Eq_Infr	1	1	1	1	0	2	0	0
PS.RH	1	1	2	0	0	2	0	0
PS.SI	0	1	1	0	0	1	0	0

Conclui-se portanto, que foram despoletadas 22 ações em 2020 e 6 em 2021 para o tratamento da NC e AM, registadas em Auditoria Interna, distribuídas pelos processos do âmbito, verificando-se que alguns dos processos, nomeadamente Educação e Cultura, implementaram mais do que uma ação, na perspetiva de consolidar o respetivo tratamento em prol da correcção e da melhoria continua.

Ora, tendo em conta que o presente resumo contempla a análise até ao final do 1º trimestre de 2021, conclui-se ainda que na sua grande parte as ações foram eficazes.

As ações identificadas no PG.GS como não eficazes, deveu-se ao facto de se constatar a reincidência em sede de relatórios da auditoria interna e de certificação.

No que concerne à **Auditoria de Certificação do Sistema de Gestão**, realizada no passado mês de dezembro e tendo em conta o correspondente relatório foram identificadas 4 Pedidos de ações corretivas, 1 dos quais considerado maior, com imposição de prazo de resposta ao Organismo Certificador.

Neste sentido, as ações para dar resposta aos Pedidos de Ação Corretiva detetadas, encontram-se registadas em Relatório de Resposta e no Modelo Plano de Ações de Melhoria - Mod.009|PG.GS.

Conforme o relatório de monitorização do Plano de Ação de Melhoria que se junta, foi despoletado tratamento adequado, tendo a organização em sede de resposta, cumprido com os prazos estipulados pela Entidade certificadora.

A tabela resumo que se segue, permite desde já ter a perceção do nº dos PACs e Ações de Melhoria identificadas por processo, assim como o seu tratamento quanto ao nº de acções implementadas e em curso e a avaliação da eficácia efetuada e a efetuar.

II - Quadro resumo NC | AM e acções despoletadas:

Processos	Fonte		Ações identificadas		Avaliação da Eficácia		
	Auditoria Externa		Ações Implementadas em 2021	Ações em curso	Realizada em 2021		Falta Realizar
	PAC	AM			Eficaz	Não Eficaz	
PG.GE	0	0	0	0	0	0	0
PG.GS	1	5	3	4	0	0	7
PO.ASAN	0	0	0	0	0	0	0
PO.AS	0	1	0	1	0	0	1
PO.AT	0	0	0	0	0	0	0
PO.Cult	0	1	0	1	0	0	1
PO.Desp	1	0	2	0	0	0	2
PO.Edu	0	0	0	0	0	0	0
PS.CP	1	0	3	0	3	0	0
PS.Eq_Infr	1	0	2	0	0	0	2
PS.RH	0	1	0	1	0	0	1
PS.SI	0	2	0	2	0	0	2

Conclui-se assim, que foram implementadas 19 ações, para o tratamento das NC e AM registadas em Auditoria Externa, sendo que 10 já se encontram implementadas, 3 delas com avaliação de eficácia efetuada, e 9 encontram-se em desenvolvimento. Nesta conformidade, 16 das ações, sem avaliação da eficácia efetuada, pelo facto das respetivas ações e seu acompanhamento se encontrar em curso.

Considerando a recente implementação do Sistema de Gestão de Qualidade, verifica-se, no que concerne ao registo de não conformidades e ações de melhoria, maior incidência no que se refere à necessidade de adequação e melhorias das metodologias definidas no âmbito do Sistema de Gestão, sendo de reforçar a atenção sobre as causas destas constatações e a vigilância sobre as ações empreendidas e respetiva eficácia.

5) RESULTADOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO

O desempenho e eficácia do sistema são monitorizados através do cumprimento dos objetivos, efetuado por cada responsável de processo, pelo acompanhamento da satisfação dos clientes (conforme o acima descrito) do histórico de reclamações e das não conformidades.

Os resultados obtidos em 2020 indicam que o sistema está em conformidade com o produto/ serviço prestado, atingindo os resultados planeados.

6) RESULTADOS DAS AUDITORIAS

Análise dos resultados da Auditoria Interna, realizada em setembro 2020

Em setembro de 2020, nos dias 21, 22, 23, 24 e 25 foram realizadas Auditorias Internas ao âmbito do Sistema de Gestão - 7 Processos Operacionais - PO.AT; PO.AS; PO.ASAN; PO.Desp; PO.Edu; PO.GU; PO.Cult e 4 Processos de Suporte - PS.RH; PS.CP; PS.SI; PS.EQ_Inf. No decurso da Auditoria Interna foram Identificadas, 16 Não Conformidades e 11 Oportunidades de Melhoria, despoletando o devido tratamento.

Requisitos Auditados vs Constatações

6	Planeamento	Nº NC	Identificação NC
6.1	Ações para tratar Riscos e Oportunidades	1	NC9
6.2	Objetivos da qualidade e planeamento a atingir	1	NC4
7	Suporte		
7.1	Recursos	3	NC2;NC12;NC14
7.2	Competências	1	NC3
7.5	Informação documentada	2	NC5;NC16
8	Operacionalização		
8.1	Planeamento e controlo operacional	1	NC10
8.2	Requisitos para produtos e serviços	1	NC8
8.4	Controlo dos processos, produtos e serviços de fornecedores externos	1	NC15
8.5	Produção e prestação do serviço	1	NC11
9	Avaliação do Desempenho		
9.1	Monitorização, medição, análise e avaliação	5	NC4, NC6, NC7,NC11,NC13
9.3	Revisão pela gestão	1	NC1

As não conformidades e oportunidades de melhoria resultantes da Auditoria Interna, estão registadas, identificadas as causas e para aquelas consideradas relevantes, definidas ações com o devido acompanhamento no que concerne à sua implementação, encerramento e avaliação de eficácia, cfr. Mod.009|PG.GS – Plano de Ação de Melhoria e Mod.217|PG.GS – Relatório de Monitorização do Plano de Acções de Melhoria em anexo, disponíveis para consulta a todos os Gestores dos Processos do âmbito, na pasta partilhada – Informação Geral - na plataforma own cloud.

As conclusões referem que o âmbito da Organização foi considerado adequado pela Entidade Auditadora (EA), não tendo sido apresentadas quaisquer exclusões ao referencial normativo NP EN ISO 9001:2015.

O modelo de gestão por processos e o modelo organizacional estão alinhados com a estratégia definida.

A operacionalização dos processos irá evidenciar a sua eficácia.

Com a aplicação das técnicas de auditoria à amostra utilizada, a EA constatou que a organização evidencia um SQ jovem que carece de maturidade, contudo cumpre já a generalidade dos requisitos da norma NP EN ISO 9001:2015.

Foi ainda registada a clara determinação da Gestão de Topo em assegurar efetivamente que os serviços prestados pelo Município contribuem para a satisfação dos seus Clientes atuais e futuros, tendo sido evidente a sensibilização e o envolvimento de todos os colaboradores nesta matéria, em particular, dos gestores de processo, permitindo que o sistema funcione na íntegra.

Análise dos resultados da Auditoria de Certificação do Sistema de Gestão, realizada em dezembro de 2020

Em dezembro de 2020, nos dias 21, 22 e 23 realizou-se a **Auditoria Externa** de Acompanhamento com extensão geográfica do âmbito, cujo Relatório, respetivas não conformidades e oportunidades de melhoria decorrentes da mesma, estão igualmente disponíveis na pasta partilhada do SGQ na plataforma own cloud.

Importa realçar que a auditoria de acompanhamento e extensão foi efetuada a um sistema que foi profundamente reformulado, com todos os processos novos criados durante o ano 2020, pelo que foi reconhecida a necessidade do mesmo ganhar maturidade e maior consistência numa perspetiva de melhoria contínua, tal como preconiza a NP ISO 9001:2015, pelo que ainda se encontra em consolidação.

No decurso da Auditoria Externa foram Identificadas: 3 Pedidos de Ação correctiva (PAC) Menores, 1 Pedido de Ação correctiva (PAC) Maior e 10 OBS/Oportunidades de Melhoria, tendo em conta os seguintes Requisitos Auditados:

NP EN ISO 9001:2015 Requisitos Auditados		Nº NC	PAC Menores
7	Suporte		
7.1.3	Infraestrutura	1	PAC1
8	Operacionalização		
8.5.1	Controlo da produção e da prestação de serviço	1	PAC2
9	Avaliação do Desempenho		
9.3.2	Entradas para a revisão pela gestão	1	PAC3

		Nº NC	PAC Maior
8	Operacionalização		
8.4.2	Tipo e extensão do controlo	1	PAC4
9.3.2	Entradas para a revisão pela gestão		

A sua análise e tratamento despoletaram a implementação de ações adequadas, empreendendo acções de correção/acções corretivas, de acordo com os requisitos da Norma de referência, para evitar a sua repetição. Cujo tratamento se encontra explanado no Mod.009|PG.GS - Plano Ação de Melhorias.

As conclusões da Auditoria, confirmam que o SGQ implementado está globalmente concebido e mantido de acordo com os Requisitos da Norma, demonstrando aptidão para de uma forma consistente cumprir com os requisitos aplicáveis e atingir os objetivos adequados à Política de Qualidade da Organização.

7) DESEMPENHO DOS FORNECEDORES EXTERNOS

Avaliado no âmbito do Processo de Suporte – Contratação Pública e tal como previsto em adenda da Reunião da Revisão pela Gestão, realizada no passado mês de janeiro, foi implementada a metodologia de fornecedores definida na IT02, tendo sido efetuada a avaliação restrita ao âmbito do SGQ, envolvendo os gestores de cada processo no que concerne à recolha de contributo sobre o desempenho dos seus fornecedores.

Foi verificado que na generalidade os fornecimentos são efetuados sem falhas, contudo, foram identificados 2 fornecedores que apresentaram falhas no fornecimento.

Um dos casos - CIMAI - a pontuação obtida é de 94% o que o qualifica como de classe A.

No outro caso - Hubel - o fornecedor foi avaliado com uma pontuação de 60%, o que significa que de acordo com a IT02 serão adotadas as seguintes ações:

- O fornecedor não será convidado para o fornecimento seguinte
- O fornecedor será informado pela Contratação Pública da pontuação obtida

Foi considerado que neste caso, as regras existentes no Cadernos de Encargos são as adequadas, não havendo nada a acrescentar.

Os restantes fornecedores ativos no município são considerados qualificados com o nível A.

É de salientar que os critérios e a lista de fornecedores qualificados encontra-se publicada no Site Oficial da CMF, nos serviços de Contratação Pública - <https://cm-felgueiras.pt/servicos/contratacao-publica/>

ADEQUAÇÃO DE RECURSOS

Os recursos necessários encontram-se de uma forma geral adequados, não obstante de se referir a necessidade de melhoria das condições dos Serviços Operativos, onde se insere o armazém, cuja intervenção encontra-se planeada, prevendo-se o início das obras para 2022.

Considerando a sensibilização da organização para adequar os recursos ao desempenho dos processos, tem vindo a investir na sua melhoria, através da renovação/adequação dos espaços, em prol das melhorias das condições ao nível do ambiente de trabalho físico e digital, como por exemplo, renovação das instalações dos Serviços de Modernização Administrativa e Reengenharia dos Processos.

EFICÁCIA DAS AÇÕES EMPREENDIDAS PARA TRATAR RISCOS E OPORTUNIDADES

A eficácia das ações empreendidas para tratar riscos e oportunidades definidas e implementadas em 2020, encontra-se efetuada. O quadro resumo infra, regista que até ao momento, a generalidade das ações implementadas revelaram-se eficazes, pelo que se considera adequado o tratamento efetuado aos riscos e oportunidades.

Ações Fechadas em 2020			
Processos	Nº de ações eficazes	Nº de ações não eficazes	Ações com um nível de significância ≤6
PG.GE	3	0	0
PG.GS	5	0	0
PO.AS	4	0	0
PO.ASAN	5	0	0
PO.AT	4	1	1
PO.Cult	0	0	0
PO.Desp	7	0	0
PO.Edu	7	0	6
PS.CP	4	0	0
PS.Eq e Infr	2	0	0
PS.RH	7	0	0
PS.SI	4	0	0
Total Geral	52	1	7

De um total de 133 registos (riscos/ oportunidades) identificados no Doc. Giro, foram planeadas 129 ações, das quais 53 foram fechadas como eficazes e 1, identificada no PO.AT, fechada como não eficaz devido às contingências motivadas pelo Covid 19. Sendo que 7 das ações (1 referente ao PO.AT e 6 ao PO.Edu) por ser atribuído um nível de significância inferior a 6, haverá necessidade de implementar uma nova ação a ser acompanhada em 2021.

Neste contexto, verificou-se ainda que nos processos PO.AS e PG.GS, 2 das ações identificadas não necessitaram de ações.

Em suma, constata-se em sede de relatório do modelo GIRO, que das 129 ações registadas, 53 das ações foram fechadas, 73 prevêem o seu acompanhamento e encerramento durante o ano 2021, ficando para 2022 o encerramento de 3 ações. O tratamento dos dados em apreço encontra-se sistematizado no relatório Giro, em anexo.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA

No período em análise as ações documentadas por processo, foram devidamente analisadas e acompanhadas, verificando-se na sua maioria o seu encerramento e eficácia até ao 1º trimestre de 2021, no Mod.009|PG,GS e no relatório de monitorização do Plano de Ação de Melhoria que se junta.

Nesta conformidade, foram identificadas pelos vários processos do âmbito, 53 oportunidades de melhoria em prol do bom desempenho dos processos.

SAÍDAS DA REVISÃO PELA GESTÃO

Oportunidade de Melhoria, identificadas na Revisão do SGQ 2020 para serem planeadas e Implementadas em 2021, cujas ações e respetivos desenvolvimentos estão identificados no PAM do sistema de Gestão

- Reunião interserviços para fomentar a comunicação e partilha no âmbito do SGQ;
- Reforço de meios para a criação de reuniões/atividades à distância;
- Reforço de implementação da gestão documental nos sistemas de informação e ferramentas de gestão de informação;
- Reengenharia de processos com a revisão dos workflow's com vista à sua otimização;
- Aumentar a oferta de serviços digitais - com particular incidência na área das obras particulares;
- Renovação das instalações municipais por forma a garantir melhores condições de trabalho, com especial incidência nos serviços operativos com o início de construção de novas instalações;
- Planeamento atempado do processo de descentralização nas transferências de competências na área da saúde;
- Recuperar Sistema de deteção e combate a incêndio no arquivo;
- Os recursos humanos e viaturas existente no serviço de ASAN são escassos, nomeadamente no que concerne ao objetivo de redução de perdas de água, nesse sentido seria conveniente um reforço das equipas de intervenção rápida;
- Reestruturação da intranet, por forma a proporcionar a consulta por parte de todos os (as) colaboradores (as) da autarquia, aos processos, instruções de trabalho, indicadores de resultados, manual da qualidade, etc., ou seja, de todos os elementos relevantes do Sistema de Gestão da Qualidade.
- Alargar o âmbito a novos processos;
- Reforço dos RH dos Serviços da Qualidade;
- Na próxima RSGQ, a realizar com os dados de 2020, avaliar a representatividade dos inquéritos aos clientes.

Acção de Melhoria identificadas na Revisão do SGQ 2021, definidas para serem planeadas e implementadas em 2021/2022

- Introduzir a linguagem de género em todos os formulários de candidatura aos diversos apoios sociais;
- Inclusão de fatura em atraso de pagamento na fatura seguinte; Emissão de uma nova referência multibanco; Pagamento via MBWay;
- Melhorar a redação e concretização de objetivos, contribuindo para a eficácia e eficiência do serviço, otimizando o desempenho dos colaboradores;
- Melhorar a resposta às solicitações e aplicação de algumas ações de melhoria propostas pelos funcionários dos Serviços de Mobilidade, de forma a contribuir para a contínua eficácia e eficiência dos serviços;
- Adquirir plataforma informática que permita a monitorização das diversas solicitações no âmbito dos serviços de mobilidade.

NECESSIDADE DE ALTERAÇÕES AO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE

Considerando a pretensão de implementação da reengenharia dos processos no âmbito da organização em curso, prevê-se em conformidade, necessária adequação ao SGQ. Refere-se também a extensão do âmbito do SGQ e o impacto decorrente na atual estrutura documental.

NECESSIDADES DE RECURSOS

Excetuando a necessidade de reforçar os RH dos Serviços da Qualidade e de renovar o parque automóvel, de modo a permitir dar resposta às necessidades operacionais, consideramos que no geral, estão assegurados os recursos necessários para a concretização dos objetivos.

Compete a cada responsável de processo identificar os recursos necessários para a concretização dos objetivos definidos.

Face aos resultados e apesar da sua recente implementação e significativo potencial de melhoria, conclui-se que o SGQ, encontra-se adequado e em crescendo face às necessidades e propósito da organização com o mesmo.

DEFINIÇÃO DO NOVO CALENDÁRIO DA QUALIDADE

Foi discutido e definido um calendário para a Qualidade estando previstas as seguintes atividades com o seguinte calendário:

- ♦ junho de 2021 – Auditoria interna.
- ♦ julho de 2021 – Auditoria externa.
- ♦ janeiro de 2022 - RRG

CONCLUSÕES

A revisão ao SGQ da Câmara Municipal da Felgueiras funcionou como um exercício de reflexão sobre o estado do sistema e as suas implicações ao nível do funcionamento interno. As decisões resultantes desta Revisão representam o esforço e empenho da organização em tornar o seu funcionamento mais eficiente.

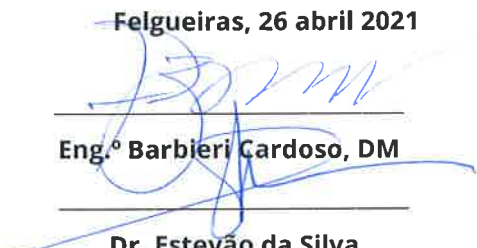
No sentido de promover a melhoria contínua do Sistema, foram lançadas ações de melhoria que irão refletir-se no seu desempenho.

No geral, a satisfação dos Clientes da Câmara Municipal da Felgueiras é considerada muito boa, apesar de se tratar de um Sistema de Gestão da Qualidade ainda jovem e que tem sofrido algumas alterações, mostrando, com isso, ainda muitas perspetivas de melhoria.

Na sequência desta análise efetuada constatamos que o SGQ implementado tem proporcionado a implementação de melhorias que se traduzem numa melhoria contínua do desempenho do sistema e numa melhoria da qualidade dos serviços, pelo que consideramos o SGQ eficaz.

1. ASSINATURAS

Felgueiras, 26 abril 2021



Eng.º Barbieri Cardoso, DM



Dr. Estevão da Silva



Dr.ª Emília Madeira



Dr.ª Sandra Costa



Eng.º Pedro Calheiros