



Guia Interpretativo da NP EN ISO 9001:2000
na Administração Pública Local





Guia Interpretativo da NP EN ISO 9001:2000 na Administração Pública Local

Nos termos e para os efeitos do disposto, designadamente, nos artigos 9º, 12º e 196º do Código dos Direitos de Autor e Direitos Conexos, informa-se que este texto está protegido por direitos de autor, encontrando-se registado na Inspeção Geral das Actividades Culturais com o nº. 4827/2007, e depositado na Biblioteca Nacional sob o nº. 267108/07

PREFÁCIO

Um dos grandes desafios que as sociedades democráticas em todo o Mundo enfrentam nos dias de hoje é a necessidade de desenvolverem e manterem a confiança dos cidadãos nos órgãos e instituições do Estado.

A Administração Pública Local em Portugal desempenha um papel de elevada importância no desenvolvimento económico e social de Portugal, tendo assumido sempre no nosso regime democrático um papel de permanente acompanhamento da evolução da sociedade.

É nossa convicção, enquanto organismo certificador, que através da adopção de sistemas de gestão da qualidade e da sua certificação as entidades da Administração Pública Local podem controlar eficazmente as suas actividades, de modo a maximizar a satisfação dos seus clientes: os cidadãos que utilizam os seus serviços. A implementação de um sistema de gestão da qualidade fornece um modelo de gestão que permite assegurar a qualidade dos serviços prestados e promover, assim, a competitividade dos territórios por si administrados.

Uma Administração Pública Local com qualidade e em condições de gerar competitividade orienta-se para o cidadão, analisando e dando resposta às suas necessidades e expectativas de uma forma consistente e atempada, transmitindo deste modo confiança.

Actualmente verifica-se um aumento muito significativo do número de autarquias que investem na implementação e certificação de sistemas de gestão da qualidade de acordo com a NP EN ISO 9001:2000, apostando na diferenciação pelo mérito e na responsabilização pela prossecução dos objectivos.

A APCER com a publicação do presente guia interpretativo tem como objectivo principal facilitar a interpretação dos requisitos da norma NP EN ISO 9001:2000 quando implementada em autarquias ou entidades destas dependentes, tendo em consideração as suas particularidades e a vasta gama de actividades que desenvolvem.

A APCER, como entidade líder do mercado nacional na actividade de certificação, está permanentemente disponível para colaborar no desiderato de promover nas autarquias melhorias de desempenho distintas, duradouras e substanciais.

Por último, uma palavra de agradecimento é devida a todas as autarquias portuguesas que em nós têm confiado e que com o seu exemplo contribuem para a construção de uma sociedade melhor, com mais qualidade, melhor ambiente e socialmente mais responsável, para benefício de todos nós cidadãos de Portugal.

Porto, Outubro de 2007



José Leitão
CEO
APCER – Associação Portuguesa de Certificação

A EQUIPA

Coordenação:

Maria Tyssen Segurado e Joana dos Guimarães Sá

Redacção:

António Silva Matos
José Cruz Oliveira
Luís Amaral
Luísa Abreu
Maria Tyssen Segurado
Miguel Serrão
Ricardo Cardoso

Revisão:

Cristina Evaristo
Hélder Estradas
Hermano Correia
Hugo Costa
Joana dos Guimarães Sá
Rui Oliveira

ÍNDICE

PREFÁCIO	3
A EQUIPA	4
PARTE A: INTRODUÇÃO AO GUIA INTERPRETATIVO	8
COMO UTILIZAR ESTE GUIA.....	10
ABREVIATURAS	10
DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA.....	11
PARTE B: GUIA INTERPRETATIVO DA NP EN ISO 9001:2000 NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA LOCAL.....	12
0.1. GENERALIDADES	12
0.2. ABORDAGEM POR PROCESSOS	13
0.3. RELACIONAMENTO COM A ISO 9004	14
0.4. COMPATIBILIDADE COM OUTROS SISTEMAS DE GESTÃO	14
1. CAMPO DE APLICAÇÃO	14
1.1. GENERALIDADES	14
1.2. APLICAÇÃO	14
2. REFERÊNCIA NORMATIVA.....	15
3. TERMOS E DEFINIÇÕES.....	15
4. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	17
4.1 REQUISITOS GERAIS	17
4.2 REQUISITOS DA DOCUMENTAÇÃO	18
4.2.1 Generalidades.....	18
4.2.2 Manual da qualidade.....	20
4.2.3 Controlo dos documentos	20
4.2.4 Controlo dos registos	22
5. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO	23
5.1 COMPROMETIMENTO DA GESTÃO	23
5.2 FOCALIZAÇÃO NO CLIENTE.....	24
5.3 POLÍTICA DA QUALIDADE	24
5.4 PLANEAMENTO.....	25
5.4.1 Objectivos da qualidade.....	25
5.4.2 Planeamento do sistema de gestão da qualidade	26
5.5 RESPONSABILIDADE, AUTORIDADE E COMUNICAÇÃO	27
5.5.1 Responsabilidade e autoridade	27
5.5.2 Representante da gestão.....	27
5.5.3 Comunicação interna	27
5.6 REVISÃO PELA GESTÃO	28

5.6.1	Generalidades.....	28
5.6.2	<i>Entrada</i> para a revisão.....	29
5.6.3	<i>Saída</i> da revisão.....	29
6.	GESTÃO DE RECURSOS.....	30
6.1	PROVISÃO DE RECURSOS.....	30
6.2	RECURSOS HUMANOS.....	30
6.2.1	Generalidades.....	30
6.2.2	Competência, consciencialização e formação.....	31
6.3	Infraestrutura.....	32
6.4	Ambiente de trabalho.....	33
7.	REALIZAÇÃO DO PRODUTO.....	34
7.1	PLANEAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO.....	34
7.2	PROCESSOS RELACIONADOS COM O CLIENTE.....	34
7.2.1	Determinação dos requisitos relacionados com o produto.....	34
7.2.2	Revisão dos requisitos relacionados com o produto.....	35
7.2.3	Comunicação com o cliente.....	36
7.3	CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO.....	36
7.3.1	Planeamento da concepção e do desenvolvimento.....	36
7.3.2	<i>Entradas</i> para a concepção e desenvolvimento.....	37
7.3.3	<i>Saídas</i> da concepção e do desenvolvimento.....	37
7.3.4	Revisão da concepção e do desenvolvimento.....	38
7.3.5	Verificação da concepção e do desenvolvimento.....	38
7.3.6	Validação da concepção e do desenvolvimento.....	39
7.3.7	Controlo de alterações na concepção e do desenvolvimento.....	40
7.4	COMPRAS.....	40
7.4.1	Processo de compra.....	40
7.4.2	Informação de compra.....	40
7.4.3	Verificação do produto comprado.....	41
7.5	Produção e fornecimento do serviço.....	41
7.5.1	Controlo da produção e do fornecimento do serviço.....	41
7.5.2	Validação dos processos de produção e de fornecimento do serviço.....	42
7.5.3	Identificação e rastreabilidade.....	43
7.5.4	Propriedade do cliente.....	43
7.5.5	Preservação do produto.....	44
7.6	Controlo dos dispositivos de monitorização e medição.....	45
8.	MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA.....	46
8.1	GENERALIDADES.....	46
8.2	MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO.....	47

8.2.1 Satisfação do cliente.....	47
8.2.2 Auditoria interna.....	48
8.2.3 Monitorização e medição dos processos.....	50
8.2.4 Monitorização e medição do produto.....	51
8.3 CONTROLO DO PRODUTO NÃO CONFORME.....	51
8.4 ANÁLISE DE DADOS.....	53
8.5 MELHORIA.....	54
8.5.1 Melhoria contínua.....	54
8.5.2 Acções correctivas.....	55
8.5.3 Acções preventivas.....	56
PARTE C: CASOS PRÁTICOS.....	58
Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira.....	58
Câmara Municipal de Esposende.....	62
Município de Porto Moniz.....	67
PARTE D: Matriz de Correspondência da NP EN ISO 9001:2000 com o CPA.....	71
PARTE E: ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADES NA APL.....	88
E.1 Incidência de não conformidade por requisito normativo.....	88
E.2 Requisitos com maior incidência de não conformidades.....	89

PARTE A: INTRODUÇÃO AO GUIA INTERPRETATIVO

Actualmente verifica-se uma procura crescente, por parte das entidades autárquicas, na certificação de acordo com a NP EN ISO 9001:2000. Deste modo, a APCER publica este guia interpretativo, que tem como objectivo principal facilitar a interpretação dos requisitos da norma NP EN ISO 9001:2000 quando implementada em entidades autárquicas, tendo em consideração as suas particularidades e vasta gama de actividades.

O presente guia interpretativo, visa partilhar a perspectiva e experiência da APCER na actividade de certificação de sistemas de gestão da qualidade, segundo a norma NP EN ISO 9001:2000 na Administração Pública Local (APL).

De modo a constituir uma visão partilhada, este guia foi elaborado e revisto por um conjunto alargado de pessoas, abrangendo colaboradores internos e externos da APCER, que lidam regularmente com processos de auditoria, análise e decisão de certificação de entidades autárquicas segundo a NP EN ISO 9001:2000, bem como a participação de um colaborador da DGAEP (Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público) na fase de revisão do documento.

São apresentados casos práticos que demonstram a aplicação prática da norma em entidades autárquicas certificadas pela APCER de acordo com a NP EN ISO 9001:2000. Estes casos práticos têm como objectivo a partilha de boas práticas, bem como de dificuldades encontradas na implementação do SGQ. As entidades autárquicas que colaboraram com a APCER para apresentação de casos práticos são:

- Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira,
- Câmara Municipal de Esposende,
- Município de Porto Moniz.

A FAMÍLIA DE NORMAS ISO 9000

Em 1979 foi aprovada, pela ISO, a formação de um novo comité técnico, o ISO/TC 176 (*“ISO Technical Committee 176”*) para abordar matérias relacionadas com a gestão e garantia da qualidade. Este novo comité desenvolveu as suas primeiras normas, que foram publicadas em 1987, com a designação de “família” ISO 9000. Desde então várias revisões foram feitas a esta família de normas, a última das quais em 2000.

Em Portugal o Instituto Português da Qualidade (IPQ) é o Organismo Nacional de Normalização, sendo responsável pela tradução e publicação de normas. A normalização pode ser desenvolvida com a colaboração de Organismos de Normalização Sectorial, reconhecidos pelo IPQ para o efeito.

No domínio da gestão da qualidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) é o Organismo de Normalização Sectorial, constituindo a interface entre a Comissão Técnica (CT) e o IPQ.

A CT 80 (Gestão da qualidade e garantia da qualidade) é responsável pelo acompanhamento dos trabalhos do ISO/TC 176 – *“Quality management and quality assurance”* e ISO/TC 69 – *“Application of statistical methods”*, consistindo os seus trabalhos na elaboração de normas que possibilitem uma melhoria contínua da Qualidade das organizações e dos respectivos produtos e serviços.

A maioria das normas ISO são específicas para um dado produto, material ou processo, no entanto a família ISO 9000, é genérica para sistemas de gestão da qualidade, o que significa que as normas desta família são aplicáveis a organizações de todos os tipos e dimensões, quaisquer que sejam os sectores de actividade e os seus produtos e em qualquer ponto do globo.

A família ISO 9000 é constituída pelas seguintes normas, já publicadas em Portugal:

NP EN ISO 9000:2005 – “Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário”;

NP EN ISO 9001:2000 – “Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos”;

NP EN ISO 9004:2000 – “Sistemas de gestão da qualidade – Linhas de orientação para a melhoria de desempenho”.

A NP EN ISO 9001:2000 especifica requisitos para a implementação de um sistema de gestão da qualidade. Estes requisitos são aplicáveis a qualquer organização que sinta necessidade de demonstrar a sua capacidade para fornecer produtos/serviços que cumpram os requisitos dos clientes e requisitos legais aplicáveis, com o objectivo de aumentar a satisfação do cliente.

Em Dezembro de 2003, a APCER publicou o “Guia Interpretativo ISO 9001:2000” pretendendo desta forma disponibilizar uma interpretação credível e transparente da norma de referência, sendo este de aplicação a todos os sectores de actividade.

O IRAM (*Instituto Argentino de Normalización y Certificación*) publicou em 2003 a norma IRAM 30300:2003 – “*Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2000 en municipios*” com o objectivo de facilitar a interpretação da norma ISO 9001:2000 em municípios.

Em 2005 a ISO (*International Organization for Standardization*) publicou o IWA4:2005 – “*Quality Management Systems – Guidelines for the application of ISO 9001:2000 in local government*”, tendo em vista fornecer às entidades autárquicas em todo o Mundo uma abordagem consistente relativa à gestão da qualidade.

Estes foram os principais documentos de referência na elaboração do presente guia interpretativo. Foi, no entanto, realizada uma abordagem ao caso português e, sempre que possível, apresentados exemplos que reflectem a realidade da Administração Pública Local em Portugal.

CERTIFICAÇÃO APCER

A APCER – Associação Portuguesa de Certificação é uma entidade portuguesa privada, que foi constituída em Abril de 1996, tendo iniciado a actividade em Outubro do mesmo ano. Actualmente, existem mais de 3000 organizações certificadas de acordo com a NP EN ISO 9001:2000 pela APCER. Em 2003, a APCER certificou a primeira entidade autárquica.

A APCER encontra-se acreditada pelo IPAC – Instituto Português de Acreditação e pela ENAC – *Entidad Nacional de Acreditación* para a certificação de sistemas de gestão da qualidade na Administração Pública.

O processo de certificação de acordo com a NP EN ISO 9001:2000 pela APCER engloba as seguintes etapas:

- 0) Informação sobre o processo de Certificação;
- 1) Pedido de certificação;
- 2) Instrução do Processo;
- 3) Visita Prévia (Opcional);
- 4) Auditoria de Concessão (1.ª e 2.ª fase);
- 5) Resposta da Organização;
- 6) Análise do Relatório e Resposta;
- 7) Decisão de Certificação;
- 8) Manutenção da Certificação (Auditorias anuais de Acompanhamento e Auditoria de Renovação ao fim de 3 anos).

De entre as vantagens da certificação do sistema de gestão da qualidade de uma entidade autárquica, são citadas as seguintes:

- Satisfazer as expectativas dos clientes, assegurando não só a sua fidelização, mas também a competitividade e o desenvolvimento sustentável;
- Assegurar, de um modo inequívoco e transparente, às diversas partes interessadas, que a organização implementou e mantém um Sistema de Gestão da Qualidade adequado e que potencia a dinâmica da melhoria contínua;
- Proporcionar uma maior notoriedade e melhoria da imagem da entidade autárquica;
- Evidenciar a adopção das mais actuais ferramentas de gestão;
- O acesso a mercados e clientes cada vez mais exigentes;
- Uma confiança acrescida nos processos de concepção, planeamento e fornecimento do serviço.

Em 2006, a APCER disponibilizou o serviço de interpretações no site (www.apcer.pt), tendo como finalidade responder a dúvidas na interpretação da norma NP EN ISO 9001:2000 “Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos”, divulgando publicamente as interpretações de modo a assegurar uma visão partilhada entre os seus clientes, auditores, colaboradores e outras partes interessadas.

Todos os utilizadores da norma podem colocar questões que serão alvo de análise e interpretação mediante um processo formal. As questões colocadas e respectivas interpretações são disponibilizadas ao público em geral e podem ser consultadas no site da APCER.

COMO UTILIZAR ESTE GUIA

A interpretação da NP EN ISO 9001:2000 na Administração Pública Local é apresentada na **Parte B** deste Guia.

A interpretação centra-se na secção 4 da norma, “Sistema de Gestão da Qualidade”, a única utilizada em auditoria para avaliar o sistema de gestão. A interpretação é feita por cláusula e subcláusula, tendo sempre em perspectiva que uma abordagem sistemática implica a existência de inter-relações entre subcláusulas, pelo que a interpretação de uma subcláusula não pode ser efectuada isoladamente. A interpretação divide-se em dois aspectos:

Finalidade – Qual o propósito que a cláusula/subcláusula visa alcançar.

Interpretação – A interpretação da APCER, definida na perspectiva da avaliação e certificação de sistemas de gestão. Esta interpretação pode ser suportada em exemplos, quando oportuno e complementada com recomendações. Os exemplos e recomendações não são vinculativos, pretendendo apenas referir eventuais boas práticas possíveis existentes ou outras situações relevantes.

Em relação à Introdução e às secções 1, 2, e 3 da NP EN ISO 9001:2000 é feita uma breve explicação sob a informação nelas contida e o modo como se articulam com a secção 4 e com a Administração Pública Local.

É de ressaltar que o presente Guia Interpretativo não substitui o texto normativo.

Na **Parte C** são apresentados os casos práticos de entidades autárquicas certificadas pela APCER, de acordo com a NP EN ISO 9001:2000. A abordagem dos casos práticos contempla os seguintes pontos:

- Apresentação da entidade autárquica;
- Política da qualidade;
- Mapa de processos;
- Apresentação de um dos processos identificados no SGQ;
- Breve descrição da melhoria dos resultados obtidos desde a implementação do SGQ.

As informações apresentadas nos casos práticos são referentes ao ano de 2006.

Na **Parte D** deste guia é apresentada uma matriz de correspondência dos requisitos da NP EN ISO 9001:2000 com o Código do Procedimento Administrativo (CPA). O CPA resulta da necessidade de criar uma disciplina geral do procedimento administrativo, atendendo ao aumento de actividades desempenhadas pela Administração Pública e com o enfoque na participação dos cidadãos e no reforço da sua acção.

A **Parte E** do presente guia apresenta os resultados de uma análise efectuada aos processos de certificação da Administração Pública Local pela APCER, tendo como objectivo reflectir a incidência de não conformidades por requisito normativo.

ABREVIATURAS

APCER – Associação Portuguesa de Certificação

APL – Administração Pública Local

CAF – Estrutura Comum de Avaliação (“*Common Assessment Framework*”)

CPA – Código do Procedimento Administrativo

DMM – Dispositivo(s) de medição e monitorização

ISO – *International Organization for Standardization*

PDCA – Planear-Executar-Verificar-Actuar (“*Plan-Do-Check-Act*”)

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Para a elaboração do presente guia foram consultados os seguintes documentos:

- NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos;
- NP EN ISO 9000:2005 – Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário;
- NP EN ISO/IEC 17021:2006 – Avaliação da conformidade – Requisitos para organismos que procedam à auditoria e à certificação de sistemas de gestão;
- NP EN ISO 19011:2003 – Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão da qualidade e/ou de gestão ambiental;
- “Guia Interpretativo ISO 9001:2000”; APCER Dezembro de 2003;
- IRAM 30300:2003 – “*Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2000 en municipios*”;
- ISO/TC176/SC2/N526R – “*ISO 9000 Introduction and Support Package: Guidance on the Terminology used in ISO 9001:2000 and ISO 9004:2000*”, 17 May 2001;
- IWA4:2005 – “*Quality Management Systems – Guidelines for the application of ISO 9001:2000 in local government*”;
- CAF – Estrutura Comum de Avaliação; Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público Março de 2007 (<http://www.dgap.gov.pt>);
- SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública:
 - Lei nº 10/2004, de 22 de Março,
 - Decreto Regulamentar nº 19-A/2004, de 14 de Maio,
 - Lei nº 15/2006 de 26 de Abril (para a Administração Local).

PARTE B: GUIA INTERPRETATIVO DA NP EN ISO 9001:2000 NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA LOCAL

0.1. GENERALIDADES

O presente guia tem como objectivo orientar as entidades autárquicas a relacionar os conceitos de gestão da qualidade descritos nas normas da família ISO 9000 com as práticas e terminologia comuns utilizadas no contexto do sector público.

A NP EN ISO 9001:2000 é aplicável a entidades autárquicas no seu todo, a parte das mesmas ou a processos através dos quais se prestam alguns serviços que podem estar ligados a uma ou mais unidades orgânicas dentro da mesma entidade. Deste modo, o âmbito de um SGQ pode incluir toda uma entidade autárquica ou parte das suas actividades, desde que seja possível definir claramente os limites do sistema e os seus clientes.

Podem ser considerados os seguintes âmbitos de aplicação de um SGQ:

- Uma entidade autárquica completa, isto é, em que seja englobados todos os serviços prestados pela entidade autárquica ao cliente;
- Parte(s) de uma entidade autárquica que presta(m) um ou mais serviços ao cliente;
- Parte(s) de uma entidade autárquica que presta(m) um ou mais serviços a clientes internos, isto é, a outras unidades orgânicas dentro da mesma entidade.

Qualquer SGQ é influenciado por diferentes políticas, objectivos, métodos de trabalho, disponibilidade de recursos e práticas administrativas específicas de cada entidade autárquica. Assim, é expectável que cada SGQ varie em função dessa mesma diversidade. O importante não é o método detalhado de implementação do SGQ, o que é realmente relevante é o saldo efectivo e resultados consistentes e fiáveis, capazes de serem como tal reconhecidos pelo cliente.

O SGQ deve ser tão simples quanto possível de forma a funcionar apropriadamente. É necessário que seja compreensível o suficiente para ir ao encontro das políticas e objectivos da qualidade da entidade autárquica.

A NP EN ISO 9000:2005 (Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário) refere que, para que uma organização tenha sucesso, “é necessário que a mesma seja dirigida e controlada de forma sistemática e transparente”. Na Administração Pública Local este facto é ainda mais relevante, dado que a transparência e responsabilidade para com os cidadãos são vitais para ganhar a sua confiança. O sucesso sustentável apenas resulta da implementação de um SGQ integral que corresponda às necessidades e expectativas de todas as partes interessadas.

A validação das boas práticas de uma unidade orgânica por uma entidade externa é mais um passo para o reconhecimento pelos Municípios do trabalho conjunto do Executivo em prol de uma Administração Pública Local responsável e coesa em torno dos propósitos das necessidades do cliente.

0.2. ABORDAGEM POR PROCESSOS

O modelo de um SGQ baseado em processos, preconizado pela NP EN ISO 9001:2000, é apresentado de seguida:



FIGURA 1 – Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos (NP EN ISO 9001:2000)

A NP EN ISO 9001:2000 requer que as actividades da entidade autárquica sejam estruturadas como processos e que estejam relacionadas entre si. Para isto, é necessário identificar os processos e administrá-los adequadamente.

Este modelo de processos pressupõe como primeiro passo a identificação das necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas. Como resultado e último passo, pressupõe o seguimento dos resultados para determinar em que grau foram satisfeitas essas necessidades e expectativas e quais as melhorias introduzidas.

Para as entidades autárquicas adoptarem uma abordagem por processos é importante reconhecer os diferentes tipos de processo necessários de forma a prestar serviços de confiança ao cliente (ver 3.5).

Para cada processo deve ser possível identificar:

- Quem é o cliente/Quem recebe a “saída” do processo? – Pode tratar-se de um cliente interno, dentro de outra unidade orgânica da mesma entidade autárquica, ou um cliente externo tal como um cidadão ao qual é prestado um serviço.
- Quais as “entradas” principais do processo? – Por exemplo, informação, requisitos legais, políticas governamentais regionais e/ou nacionais, materiais, energia, recursos humanos e financeiros.
- Quais são os serviços a prestar? – Por exemplo, quais as características do serviço?
- Quais os controlos necessários para a verificação do desempenho do processo e/ou resultados? – Por exemplo, avaliação da satisfação do cliente.
- Qual a interacção com outros processos? – “saídas” de um processo que são “entradas” de outros processos.

Existem vários processos a considerar para a Administração Pública Local, tais como:

- Provisão de recursos e capacidade de prestação de serviços;
- Preparação, revisão e actualização de desenvolvimento, planos e programas de trabalho;
- Monitorização e avaliação da prestação de serviços;

- Recepção e atendimento do cliente;
- Tratamento de reclamações;
- Processo de comunicação interna e externa;
- Processos de avaliação de desempenho;
- Entre outros.

0.3. RELACIONAMENTO COM A ISO 9004

O presente guia refere-se à NP EN ISO 9001:2000 que refere os requisitos de um SGQ, aplicável a qualquer organização. A sua implementação e posterior certificação permite demonstrar à própria entidade e a terceiros que a entidade autárquica obtém e melhora continuamente a satisfação dos seus clientes.

A NP EN ISO 9004:2000 descreve orientações genéricas de forma a melhorar tanto a eficácia como a eficiência dos processos de um SGQ. Permite, deste modo, alcançar níveis de qualidade superiores, normalmente denominados de “excelência”. Esta Norma não permite a certificação.

0.4. COMPATIBILIDADE COM OUTROS SISTEMAS DE GESTÃO

As entidades autárquicas podem ter implementados vários sistemas de gestão com o objectivo de atender a outros aspectos da gestão, tais como a gestão ambiental, a gestão da segurança e saúde do trabalho, a responsabilidade social da entidade autárquica ou da unidade orgânica em causa, a sua gestão de recursos humanos, a gestão da qualidade em projectos, entre outros. A NP EN ISO 9001:2000 foi desenvolvida de forma a ser compatível com outros sistemas de gestão. Deste modo, uma entidade autárquica que implemente vários sistemas de gestão pode fazê-lo de forma integrada tendo em vista a maximização dos resultados obtidos.

O modelo CAF (Estrutura Comum de Avaliação) constitui uma ferramenta de análise organizacional específica para as entidades públicas, que se aplica aos níveis globais ou genéricos de uma entidade. Sendo a CAF baseada no Modelo de Excelência EFQM, é um modelo que é compatível com a norma NP EN ISO 9001:2000. Esta estrutura permite identificar aspectos relevantes do desempenho e dos resultados atingidos pela entidade, os quais podem servir de base à implementação de programas de melhoria e de desenvolvimento organizacional.

De acordo com a Lei n.º10/2004, o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) integra a avaliação de desempenho dos funcionários, agentes e demais trabalhadores e dos dirigentes de nível intermédio, articulada com a avaliação dos serviços e organismos. Este sistema contempla mecanismos de auto-avaliação e a intervenção quer de serviços de controlo e auditoria quer de entidades externas, nacionais ou internacionais. Deste modo, o SIADAP é também compatível com um SGQ implementado de acordo com a NP EN ISO 9001:2000.

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

1.1. GENERALIDADES

A aplicação da NP EN ISO 9001:2000 na Administração Pública Local pode ser feita ao nível de uma entidade autárquica, parte da mesma (ex: departamento) ou uma combinação de duas entidades autárquicas distintas que se constituam como uma organização. A finalidade da sua adopção é a obtenção e melhoria contínua da satisfação dos seus clientes.

Assim, uma entidade autárquica, parte da mesma ou uma combinação de diferentes entidade autárquica, podem ter necessidade de demonstrar que prestam serviços consistentes, satisfazendo os requisitos legais, dos clientes e de outras partes interessadas. A adopção desta norma é voluntária mas a necessidade de demonstração pode, por vezes, ser exigida por disposição legal, por níveis superiores dentro da estrutura da Administração Pública, pelos clientes, entre outros.

1.2. APLICAÇÃO

A NP EN ISO 9001:2000 é aplicável a qualquer entidade autárquica, independentemente do tipo, dimensão e serviços prestados.

Cabe à entidade autárquica avaliar se todas as cláusulas da secção 7 da NP EN ISO 9001:2000 são aplicáveis às suas actividades. Caso seja considerada uma cláusula ou subcláusula a excluir, a entidade autárquica poderá fazê-lo desde que tal não afecte a prestação do serviço de acordo com os requisitos dos clientes e regulamentos aplicáveis.

De acordo com as actividades desenvolvidas, existem entidades autárquicas que não aplicam algumas das seguintes cláusulas ou subcláusulas devendo sempre apresentar as justificações que fundamentem as exclusões, como por exemplo:

- Cláusula 7.3 – Concepção e Desenvolvimento, quando as especificações do serviço prestado são estabelecidas pelo cliente ou regulamentação aplicável;
- Subcláusula 7.5.2 – Validação dos processos de produção e de fornecimento do produto, quando não existam processos de produção e de fornecimento de serviço em que a saída resultante não possa ser verificada por subsequente monitorização ou medição nas suas diferentes fases ou antes da prestação do serviço ao cliente;

Nota: a exclusão deste requisito deve ser objecto de reflexão quanto a serviços de informação/apoio a clientes, eventualmente existentes, em que a informação uma vez transmitida já não possa ser corrigida sem impacto junto do cliente, devendo a função ser exercida por pessoal “qualificado”.

- Subcláusula 7.5.4 – Propriedade do cliente, quando não possuam bens que sejam da propriedade do cliente sob o seu controlo/utilização durante a execução do produto/serviço;
- Cláusula 7.6 – Controlo dos dispositivos de monitorização e medição, uma vez que, fruto da actividade, a entidade autárquica não recorre a qualquer dispositivo de monitorização associado à verificação dos processos, produtos e serviços fornecidos.

Estes exemplos são meramente ilustrativos. Em qualquer das situações a entidade autárquica deve avaliar, no contexto específico das suas actividades quais os requisitos do capítulo 7 passíveis de exclusão, tendo em consideração que esta exclusão apenas é justificável por não aplicabilidade.

2. REFERÊNCIA NORMATIVA

O texto da Norma é explicativo. Não são necessários comentários adicionais.

3. TERMOS E DEFINIÇÕES

3.1 Cliente: Organização ou pessoa que recebe um produto (NP EN ISO 9000:2005).

É relevante que uma entidade autárquica reconheça as diferentes categorias de cliente e que obtenha uma resposta equilibrada a todas as suas necessidades e expectativas. Assim, podem ser considerados clientes internos e externos, consoante o âmbito do SGQ a implementar.

Os clientes internos são as áreas da entidade autárquica que recebem serviços prestados por sectores que estão a implementar o SGQ, podendo ser considerados os colaboradores ou uma unidade orgânica dentro da própria entidade.

Como clientes externos podem ser considerados os munícipes, residentes em Municípios vizinhos que trabalham nesse Município, fregueses, utentes, turistas, entre outros.

Caso o âmbito do SGQ englobe toda a entidade autárquica, é considerado pela NP EN ISO 9001:2000 que os clientes são apenas os clientes/cidadãos, isto é, os clientes externos da entidade.

3.2 Colaborador: Pessoa ao serviço da organização.

No caso de uma entidade autárquica podem ser considerados os funcionários da entidade ou pessoas que prestem serviços abrangidos pelo âmbito do SGQ.

3.3 Gestão de topo: Pessoa ou grupo de pessoas que dirige e controla uma organização ao mais alto nível (NP EN ISO 9000:2005).

No caso de uma entidade autárquica deve ser considerado o Executivo, pelo que ao longo do presente guia é sempre mencionado o termo “Executivo” quando a Norma se refere à “gestão de topo”.

Assim, pode ser considerado o Presidente da Câmara Municipal, ou o Presidente da Junta de Freguesia, ou entidade com poderes executivos equivalentes.

3.4 Organização: Conjunto de pessoas e de instalações inseridas numa cadeia de responsabilidades, autoridades e relações (NP EN ISO 9000:2005).

Ao longo do presente guia é sempre mencionada “entidade autárquica” quando a Norma se refere a “organização”.

Sempre que o presente guia se refere a entidade autárquica/entidade, deve ser considerada aquela que é responsável pelos processos inseridos no âmbito do SGQ a implementar, por exemplo:

- Um Município;
- Uma Direcção Municipal;
- Um Departamento ou Divisão;
- Um Equipamento, tal como, Museu, Biblioteca, Centro de Convívio, Fórum Cultural/auditório ou Piscina;
- Uma Junta de Freguesia;
- Entre outros.

3.5 Processo: Conjunto de actividades interrelacionadas ou interactuantes que transformam *entradas* em *saídas* (NP EN ISO 9000:2005).

Na Administração Pública Local podem ser considerados diferentes tipos de processo, tais como, processos de gestão, processos-chave, operacionais e de suporte.

Os processos de gestão são os necessários para cumprir a legislação em vigor aplicável, as políticas, as directivas do Executivo e as Normas de referência.

Os processos-chave são necessários para atingir a missão e objectivos da entidade autárquica, sobretudo ao nível do Executivo.

Os processos operacionais são parte dos processos-chave que permitem à entidade autárquica prestar serviços e fornecer produtos que vão ao encontro das necessidades e expectativas do cliente.

Os processos de suporte são os necessários para a um bom desempenho dos processos-chave. Isto é, não afectam directamente a qualidade do produto ou serviço, mas contribuem para a eficácia do SGQ.

3.6 Produto: Resultado de um processo (NP EN ISO 9000:2005).

De acordo com a NP EN ISO 9000:2005, serviço é uma das categorias genéricas de produto e é o resultado de pelo menos uma actividade realizada na interface entre a entidade autárquica e o cliente, sendo geralmente intangível.

3.7 Qualidade: Grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas (NP EN ISO 9000:2005).

De acordo com a NP EN ISO 9000:2005, o termo “qualidade” pode ser usado com adjectivos como fraca, boa ou excelente. A NP EN ISO 9000:2005 refere ainda que o termo “intrínseco”, por oposição a “atribuído”, significa existente em algo, enquanto característica permanente.

4. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

4.1 REQUISITOS GERAIS

- **Finalidade:**

Assegurar que a entidade autárquica estabelece, implementa, mantém e melhora continuamente o SGQ de acordo com a norma de referência e definem o modo como cumprem os requisitos.

- **Interpretação:**

A entidade autárquica deve definir claramente as áreas de actividade incluídas no âmbito do SGQ, uma vez que a identificação e diferenciação dos produtos e serviços prestados são essenciais para definir os processos a desenvolver de forma a obter resultados consistentes, a melhoria contínua e a satisfação dos clientes.

É expectável que uma entidade autárquica adopte uma abordagem do tipo PLAN-DO-CHECK-ACT (PDCA: planear – fazer – verificar – agir) aos seus processos, e que inclua o retorno obtido do controlo de processos, avaliações de produto/serviço e indicadores da satisfação do cliente, a fim de determinar a necessidade de um maior ou menor controlo.

Relativamente à gestão de processos é necessário:

- Identificar os processos no âmbito do SGQ: Esta identificação engloba os processos necessários ao SGQ e para a sua implementação em toda a entidade (ver 3.5). Os processos a definir pela entidade autárquica dependem dos serviços prestados pela mesma. Para cada processo identificado deve-se:
 - Atribuir uma designação;
 - Definir as *entradas* e *saídas*;
 - Definir os clientes e respectivos requisitos (incluindo necessidades e expectativas);
 - Definir o gestor ou “dono”.
- Sequenciar e interrelacionar os processos: Nesta fase é importante:
 - Documentar os processos conforme necessário;
 - Definir as interfaces entre processos;
 - Apresentar a rede de processos.
- Determinar critérios e métodos necessários para assegurar que, tanto, a operacionalidade como o controlo destes processos são eficazes, sendo necessário:
 - Especificar características de resultados pretendidos e não pretendidos;
 - Especificar métodos de medição, monitorização e análise de critérios (Planeamento da Qualidade);
 - Considerar questões económicas, tais como custos, tempos, perdas, entre outros;
 - Definir métodos para recolha de dados.
- Assegurar a disponibilidade de recursos e informação, devendo-se:
 - Alocar recursos para cada processo;
 - Estabelecer canais de comunicação;
 - Disponibilizar informação externa e interna;
 - Obter retorno (resposta);
 - Recolher dados;
 - Manter registos.

- Medir, monitorizar e analisar estes processos, sendo relevante:
 - Medir os processos e monitorizar o seu desempenho, ao nível da capacidade do processo, indicadores de desempenho, níveis de satisfação de clientes, entre outros;
 - Analisar a informação recolhida utilizando, por exemplo, técnicas estatísticas;
 - Avaliar os resultados da análise efectuada, para determinar se foram atingidos os resultados planeados.
- Implementar acções para atingir resultados planeados e a melhoria contínua, devendo-se implementar as acções correctivas e preventivas necessárias, tendo em vista a melhoria do processo, bem como, verificar a implementação e eficácia das acções correctivas e preventivas, de forma a promover a melhoria.

Nos casos em que a entidade autárquica subcontrata determinado processo para a conformidade do produto e/ou serviço prestado, o processo referido não pode ser excluído do SGQ, uma vez que a responsabilidade total relativamente a um produto e/ou serviço pertence à entidade. Deste modo, a entidade autárquica deve estar apta a demonstrar que exerce um controlo suficiente para assegurar que esses processos são realizados de acordo com os requisitos relevantes da NP EN ISO 9001:2000.

A natureza desse controlo irá depender da natureza do processo obtido externamente ou subcontratado e do risco envolvido. Assim, pode incluir, por exemplo, a especificação e/ou validação de processos como parte do acordo contratual com o subcontratado, requisitos para o SGQ do subcontratado, inspecções ou verificações *in-situ* e/ou auditorias.

Exemplos de processos que uma entidade autárquica pode subcontratar:

- Processo de compras e verificação do produto comprado;
- Manutenção de espaços públicos, tais como ginásio, piscina, biblioteca, jardins, entre outros;
- Atendimento ao cliente, através de linhas telefónicas dedicadas;
- Recolha e gestão de resíduos urbanos;
- Entre outros.

Nas circunstâncias acima descritas, a entidade autárquica deve incluir esses processos no âmbito do SGQ.

4.2 REQUISITOS DA DOCUMENTAÇÃO

4.2.1 Generalidades

- **Finalidade:**

Definir os requisitos mínimos de documentação de um SGQ.

- **Interpretação:**

A entidade autárquica deve estabelecer uma estrutura documental e clarificar as interligações entre os diversos documentos, como suporte à realização das actividades e processos do seu SGQ.

Entre os objectivos principais associados à documentação, ressaltam-se:

- Comunicação da informação;
- Evidência de conformidade;
- Partilha e manutenção de conhecimentos ("*Know How*").

Esta subcláusula exige que a entidade autárquica determine o grau de documentação necessária e a forma utilizada para controlo.

A estrutura da documentação varia caso se trate da implementação de um SGQ em toda uma entidade autárquica (ver 1.1). Sobre este aspecto a Norma refere que a extensão da documentação dependerá da dimensão, tipo de actividades, complexidade dos processos e competência do pessoal de cada entidade autárquica. Define, no entanto, requisitos mínimos associados:

- Declarações documentadas quanto à Política da Qualidade e aos Objectivos da Qualidade;
- Manual da Qualidade;
- Procedimentos documentados:
 - 4.2.3 - Controlo dos Documentos;
 - 4.2.4 - Controlo dos Registos;
 - 8.2.2 - Auditoria Interna;
 - 8.3 - Controlo do Produto Não Conforme;
 - 8.5.2 - Acções Correctivas;
 - 8.5.3 - Acções Preventivas;

Estes procedimentos podem existir de modo individual ou um só procedimento para mais do que uma (sub)cláusula, por exemplo: a metodologia de tratamento das acções correctivas e preventivas pode ser descrita num só documento.

- Documentos necessários para assegurar o planeamento, a operação e o controlo eficazes dos seus processos, como procedimentos que descrevem actividades ou processos específicos, tais como: metrologia legal; execução de ramais de água e de águas residuais; cobranças de água; promoção de eventos de animação turística; apoio à iniciativa empresarial (ex: promoção de feiras, seminários, colóquios e certames), comunicação e imagem (informação aos cidadãos), inspecção de elevadores em edifícios residenciais, organização da Biblioteca Municipal, colaboração com outras entidades locais, tais como escolas e Bombeiros, entre outros;
- Registos (referentes a 21 requisitos), que constituem evidência da realização de determinadas actividades, tais como: actas de reuniões, ordens de compra, listas de participantes de um concurso público, *newsletters* municipais, questionários respondidos pelos clientes, reclamações, certidões, guias de pagamento de taxas e licenças, pedidos de plantas de localização, entre outros. Os 21 requisitos estão explicitados no quadro incluído na subcláusula 4.2.4 deste guia.

De forma a proporcionar documentação que suporte as necessidades e expectativas das partes interessadas, convém que a gestão considere:

- Requisitos do cliente;
- Normas internacionais, nacionais, regionais ou sectoriais;
- Requisitos estatutários e regulamentares relevantes;
- Estratégias, políticas, objectivos e cultura organizacionais;
- Fontes de informação externas relevantes (Guias ISO: por exemplo os documentos N524, N525, N526, N544, N630; orientações da APCER, entre outros);
- Informação sobre as necessidades dos colaboradores internos.

Convém, ainda, que a criação, utilização e controlo da documentação sejam avaliados no que respeita ao seu contributo para a eficácia, eficiência e melhoria da organização, face a:

- Funcionalidade (tal como velocidade de processamento);
- Facilidade de utilização;
- Recursos necessários;
- Requisitos actuais e futuros relacionados com a gestão do conhecimento;
- Interfaces utilizadas pelos clientes e outras partes interessadas.

A entidade autárquica deve assegurar que todos os colaboradores dispõem da informação necessária à correcta realização das suas funções.

4.2.2 Manual da qualidade

- **Finalidade:**

Assegurar que a entidade autárquica estabelece e mantém um manual da qualidade de acordo com o disposto na norma de referência, que descreva os elementos fundamentais do SGQ e as suas interacções.

- **Interpretação:**

O manual da qualidade é um documento essencial do SGQ. Uma das suas funções é determinar a forma como os requisitos definidos na NP EN ISO 9001:2000 foram interpretados e implementados em cada entidade autárquica.

É recomendável que o conteúdo do manual da qualidade seja adequado às práticas e culturas organizacionais já existentes.

A Norma requer que o manual da qualidade contenha a seguinte informação:

- O âmbito do SGQ, ou seja que processos, produtos/serviços, áreas ou locais estão incluídos no campo de aplicação do sistema. Deve ser dada especial atenção à definição do âmbito, quando o mesmo não contemplar a totalidade dos produtos/serviços, áreas ou locais de actividade da entidade autárquica.
- A identificação de eventuais exclusões consideradas pela entidade autárquica, de cláusulas ou subcláusulas da secção 7 e que não sejam aplicáveis ao SGQ (ver 1.2) e justificação fundamentada para tal exclusão.
- Os procedimentos que a entidade autárquica decidiu documentar, ou referência aos mesmos.
- Uma descrição da interacção entre os processos (ver 4.1), que pode ser feita de forma gráfica, por exemplo.

Ressalva-se a importância de o manual da qualidade ser um documento de trabalho interno e não apenas um documento para terceiros.

4.2.3 Controlo dos documentos

- **Finalidade:**

Assegurar o controlo da documentação relevante requerida pelo SGQ, interna ou externa à entidade autárquica. Garantir que a versão actual e aprovada de todos os documentos relevantes está disponível, é compreendida e é utilizada no local e momento em que é necessária.

- **Interpretação:**

A presente subcláusula é referente ao controlo que é necessário exercer sobre os documentos do SGQ, com excepção dos registos que são tratados na subcláusula seguinte.

A NP EN ISO 9000:2005 refere que “documento” é a informação e o meio de suporte, sendo que este último pode ser papel, magnético, electrónico ou disco óptico de computador, fotografia ou amostra de referência, ou uma combinação destes.

O procedimento estabelecido para controlo dos documentos deve identificar as responsabilidades pela aprovação dos documentos, seja aquando da sua elaboração, seja após revisão e actualização, para garantir que a informação por eles veiculada é adequada.

Os documentos, externos ou internos, sujeitos a controlo devem ser objectivamente identificados.

Devem ser instituídas práticas e definidas responsabilidades para a aprovação, revisão, actualização, emissão e distribuição dos documentos, assegurando que as versões relevantes e actuais dos documentos estão disponíveis nos locais e para as pessoas que deles necessitam.

Quando a entidade autárquica determina a existência de um documento validado (em formato papel ou informático) deve estar definido onde se encontra o original desse documento, a partir do qual são feitas as reproduções (físicas e/ou electrónicas) necessárias para distribuição. Quando a entidade autárquica recorre a aplicações informáticas para a emissão de documentos válidos deve ser prevenida a possibilidade de adulteração dos documentos por pessoas não autorizadas.

A distribuição dos documentos deve ser controlada, garantindo, sempre que há uma actualização, que os documentos, internos e externos, são distribuídos às pessoas e/ou locais determinados. Admitindo-se reproduções não controladas, situação frequente quando os documentos estão acessíveis electronicamente, estas devem ser facilmente identificadas como tal (por exemplo: aparecendo inscrita no rodapé do documento a expressão “documento não controlado quando impresso”).

Tendo em conta a importância da legislação, em termos de entradas para a configuração e gestão dos processos, as entidades autárquicas devem definir a metodologia para o seu controlo, actualização e divulgação interna.

Grande parte dos documentos emitidos por entidades autárquicas (tais como minutas, requerimentos, entre outros) é de carácter público, o que aumenta a necessidade de um controlo documental fiável. É de ressaltar que este controlo documental não deve aumentar a carga burocrática podendo ser feito, por exemplo, de forma electrónica, uma vez que existem diferentes suportes possíveis para um documento, de acordo com a definição anteriormente mencionada.

4.2.4 Controlo dos registos

- **Finalidade:**

Garantir que os registos associados ao SGQ proporcionam informação adequada à gestão e para evidenciar a conformidade com os requisitos e a operação eficaz do SGQ.

- **Interpretação:**

A Norma requer formalmente a existência dos seguintes registos, devendo a entidade autárquica identificar para além destes quais os registos que necessita de estabelecer no âmbito de um SGQ eficaz:

(Sub)Cláusula	Registo exigido
5.6.1	Revisões pela gestão
6.2.2 (e)	Instrução académica, formação, competências e experiência
7.1 (d)	Evidência de que a realização de processos e produto/serviço final resultante cumprem os requisitos
7.2.2	Resultados da revisão de requisitos relacionados com o produto/serviço e acções decorrentes da revisão
7.3.2	Entradas de concepção e desenvolvimento
7.3.4	Resultados de revisões da concepção e desenvolvimento e quaisquer outras acções necessárias
7.3.5	Resultados de verificação da concepção e desenvolvimento e quaisquer outras acções necessárias
7.3.6	Resultados de validação da concepção e desenvolvimento e quaisquer outras acções necessárias
7.3.7	Resultados da revisão de alterações da concepção e desenvolvimento e quaisquer outras acções necessárias
7.4.1	Resultados de avaliações de fornecedores e acções resultantes de avaliações
7.5.2 (d)	Como requerido pela organização para demonstrar a validação de processos em que a saída resultante não possa ser verificada através da subsequente monitorização ou medição
7.5.3	A identificação exclusiva do produto, em que a rastreabilidade é um requisito
7.5.4	Propriedade do cliente que se perdeu, ficou danificada ou foi considerada como inadequada para utilização
7.6 (a)	Padrões utilizadas para calibração ou verificação de equipamento de medição, em que não existem normas internacionais ou nacionais
7.6	Validação de resultados anteriores, em que o equipamento de medição foi considerado não conforme com os seus requisitos
7.6	Resultados de calibração e verificação de equipamento de medição
8.2.2	Resultados de auditorias internas
8.2.4	Evidência da conformidade do produto com os critérios de aceitação e indicação da entidade responsável pela liberação do produto
8.3	Natureza de não conformidades do produto e quaisquer acções subsequentes tomadas, incluindo acordos obtidos
8.5.2	Resultados das acções correctivas
8.5.3	Resultados das acções preventivas

O procedimento documentado, requerido pela NP EN ISO 9001:2000, para o controlo dos registos deve contemplar a forma de:

- Identificação de cada registo;
- Armazenamento, devendo ser definidos o local, suporte e condições de armazenamento;
- Protecção dos registos, isto é, os cuidados a ter para garantir a integridade dos mesmos;
- Retenção, devendo estar definidos os tempos de retenção por registo, em função da legislação aplicável, condições contratuais, rastreabilidade definida e tempo necessário para avaliar evoluções de desempenho;
- Eliminação, devendo ser definida em função do grau de confidencialidade associado a cada registo. Na APL devem ser consideradas as disposições legais existentes, aplicáveis à destruição de documentos.

De acordo com a NP EN ISO 9000:2005, os registos são um tipo de documento, pelo que como tal podem encontrar-se em diferentes tipos de suporte: papel, electrónico, fotográfico, entre outros.

O controlo de registos é de extrema importância para as entidades autárquicas, uma vez que através dos registos a entidade é capaz de demonstrar transparência nas suas actividades e fornecer dados relevantes e fiáveis aos seus clientes.

No controlo de registos deve ser dada especial atenção às exigências estabelecidas em legislação e regulamentação específica, dado que a Administração Pública Local deve assegurar permanentemente uma capacidade de resposta eficaz no acesso aos registos que detém legalmente.

5. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO

5.1 COMPROMETIMENTO DA GESTÃO

- **Finalidade:**

Ressalvar as actividades/processos da responsabilidade da gestão, ao nível do Executivo bem como dos orientadores do SGQ, reforçando a necessidade de liderança para um SGQ eficaz e a responsabilidade legal do Executivo.

- **Interpretação:**

Devem ser estabelecidas algumas ferramentas através das quais a gestão de topo (ver 3.3) evidencie o seu comprometimento no desenvolvimento, implementação e melhoria contínua da eficácia do SGQ, entre as quais, não sendo únicas, devem ser consideradas:

- Identificação e definição da missão da entidade autárquica – este aspecto permite situar e caracterizar os factores críticos essenciais para o modelo organizacional e facilitar a identificação dos seus clientes e partes interessadas;
- Identificação dos clientes/beneficiários dos serviços da entidade autárquica – este aspecto é determinante para o sucesso da configuração dos processos, dos serviços a prestar e da comunicação com as partes interessadas;
- Comunicação dos requisitos do cliente, estatutários e regulamentares – por exemplo, através da realização de reuniões ou debates periódicos com as diferentes áreas da entidade autárquica, ou através de despacho, ordens de serviço, memorandos, entre outros;
- Política da qualidade – que deve ser comunicada de uma forma explícita, de modo a dar a conhecer aos colaboradores da entidade autárquica os princípios pelos quais se rege para gerir os processos relacionados com a satisfação do cliente;
- Objectivos da qualidade – que devem ser concretos e relacionados com o nível de satisfação do cliente;
- Revisão pela gestão – com vista à análise do desempenho, adequabilidade e eficácia do SGQ (ver 5.6);
- E disponibilização dos recursos necessários – não só ao nível da adequabilidade de recursos como de disponibilização em tempo útil.

O Executivo deve ter um conhecimento prévio sobre o âmbito e vantagens da implementação de um SGQ, de forma a transmitir a todos os colaboradores dos diferentes níveis da entidade autárquica a sua convicção no projecto.

5.2 FOCALIZAÇÃO NO CLIENTE

- **Finalidade:**

Enfatizar o papel do Executivo na determinação dos requisitos do cliente e na sua satisfação.

- **Interpretação:**

Esta cláusula encontra-se directamente relacionada com as subcláusulas 7.2.1, que requer que a entidade autárquica identifique as necessidades dos seus clientes, e 8.2.1, que requer que a entidade autárquica efectue um seguimento do grau de satisfação dos seus clientes.

Para identificar as necessidades e expectativas dos clientes, a entidade autárquica pode, por exemplo:

- Auscultar o cliente relativamente às suas necessidades e expectativas quanto aos serviços públicos locais;
- Analisar a informação proveniente de reclamações;
- Realizar reuniões abertas ao público, reuniões plenárias, sobre determinados serviços prestados (por exemplo, orçamento participativo);
- Reunir periodicamente com organizações sectoriais, tais como, associações industriais, organizações ambientais, cooperativas, associações de comerciantes ou consumidores, entre outras.

Independentemente do método utilizado para identificação dos requisitos do cliente, a Norma requer o acompanhamento do nível de satisfação dos clientes (8.2.1). Deste modo, é possível verificar se a identificação inicial dos requisitos mencionados foi completa ou se é necessário considerar outros requisitos não identificados inicialmente.

5.3 POLÍTICA DA QUALIDADE

- **Finalidade:**

Assegurar a definição da política da qualidade da entidade autárquica, no âmbito do SGQ.

- **Interpretação:**

A política da qualidade deve ser entendida como o conjunto das grandes linhas de orientação estabelecidas pelo Executivo, ou os seus representantes para o SGQ e, para os processos que influam na qualidade dos serviços prestados incluídos no âmbito do SGQ.

A política da qualidade deve:

- Ser adequada à entidade autárquica, isto é, ser exclusiva desta e, como tal, deve ser desenvolvida de modo a preencher as necessidades da mesma;
- Incluir objectivamente o comprometimento do Executivo ou dos seus representantes no cumprimento dos requisitos e na melhoria contínua da eficácia do SGQ;
- Servir de base para a definição e revisão dos objectivos da qualidade;
- Ser clara, concisa e precisa, de forma a ser facilmente apreendida por todos os colaboradores da entidade autárquica, independentemente do seu nível hierárquico;
- Ser comunicada a todos os colaboradores, de forma a ser por eles compreendida;
- Ser analisada periodicamente quanto à sua adequabilidade e desencadeada a sua revisão sempre que apropriado (ver 5.6);
- Ser documentada e controlada (ver 4.2.1).

Neste sentido a política da qualidade deve conter orientações de carácter permanente, embora alteráveis em função das necessidades e expectativas do cliente, dos requisitos de lei, das necessidades da própria entidade autárquica, entre outros.

Como boa prática, sempre que seja empossada uma nova administração, esta deve formalizar a validação da Política da Qualidade.

5.4 PLANEAMENTO

5.4.1 Objectivos da qualidade

- **Finalidade:**

Assegurar a definição de objectivos da qualidade relacionados com os requisitos do serviço prestado, mensuráveis e consistentes com a política da qualidade, nas funções e níveis relevantes dentro da entidade autárquica.

- **Interpretação:**

É através do estabelecimento dos objectivos da qualidade que a entidade autárquica pode pôr em prática a sua política da qualidade.

Os objectivos devem ser estabelecidos pela entidade autárquica para todas as actividades relevantes, funções e níveis envolvidos no SGQ, por exemplo: desdobrados “em cascata”.

Os objectivos da qualidade devem:

- Focar-se na satisfação das necessidades e expectativas, actuais e futuras quando possível, dos clientes;
- Ser consistentes com os requisitos regulamentares;
- Derivar da política da qualidade da entidade autárquica;
- Ser revistos periódica e sistematicamente;
- Ser comunicados às funções e níveis relevantes dentro da entidade autárquica;
- Ser mensuráveis e avaliáveis e
- Centrar-se na melhoria contínua do desempenho da entidade autárquica.

Uma vez que nem sempre os impactos dos serviços prestados são detectáveis de forma imediata, os objectivos podem estender-se ao longo dos anos. Tendo em conta as sucessivas alterações políticas, tecnológicas, sociais e económicas é aconselhável a utilização dos objectivos de forma estratégica, podendo ser estabelecidos objectivos de curto, médio e longo prazo.

Dadas as expectativas dos clientes relativas a projectos de longo prazo, deve ser dada especial atenção à alteração, por sucessivas administrações da entidade autárquica, dos objectivos da qualidade relativos a tais projectos.

Deste modo, os objectivos que ultrapassem temporalmente o mandato em vigor, devem ser analisados detalhadamente, quanto aos

- Meios disponibilizados,
- Mecanismos de controlo e
- Impacto previsto nos utentes / cidadãos.

É relevante avaliar a metodologia de comunicação externa deste tipo de objectivos, para estabelecer uma relação entre as metas a atingir e o planeamento das respectivas actividades.

O Executivo deve estabelecer processos de medição e avaliação periódica de forma a fornecer informação relativa ao grau de cumprimento dos objectivos da qualidade. As entidades autárquicas podem tornar pública a informação relativa à evolução dos objectivos da qualidade e ao seu grau de cumprimento.

O desempenho do SGQ pode ser medido em termos de qualidade, quantidade, custo, mais valia ou tempo. Os objectivos da qualidade podem incluir pelo menos uma destas variáveis e ser monitorizados quanto a eficiência, eficácia ou concretização da actividade.

A NP EN ISO 9001:2000 requer que os objectivos da qualidade sejam mensuráveis. Quer isto dizer, que deve existir uma forma de determinar se foram ou não cumpridos, mas não obrigatoriamente uma quantificação numérica. Pode acontecer que em alguns casos os objectivos sejam mensuráveis apenas por atributo (uma resposta do tipo “SIM/NÃO” para determinar se o objectivo foi ou não atingido). Deste modo, os objectivos de carácter temporal devem ser avaliados pelo:

- Cumprimento do prazo estabelecido ou
- Grau de concretização (percentagem de implementação) das actividades definidas para o objectivo definido.

5.4.2 Planeamento do sistema de gestão da qualidade

• Finalidade:

Assegurar o planeamento do SGQ, de forma a considerar as actividades e recursos necessários para atingir os objectivos da qualidade e os requisitos definidos em 4.1.

• Interpretação:

O resultado e desempenho da entidade autárquica depende, em larga medida, da forma como o planeamento é efectuado, tanto ao nível da gestão como ao nível operacional (ver 7.1).

O planeamento do SGQ deve considerar, sempre que aplicável:

- Planeamento inicial do SGQ: associado à identificação dos processos, sua sequência e interacção e efectiva implementação, através da definição de entradas e saídas, de gestores/“donos” desses processos e outras responsabilidades e da avaliação do cumprimento dos requisitos aplicáveis;
- Planeamento dos processos do SGQ: incluindo as actividades de realização, contemplando a identificação da necessidade de procedimentos documentados, e controlo/monitorização desses processos, por exemplo: métodos, periodicidade e sequência, equipamentos e outros recursos necessários, dados a recolher e tratar, indicadores a analisar, responsabilidades associadas, entre outros;
- Planeamento dos recursos necessários: para implementar e manter o SGQ e seus processos;
- Planeamento dos resultados a alcançar: incluindo as acções necessárias para assegurar o cumprimento dos objectivos da qualidade e dos requisitos do produto/serviço;
- Planeamento de alterações previstas: de modo a assegurar que o SGQ é actualizado sempre que necessário, e cumprido/implementado na prática.

Quando a entidade autárquica planeia e implementa alterações ao SGQ, por exemplo, durante uma mudança de Executivo, deve ser assegurada e mantida a integridade do SGQ.

Como boa prática, sempre que seja empossada uma nova administração, esta deve formalizar o seu compromisso de cumprimento das metodologias definidas para o SGQ, nomeadamente através de acta de reunião.

O planeamento da qualidade deve incluir todas as alterações que podem estar a ser implementadas na entidade autárquica, de forma a assegurar que a sua implementação decorre com eficiência. Exemplos de alterações possíveis podem ser: novos organigramas, novas normas ou procedimentos, mudança de instalações, alterações de recursos humanos entre outros.

É recomendável que os resultados do planeamento da qualidade sejam revistos regularmente e que o planeamento seja alterado quando necessário.

5.5 RESPONSABILIDADE, AUTORIDADE E COMUNICAÇÃO

5.5.1 Responsabilidade e autoridade

- **Finalidade:**

Garantir a atribuição e comunicação de responsabilidades e autoridade aos colaboradores envolvidos na implementação, realização e manutenção do SGQ e seus processos.

- **Interpretação:**

A entidade autárquica deve definir claramente as responsabilidades, (ou seja, as actividades a desempenhar), e as autoridades, (isto é, o que as pessoas podem decidir autonomamente), para as funções dos colaboradores que gerem, executam e verificam as actividades associadas ao SGQ e seus processos.

O organigrama hierárquico (ou funcional) é, por excelência, uma forma gráfica de exprimir a estrutura organizacional, podendo ser complementado com descrições de funções/responsabilidades.

Além das relações hierárquicas, as relações funcionais, sempre que existam (por exemplo: relativamente à abordagem por processos), devem ser explicitadas para suportarem as interligações e interacções dentro da entidade autárquica.

As responsabilidades e autoridades devem ser comunicadas e entendidas por todos os colaboradores.

5.5.2 Representante da gestão

- **Finalidade:**

Assegurar que o Executivo nomeia um representante, para promover, manter e reportar o desempenho do SGQ.

- **Interpretação:**

O Executivo deve nomear um representante da gestão, com responsabilidades pela coordenação geral do SGQ e para garantir que os requisitos da NP EN ISO 9001:2000 são cumpridos de forma contínua.

Assim, o representante da gestão deve ser o principal responsável pela coordenação do estabelecimento, implementação e manutenção do SGQ e por fornecer ao Executivo informação relativa ao desempenho do sistema para efeitos de revisão do mesmo e para o desencadear de acções de melhoria, tendo igualmente responsabilidades na consciencialização dos colaboradores para os requisitos do cliente.

No entanto, é de ressaltar que a responsabilidade pela implementação efectiva do sistema não é apenas do representante do Executivo, mas sim partilhada por toda a entidade autárquica. Assim, pode ser necessário que o representante da gestão seja apoiado por um grupo de colaboradores, de forma a assegurar a implementação do SGQ em toda a sua extensão.

Quando as funções de representante do Executivo são partilhadas por um grupo de pessoas é necessária uma definição clara das responsabilidades de cada um, de modo a assegurar que todas as funções são abrangidas.

É de salientar que deve ser dada autoridade e independência suficiente ao representante da gestão, de forma a garantir que a política da qualidade, os objectivos e o SGQ em geral não sejam comprometidos por outras actividades da entidade autárquica que implementa o seu SGQ.

5.5.3 Comunicação Interna

- **Finalidade:**

Garantir que existe um processo de comunicação eficaz entre as diferentes funções e níveis de colaboradores da entidade autárquica.

- **Interpretação:**

Para que o SGQ seja eficaz, é necessário o compromisso dos colaboradores a todos os níveis da entidade autárquica. Para tal, é necessário manter todos os colaboradores informados sobre as políticas e procedimentos a implementar e os motivos pelos quais os mesmos são relevantes. Isto requer que o Executivo assegure que o processo de comunicação funciona a todos os níveis e em ambos os sentidos.

A comunicação interna, entre os diversos níveis e funções, tem como objectivo facilitar o entendimento e a cooperação mútua de todos os colaboradores envolvidos no desempenho autárquico, para assegurar a implementação eficaz do SGQ.

Se, em algumas situações, os procedimentos documentados e outros documentos podem constituir um suporte adequado à comunicação no âmbito do SGQ, outros casos existem em que é necessário o estabelecimento de outros canais de comunicação.

É possível que uma comunicação estruturada se realize, por exemplo, através de sessões, boletins e fóruns de debate para actualização de todos os colaboradores, indicações específicas para novos colaboradores e fácil acesso à documentação do sistema, que deve ser de fácil compreensão.

Relativamente à eficácia do sistema, pode-se recorrer a uma série de instrumentos de comunicação tais como boletins, afixação de gráficos, reuniões internas, memorandos, entre outros, utilizando diferentes tipos de suporte, incluindo audiovisuais e electrónicos, tais como correio electrónico e portais *inter* e *intranet*.

A comunicação, através das suas diversas formas, deve traduzir-se, efectivamente, na possibilidade dos colaboradores poderem manifestar as suas preocupações. Para tal é necessário que existam processos que permitam e estimulem o “*feed-back*”, tais como, programas de sugestões, formação de equipas de trabalho, entre outros. O mais importante é que se implemente uma cultura de participação, que estimule e dê resposta às sugestões de todos os níveis da entidade autárquica.

5.6 REVISÃO PELA GESTÃO

5.6.1 Generalidades

- **Finalidade:**

Garantir a análise crítica ao mais alto nível, global e integrada, do desempenho, adequabilidade, eficácia e melhoria do SGQ.

- **Interpretação:**

Para gerir eficazmente o SGQ e melhorar o desempenho da entidade autárquica, o Executivo deve monitorizar e analisar o sistema, numa base regular. As decisões devem ser tomadas, implementadas e acompanhadas.

Deste modo, o Executivo deve conduzir revisões pela gestão, com um âmbito suficientemente alargado para avaliar a melhoria e a adequabilidade do SGQ no cumprimento da política, dos objectivos traçados para a gestão autárquica e dos requisitos da Norma.

As revisões pela gestão devem ser realizadas em intervalos definidos. A NP EN ISO 9001:2000 não define a frequência das revisões pela gestão, sendo essa definição da responsabilidade do Executivo. As revisões pela gestão devem ter uma frequência adequada para assegurar uma monitorização eficaz e o desencadeamento de acções apropriadas onde necessário para corrigir quaisquer potenciais problemas. A prática demonstra-nos que revisões com periodicidade superior a um ano dificilmente cumprem este objectivo, mas por outro lado, é pouco provável que reuniões de rotina, semanais ou mensais, tenham a profundidade necessária para os objectivos da revisão.

Os factores que podem afectar a frequência das revisões pela Gestão incluem:

- Maturidade do SGQ;
- Problemas encontrados em revisões anteriores (ver 5.6.2 (a) (g));
- Alterações significativas do SGQ.

5.6.2 *Entrada para a revisão*

• **Finalidade:**

Estabelecer a informação mínima necessária para a realização da revisão pela gestão.

• **Interpretação:**

Os dados e informações requeridos nesta subcláusula são considerados como os essenciais, em termos genéricos, para a realização da revisão pela gestão. Esclarece-se que cada entidade autárquica deve estabelecer de que forma esta, e outra informação, deve ser apresentada.

A informação de entrada para a revisão pela gestão deve permitir uma visão alargada e abrangente do SGQ, dos seus processos e resultados alcançados. O Executivo deve planear o tipo de dados e informação que pretende analisar na revisão do SGQ (ver 5.4.2). O manifesto/programa apresentado pelo Executivo aquando do sufrágio é um exemplo do planeamento/programa traçado para a autarquia; como tal, devem os seus promotores planear qual o tipo de dados e informação que pretendem.

As entradas da revisão devem incluir:

- Resultados de auditorias;
- Retorno de informação do cliente;
- Desempenho dos processos e conformidade do produto/serviço;
- Estado das acções correctivas e preventivas;
- Seguimento de acções resultantes de anteriores revisões pela gestão;
- Alterações que possam afectar o SGQ;
- Recomendações para a melhoria.

5.6.3 *Saída da revisão*

• **Finalidade:**

Definir as decisões e acções associadas ao SGQ resultantes da revisão pela gestão.

• **Interpretação:**

As saídas da revisão pela gestão constituem, em geral, entradas noutros processos do SGQ, por exemplo os associados a melhoria, controlo operacional, competência, formação e sensibilização, estabelecimento de políticas e objectivos, entre outros.

Os resultados da revisão pela gestão devem fixar o rumo das acções a desenvolver para melhorar o SGQ e os seus processos, dando ênfase aos orientados para a melhoria da prestação do serviço com o objectivo de satisfazer os requisitos do cliente e a identificação dos recursos necessários.

Os requisitos normativos enfatizam algumas situações mais relevantes que devem ser motivo de decisão e, eventualmente, acções associadas. A saber:

- Melhoria da eficácia do SGQ e seus processos;
- Melhoria do serviço prestado pela autarquia face aos requisitos estabelecidos;
- Necessidades de recursos.

As acções resultantes da revisão pela gestão devem ser adequadamente planeadas (ver 5.4.2).

6. GESTÃO DE RECURSOS

6.1 PROVISÃO DE RECURSOS

- **Finalidade:**

Assegurar que o Executivo providencia os recursos necessários para o estabelecimento e manutenção do SGQ, bem como para a melhoria da satisfação cliente.

- **Interpretação:**

Devem ser estabelecidos mecanismos para a identificação dos recursos necessários para a prestação do serviço autárquico e dos processos de SGQ. Os recursos mencionados podem ser humanos (ver 6.2), de infra-estrutura (ver 6.3) ou de ambiente de trabalho (ver 6.4) e podem estar associados a projectos de melhoria, às auditorias internas, às acções correctivas, às revisões do SQG, entre outros.

Deste modo, os recursos devem incluir todos os meios necessários para a implementação da estratégia e para que os objectivos da entidade autárquica sejam atingidos. A complexidade e interacção dos processos, as competências e experiência necessárias para a sua realização com sucesso devem ser igualmente tomadas em consideração, na definição dos recursos necessários ao SGQ.

Os recursos necessários para estabelecer e manter o SGQ devem ser planeados, disponibilizados e revistos periodicamente.

A determinação de recursos necessários é parte integrante das actividades de planeamento (ver a título de exemplo 5.4.2 e 7.1) e da revisão pela gestão (ver 5.6.3), sendo a sua disponibilização da responsabilidade do Executivo (ver 5.1 e 7.5).

6.2 RECURSOS HUMANOS

6.2.1 Generalidades

- **Finalidade:**

Garantir a competência dos colaboradores com influência na qualidade do serviço prestado.

- **Interpretação:**

A NP EN ISO 9000:2005 (ver 3.1.6) define competência como “a aptidão demonstrada para aplicar conhecimentos e saber-fazer”, de modo a atingir os resultados pretendidos numa determinada actividade.

A entidade autárquica deve identificar a competência necessária para cada posto de trabalho, no que diz respeito a alguns elementos estruturantes, dos quais são exemplos:

- **Saber – Ser/Estar (comportamentos e atitudes):**
Competência suportada nas características individuais e de grupo dos colaboradores, cujo desenvolvimento está suportado na implantação de valores da função pública capazes de envolver os colaboradores numa cultura local. A liderança, a formação, a avaliação de desempenho e a motivação assumem-se como forças motrizes relevantes nesta matéria.
Esta competência é particularmente importante em funções de gestão, mas não se limitando a estas (ex. Função auditoria interna).
- **Saber – Saber (conhecimentos e “Know-How”):**
Competência suportada quer nos conhecimentos próprios de cada colaborador, fruto da sua formação académica, experiência e vivência individual e auto-desenvolvimento, quer em conhecimentos adquiridos na entidade autárquica. Para este elemento, assume particular relevância o planeamento, concretização, controlo e avaliação da eficácia de programas de desenvolvimento dos recursos humanos, como a formação.
- **Saber – Fazer (aplicação dos conhecimentos):**
Na generalidade das situações suportada na experiência, esta competência deve ser estabelecida e monitorizada pelas entidades autárquicas, por exemplo: através da avaliação e levantamento de competências ao nível da gestão de recursos humanos. Avaliação com o modelo CAF (Critério 3 e Critério 7).

A competência deve ser definida em termos de escolaridade, formação, saber-fazer e experiência. Cada um destes elementos deve ser avaliado e determinado atendendo às especificidades e complexidade de cada função e às responsabilidades e autoridade atribuídas. Em determinados casos pode ser essencial uma formação de nível superior, enquanto que noutros a competência está baseada sobretudo na formação no posto de trabalho.

6.2.2 Competência, consciencialização e formação

• Finalidade:

A entidade autárquica deve desenvolver as competências dos seus colaboradores de forma a responder eficazmente às necessidades identificadas.

• Interpretação:

A entidade autárquica deve proceder à identificação das necessidades de formação, que pode realizar-se através da adopção de diferentes metodologias. Regra geral, uma vez determinadas as competências necessárias, em termos de escolaridade, formação e experiência, para as diferentes funções com relevância ao nível da qualidade do serviço prestado, a identificação das necessidades é o resultado da comparação das competências das pessoas designadas para as funções e o perfil de competência estabelecido.

A título de exemplo, a identificação de uma formação específica para um grupo de técnicos pelo seu superior hierárquico, deve estar devidamente fundamentada, por exemplo:

- Em problemas existentes na área, tais como atendimento ou recepção de reclamações;
- Na rotação de *Front Office*;
- No estabelecimento/alteração de circuitos documentais;
- Na informatização de algumas actividades;
- Em alterações da legislação enquadrável nas actividades/processos da unidade orgânica onde estão inseridos os colaboradores;
- Em alterações de responsabilidades ou progressão de carreira;
- Entre outros.

Para o levantamento de necessidades de formação podem ser consideradas, para além do conhecimento directo das mesmas, outras fontes de informação, tais como:

- Constatações de auditorias realizadas;
- Necessidades detectadas em função dos projectos planificados;
- Não conformidades detectadas;
- Acções correctivas desencadeadas;
- Reclamações;
- Análises efectuadas aquando da revisão do SGQ;
- Entre outras.

Outras situações que podem igualmente ser consideradas são:

- Novos métodos de trabalho;
- Realocação de pessoas (transferências internas/recrutamento interno) a novas actividades/tarefas;
- Admissão de novos colaboradores, a título permanente ou temporário;
- A obrigatoriedade de cumprimento de requisitos específicos, sejam eles internos, contratuais, regulamentares ou legais.

As necessidades de competência, consciencialização e formação devem ser identificadas ao nível de toda a entidade autárquica (ver 6.2.1).

O desenvolvimento de competências dos colaboradores deve ser planeado e implementado como resposta às necessidades anteriormente identificadas. Este desenvolvimento pode ser alcançado por formação apropriada, por contratação, por substituição de colaboradores ou mesmo por simplificação dos processos nos quais as pessoas estão envolvidas (ex. por recurso a *software*).

É prática corrente as entidades autárquicas recorrerem à elaboração de planos de formação, que asseguram uma boa gestão, permitindo identificar recursos, calendarizar e acompanhar o cumprimento da realização das acções identificadas. Não é expectável que este plano de formação seja elaborado apenas a partir dos catálogos comerciais disponíveis, sem uma adequada identificação das necessidades nos termos já referidos. É conveniente que cada acção de formação planeada inclua os objectivos que pretende atingir. Quer a entidade autárquica recorra a competências externas ou internas para a administração da formação, deve assegurar que as competências, bem como os conteúdos são adequados para suprir as necessidades identificadas.

É aconselhável a revisão periódica do plano, caso exista, na sequência de alterações, nomeadamente para incluir novas ofertas disponibilizadas no mercado e as acções não previstas aquando da elaboração do plano inicial ou para replanear acções.

Caso a entidade autárquica não considere necessário recorrer à elaboração do plano deve ser capaz de demonstrar o modo como assegurou a realização das acções de formação que considerou necessárias.

Quando se verificar que não é possível realizar as acções planeadas, deve ser avaliado o impacto dessa situação na entidade autárquica face aos objectivos estabelecidos e desencadeadas medidas apropriadas.

A avaliação da eficácia da formação deve ser considerada a diferentes níveis:

- Relativamente ao conjunto das actividades de formação (isto é, o ciclo de identificação de necessidades de conteúdos das acções de formação, planeamento da realização das mesmas e sua execução) de forma a analisar o seu impacto na qualidade do serviço prestado pela entidade autárquica. Esta última situação pode ser avaliada pela identificação de melhorias na prestação do serviço ou não conformidades do SGQ antes e depois da realização da formação (ver igualmente 8.2.3).
- Especificamente para cada acção realizada (ou conjunto de acções similares), determinando o grau de cumprimento dos objectivos associados. Esta avaliação deve ser adequada a cada acção (ou conjunto de acções similares) variando na forma e extensão de acordo com os objectivos estabelecidos e com a natureza, complexidade e criticidade de cada situação. Por exemplo: se o objectivo da participação numa determinada acção for o de conhecer novas tecnologias ou ferramentas e identificar o seu interesse para a entidade autárquica ou o nível de aplicabilidade, então um simples questionário ou relatório preenchido pelo colaborador participante pode ser suficiente para se avaliar o cumprimento desses objectivos. Por outro lado, se a realização de uma acção planeada tem por objectivo habilitar os participantes a realizarem uma actividade, i.e. proporcionar competência saber – fazer, então a avaliação da eficácia da acção não será completa se não for avaliado o desempenho dos participantes após a sua realização.
- À parte da formação, um programa de desenvolvimento de recursos humanos deve, ainda, considerar eventuais acções necessárias para assegurar que os colaboradores estão conscientes da importância das actividades que realizam e de como as mesmas contribuem para que os objectivos estabelecidos pela entidade autárquica sejam atingidos. Ou seja, os colaboradores devem estar conscientes de qual o seu contributo, em particular no âmbito do SGQ. Na consciencialização dos colaboradores, a comunicação entre hierarquias assume igualmente um papel relevante (ver 5.1, 5.3 e 5.5).

A entidade autárquica deve manter registos associados às competências dos colaboradores, incluindo escolaridade, formação, saber-fazer e experiência profissional de acordo com a função (por exemplo: assistentes administrativos, responsáveis técnicos de piscinas, responsáveis de serviços de metrologia municipal, técnicos de segurança).

6.3 INFRAESTRUTURA

- **Finalidade:**

Assegurar que existe uma infra-estrutura adequada para atingir a qualidade do serviço prestado.

- **Interpretação:**

A NP EN ISO 9000:2005 (ver 3.3.3) define infra-estrutura como o “sistema de instalações, equipamentos e serviços necessários para o funcionamento de uma organização”.

Cada processo requer instalações, equipamento e serviços para poder desenvolver-se sem inconvenientes e atingir os seus objectivos, tanto ao nível de resultados como ao nível da satisfação do cliente. Para cada uma das instalações, equipamentos e serviços, é conveniente que a entidade autárquica:

- Defina o que necessita, ou seja especifique os equipamentos, instalações, serviços, entre outros, necessários e adequados ao desenvolvimento dos processos, tais como, *software*, computadores, mobiliário de escritório, veículos, entre outros;
- Disponibilize o que identificou como necessário, geralmente através de um processo de compras;
- Efectue uma manutenção que garanta a disponibilidade e funcionalidade das infra-estruturas definidas como necessárias. A manutenção pode ter, em alguns casos, carácter correctivo ou preventivo e pode ser realizada pela própria entidade autárquica ou ser subcontratada.

A infra-estrutura necessária para atingir a qualidade do serviço varia consideravelmente dependendo da natureza dos serviços prestados pela entidade autárquica.

Mais uma vez, a determinação da infra-estrutura necessária é uma actividade de planeamento e a sua disponibilização uma responsabilidade do Executivo.

6.4 AMBIENTE DE TRABALHO

• Finalidade:

Assegurar que a entidade autárquica identificou aspectos do ambiente de trabalho que possam afectar o serviço prestado, e definiu os parâmetros apropriados para o controlo dos mesmos.

• Interpretação:

A NP EN ISO 9000:2005 (ver 3.3.4) define ambiente de trabalho como o “conjunto de condições sob as quais o trabalho é executado”, incluindo-se nestas condições “factores físicos, sociais, psicológicos e ambientais (tais como a temperatura, os sistema de reconhecimento, os aspectos ergonómicos e a composição do ar atmosférico)”.

Os aspectos do ambiente de trabalho que podem afectar o serviço podem variar consideravelmente, dependendo dos serviços prestados pela entidade autárquica. Assim podem ser considerados os seguintes exemplos:

- Limpeza/arrumação do local de trabalho;
- Temperatura;
- Ventilação;
- Ruído;
- Iluminação;
- Horários de trabalho prolongados/turnos;
- Relacionamento interpessoal;
- Aspectos comunicacionais com as hierarquias;
- Aspectos ergonómicos, tais como, altura dos monitores, cadeiras;
- Entre outros.

É expectável que os factores chave do ambiente de trabalho sejam identificados durante as actividades de planeamento da qualidade, e que sejam revistos continuamente do mesmo modo que a infra-estrutura (ver 6.3), utilizando uma abordagem PDCA. Deste modo, a entidade autárquica deve identificar as condições do ambiente de trabalho que afectam a qualidade dos diferentes serviços prestados, controlá-las e estabelecer acções de melhoria para as mesmas.

7. REALIZAÇÃO DO PRODUTO

7.1 PLANEAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO

- **Finalidade:**

Garantir que a entidade autárquica planeia e desenvolve os processos necessários à prestação do serviço autárquico.

- **Interpretação:**

A entidade autárquica deve planejar e desenvolver os processos necessários à prestação dos diferentes serviços.

O planeamento dos processos da prestação do serviço assume uma forma estruturante do SGQ, pelo que é de extrema importância que os responsáveis pelo planeamento mencionado tenham competências adequadas (ver 6.2).

De uma forma geral, os processos a planear devem incluir as necessidades do cliente (ver 7.2), o desenvolvimento do serviço (ver 7.3), a aquisição de recursos necessários (ver 7.4) e, por último, a prestação do serviço (ver 7.5). É necessário que, aquando do planeamento, sejam tidos em conta outros processos do SGQ, uma vez que os processos referentes à secção 7 da Norma não poderão funcionar se não se conhecerem os objectivos e responsabilidades (secção 5), sem os recursos adequados (secção 6) e sem um seguimento dos mesmos para assegurar a sua eficácia (secção 8).

Os registos do planeamento mencionado podem assumir diferentes formas, tais como, diagramas de fluxo, procedimentos escritos, regulamentos internos de funcionamento das diversas unidades orgânicas, entre outros.

7.2 PROCESSOS RELACIONADOS COM O CLIENTE

7.2.1 Determinação dos requisitos relacionados com o produto

- **Finalidade:**

Assegurar que a entidade autárquica compreende claramente os requisitos dos seus clientes e/ou de outras partes interessadas relativamente aos seus produtos ou serviços, de modo a assegurar a sua satisfação.

- **Interpretação:**

Os serviços prestados por entidades autárquicas são constituídos tanto por componentes tangíveis como por componentes intangíveis.

A adequada determinação dos requisitos associados ao serviço pode assumir várias formas, tais como:

- Resultados da concepção e desenvolvimento (ex. para a prestação de novos serviços);
- Informações obtidas do contacto com clientes (ex. através do atendimento);
- Legislação e regulamentação;
- A percepção do cliente (satisfação e/ou insatisfação).

Uma vez definidos os requisitos relacionados com o serviço, a entidade autárquica deve garantir que os pode cumprir antes de assumir o compromisso com o cliente (ver 7.2.2) e deve estabelecer canais de comunicação com os clientes antes, durante e após a prestação do serviço ou a entrega do produto (ver 7.2.3).

Nas actividades das entidades autárquicas, não é comum os clientes terem a oportunidade de expressar as suas necessidades ou expectativas de forma explícita. Contudo, sendo um órgão administrativo, pende sobre a sua gestão a expectativa dos clientes de que os governos nacionais, regionais e/ou locais tenham tido em conta, de forma colectiva, as suas necessidades e expectativas, nomeadamente através de legislação específica.

Assim, a entidade autárquica deve conhecer claramente as suas competências e todos os requisitos legais e regulamentares aplicáveis aos serviços prestados. O Código do Procedimento Administrativo (CPA) é uma peça

fundamental na regulação dos direitos e deveres entre os órgãos administrativos e os cidadãos e, por isso, é objecto de análise autónoma na Parte D do presente guia interpretativo, sendo relevante a sua leitura neste requisito.

Se existirem casos em que o cliente possa manifestar explicitamente os seus requisitos, é importante que a entidade autárquica os conheça com clareza e os tenha em consideração na prestação dos serviços, sempre que tal seja possível e se constitua como uma melhoria.

Em resumo; embora a grande parte dos requisitos aplicáveis aos serviços prestados pelas entidades autárquicas esteja regulamentada, é, no entanto, importante que cada entidade analise a possibilidade de considerar também requisitos adicionais a estes requisitos de base, mesmo quando o cliente não tem a possibilidade de os solicitar de forma explícita.

Como requisitos adicionais não expressos pelos clientes nem regulamentados, podem ser considerados, por exemplo: a organização, a amabilidade e redução dos tempos de espera no atendimento, a redução dos prazos de resposta a solicitações (por exemplo: pedidos de licenças, certidões, etc.), a simplificação e desburocratização dos processos, o acesso aos locais, entre outros.

7.2.2 Revisão dos requisitos relacionados com o produto

- **Finalidade:**

Assegurar, ao cliente e à entidade autárquica, a verificação da capacidade de cumprir os requisitos acordados com o(s) cliente(s), antes da aceitação formal.

- **Interpretação:**

Antes de assumir o compromisso de fornecer o serviço, a entidade autárquica deve assegurar-se que tem capacidade de recursos e competências necessárias (ver secção 6), para cumprir os requisitos do serviço e que planeou adequadamente os processos de realização do serviço, de acordo com a secção 7.

Deste modo, a entidade autárquica deve desenvolver um conjunto de actividades, visando determinar se pode satisfazer as exigências apresentadas pelo cliente. Neste sentido deve analisar internamente, com a eventual participação dos sectores envolvidos no cumprimento das exigências dos clientes, se tem capacidade para aceitar um pedido/solicitação ou estabelecer um “contrato” de acordo com a informação recolhida.

Para além dos requisitos técnicos do serviço a prestar, devem de ser tomados em consideração outros requisitos, tais como prazos de realização do serviço e outras possíveis obrigações acordadas.

Nesta matéria há que atender também aos requisitos legais e regulamentares estabelecidos no CPA e em legislação/regulamentação específica a cada serviço.

Relativamente às evidências da prestação do serviço, nos casos em que não exista uma confirmação formal do cliente, a entidade autárquica deve ela própria registar os dados relevantes para evidenciar que ficou claramente estabelecido o conteúdo do pedido/solicitação/contrato.

A entidade autárquica deve evidenciar que as alterações aos requisitos do produto/serviço seguem os mesmos circuitos que foram estabelecidos para a sua determinação e análise (e eventual acordo formal pelo cliente), mantendo as respectivas responsabilidades das funções envolvidas, independentemente da origem da proposta da alteração (interna ou externa).

Esta análise deve ser feita, de tal forma que as alterações e suas implicações sejam comunicadas às partes envolvidas em tempo útil, compatível com o fornecimento do serviço.

Sempre que a entidade autárquica não possa cumprir algum dos requisitos pretendido pelo cliente, deve registar a forma acordada com o cliente para resolver a situação.

De acordo com o CPA, cada órgão deve identificar os procedimentos administrativos que lhe são dirigidos e para o quais não tem competências, devendo, nestes casos, remeter o procedimento para outro órgão administrativo.

7.2.3 Comunicação com o cliente

- **Finalidade:**

Garantir que a entidade autárquica estabeleceu canais de comunicação adequados com os seus clientes.

- **Interpretação:**

A entidade autárquica deve fomentar a comunicação com os clientes nos seus processos relacionados com a prestação de serviços, de modo a promover a transparência e responsabilidade pública.

A entidade autárquica deve fornecer informação suficiente aos seus clientes sobre o produto ou serviço oferecido. Podem ser usadas formas distintas, tais como, avisos em jornais diários, informação no site da entidade autárquica, cartazes afixados na via pública ou nas instalações da entidade, editais, folhetos, comunicações na rádio ou televisão, entre outras. É necessário ter em consideração que o exposto nestes meios constitui parte do compromisso com os clientes e deve ser cumprido. A entidade autárquica deve assegurar a actualização e conformidade da informação prestada.

Para além do exposto, a entidade autárquica deve estabelecer mecanismos de comunicação, para que os clientes possam consultar e expressar as suas queixas, reclamações (por exemplo, através do Livro de Reclamações) ou satisfação relativamente aos produtos ou serviços solicitados. Estes mecanismos podem ser: atendimento telefónico, atendimento pessoal ou através de e-mail, entre outros.

Alguns dos canais/mecanismos de comunicação anteriormente referidos podem ser utilizados, igualmente, para o retorno de informação dos clientes, nomeadamente, sugestões, reclamações e insatisfações, uma vez que estas constituem uma fonte de oportunidades de melhoria, podendo ainda surgir a necessidade de tomar acções correctivas para evitar a repetição de problemas. Estas actividades estão directamente relacionadas com o conceito de melhoria, introduzido na cláusula 8.5.

É importante que a entidade autárquica estabeleça um processo para registo, análise e resposta às comunicações anteriormente mencionadas.

7.3 CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO

7.3.1 Planeamento da concepção e do desenvolvimento

- **Finalidade:**

Assegurar que a concepção e desenvolvimento de um produto ou serviço é planeada e controlada.

- **Interpretação:**

De acordo com a NP EN ISO 9000:2005, a concepção e desenvolvimento é “um conjunto de processos que transforma requisitos em características especificadas ou em especificações de um produto, processo ou sistema. Trata-se muitas vezes de um processo inter-funcional, que pode incluir como entrada a informação de diferentes áreas dentro da entidade autárquica.

Sempre que a entidade autárquica concebe e desenvolve um produto, seja um produto tangível como um novo Hospital ou um novo serviço, por exemplo, de atendimento a clientes, deve definir o planeamento e mecanismos de controlo, de acordo com a legislação e regulamentação aplicável.

Para o planeamento da concepção e desenvolvimento, a entidade autárquica deve determinar as etapas, planear as actividades, metas, responsabilidades e recursos consistentes com os objectivos planeados, proceder à calendarização para disponibilização do serviço e integrar, quando aplicável, os factores relacionados com processos ligados a outros níveis governamentais.

De acordo com os requisitos para o produto/serviço, o planeamento pode privilegiar a sua actualização/identificação das etapas em detrimento da formalização da sua aprovação.

A concepção e desenvolvimento deve ser planeada de acordo com o definido na subcláusula 7.3.1, devendo contemplar todas as etapas previstas:

- Dados de *entrada* e sua revisão (7.3.2);
- Dados de *saída* e sua revisão (7.3.3);
- Revisão da concepção e desenvolvimento (7.3.4);
- Verificação da concepção e desenvolvimento (7.3.5);
- Validação da concepção e desenvolvimento (7.3.6);
- Introdução de eventuais alterações à concepção e desenvolvimento já realizados (7.3.7).

É importante que se encontre definida a informação crítica a ter em conta e que se estabeleça uma boa comunicação entre todas as partes envolvidas, sejam elas internas ou externas à entidade autárquica.

Como, na maioria dos casos, os requisitos exigidos pelos clientes coincidem e/ou estão expressos nos requisitos legais e regulamentares aplicáveis a cada serviço, estes requisitos encontram-se expressos de forma quantificável e mensurável, pelo que, nestes casos, pode ser considerado que o serviço já está desenvolvido.

7.3.2 Entradas para a concepção e desenvolvimento

- **Finalidade:**

Assegurar que os requisitos de entrada necessários à concepção e desenvolvimento são definidos e registados.

- **Interpretação:**

A concepção e desenvolvimento deve ser iniciada com a identificação e análise dos requisitos de entrada, que podem incluir:

- Requisitos legais, estatutários e regulamentares aplicáveis ao produto/serviço;
- Requisitos do produto/serviço identificados pelo cliente;
- Requisitos identificados pela entidade autárquica em função da sua percepção das necessidades e expectativas dos clientes;
- Informações resultantes de concepções anteriores semelhantes.

A entidade autárquica deve rever estes elementos para verificar a sua inclusão na actividade de concepção e desenvolvimento. Os requisitos devem ser registados de forma completa, sistemática e clara.

7.3.3 Saídas da concepção e do desenvolvimento

- **Finalidade:**

Definir e verificar as *saídas* da concepção e desenvolvimento, de modo a analisar o grau de cumprimento dos requisitos de *entrada* para esta actividade.

- **Interpretação:**

As saídas/resultados da concepção e desenvolvimento são necessários para verificar o cumprimento dos requisitos de entrada, a progressão do produto/serviço e para fornecer informação para as etapas subsequentes para a realização do produto e/ou fornecimento do serviço. De forma a facilitar a revisão e verificação do projecto de concepção, é essencial que se defina que resultados se esperam obter e em que forma devem ser apresentados.

Formas típicas para os resultados da concepção e desenvolvimento podem ser:

- Especificações das características do serviço desenvolvido (comportamentais, temporais, ergonómicas, etc.);
- Informação adequada relativamente à compra, produção e prestação do serviço, tais como informação relativa ao serviço, políticas internas e promoção do serviço;
- Evidência do cumprimento de obrigações legais;

- Critérios de aceitação para o serviço, em que devem ser tidos em consideração mecanismos de verificação interna e a avaliação por parte dos clientes;
- Entre outros.

Os documentos que suportam/evidenciam a adequabilidade dos resultados da concepção e desenvolvimento devem ser aprovados antes da sua emissão. Deve ser avaliada a necessidade destes documentos permitirem um controlo do seu estado de publicação (número de revisão e data).

7.3.4 Revisão da concepção e do desenvolvimento

. Finalidade:

Assegurar a realização de revisões à concepção e desenvolvimento, de forma a garantir a pertinência, adequabilidade e eficácia dos vários resultados das várias fases desta actividade.

. Interpretação:

A NP EN ISO 9000:2005 define “revisão” como a “actividade realizada para determinar a pertinência, adequabilidade e eficácia do que estiver em causa para atingir os objectivos estabelecidos”.

A revisão aplica-se à análise de opções da concepção e sua oportunidade, análise da adequação dos meios, introdução e remoção de actividades e, adicionalmente, cumprimento de prazos. Assim, o grande objectivo da revisão da concepção e desenvolvimento é garantir que o serviço em causa pode ser prestado de acordo com as especificações definidas, dentro dos prazos e custos previstos. O processo de revisão deve ser utilizado em todas as etapas da concepção e desenvolvimento.

A entidade autárquica deve manter registos dos resultados desta revisão. Estes registos devem permitir identificar os colaboradores (ou entidades) envolvidos, de modo a evidenciar as suas competências para a execução desta etapa.

Os problemas identificados devem ser registados para serem considerados e resolvidos em fases posteriores.

Quando apropriado, a revisão da concepção e desenvolvimento pode ser efectuada em simultâneo com a verificação da concepção e desenvolvimento.

7.3.5 Verificação da concepção e do desenvolvimento

. Finalidade:

A verificação da concepção e desenvolvimento destina-se a demonstrar que as *saídas* desta actividade cumprem os requisitos de *entrada*.

. Interpretação:

A NP EN ISO 9000:2005 define “verificação” como a “confirmação, através da disponibilização de evidência objectiva, de que os requisitos especificados foram satisfeitos”.

Assim, a verificação aplica-se à análise da adequabilidade funcional e técnica das soluções encontradas, isto é, comparar os resultados obtidos com os requisitos de entrada.

Os registos devem permitir identificar os colaboradores (ou entidades) envolvidos, de modo a evidenciar as suas competências para a execução desta fase.

A verificação pode ser um processo progressivo, realizado durante as diferentes etapas, dependendo da dimensão do projecto.

A entidade autárquica deve manter registos dos resultados desta verificação.

7.3.6 Validação da concepção e do desenvolvimento

. Finalidade:

A validação da concepção e desenvolvimento deve ser efectuada para assegurar que o produto/serviço é adequado para a utilização ou fim a que se destina.

. Interpretação:

A NP EN ISO 9000:2005 define “validação” como a “confirmação, através da disponibilização de evidência objectiva, de que foram satisfeitos os requisitos para uma utilização ou aplicação pretendidas”.

A validação é da responsabilidade da entidade autárquica, excepto quando legal ou contratualmente estabelecido com o cliente ou requerido por outra parte interessada.

A entidade autárquica pode proceder à validação por diversos meios, tais como, retorno de informação do cliente ou outras entidades externas (por exemplo: Ministérios, Direcções Gerais ou Regionais, etc.), ou simulações, quando não for praticável no produto/serviço.

A validação de um projecto de concepção e desenvolvimento pode, eventualmente, ser efectuada após uma utilização (ou prestação do serviço) bem sucedida, quando não for praticável realizar a mesma antes da entrega ou implementação.

Na maioria dos casos, esta validação pode ser realizada de forma conjunta com o cliente, contando com a participação dos clientes ou de um grupo representativo dos mesmos. Por exemplo, pode-se convocar um grupo de clientes para validar a qualidade de um sistema de iluminação, considerando uma amostra instalada numa rua.

As actividades de validação devem ser realizadas de acordo com o definido no planeamento da concepção e gerar registos.

A figura seguinte resume a sequência e âmbito das actividades anteriormente mencionadas, no âmbito da concepção e desenvolvimento.

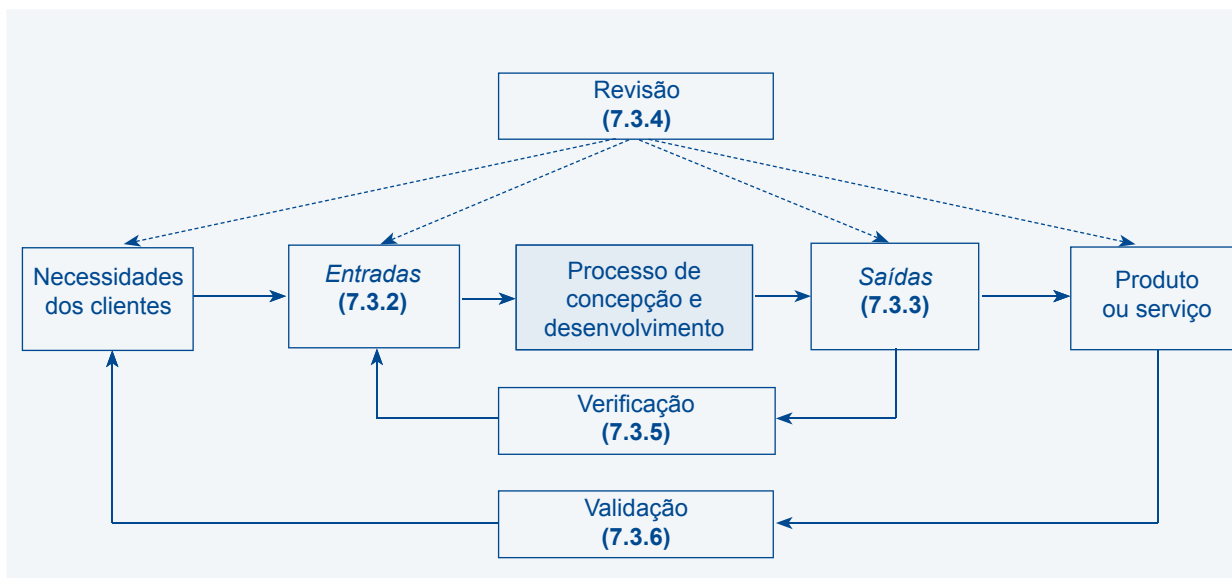


Figura 2 – Processo de concepção e desenvolvimento (IWA 4:2005)

7.3.7 Controlo de alterações na concepção e do desenvolvimento

. Finalidade:

Assegurar um controlo adequado das alterações à concepção e desenvolvimento.

. Interpretação:

As alterações à concepção e desenvolvimento podem ser originadas por alterações nos factores iniciais, nas actividades da própria concepção (revisão, verificação e validação) e mesmo no fornecimento do serviço.

O controlo destas alterações implica o cumprimento de todas as etapas, desde o planeamento (7.3.1) até à validação da alteração (7.3.6). A forma de cumprimento destas etapas deve ser adequada à complexidade da alteração a introduzir, no entanto, deve ser privilegiada a aplicação da metodologia estabelecida para esta cláusula (de 7.3.1 a 7.3.6).

7.4 COMPRAS

7.4.1 Processo de compra

. Finalidade:

Garantir que o processo de aquisição é realizado no estrito cumprimento dos requisitos legais aplicáveis e que o produto/serviço comprado está conforme com os requisitos de compra especificados e que os fornecedores são avaliados e seleccionados de acordo com a sua aptidão para fornecer um produto/serviço em conformidade.

. Interpretação:

De forma a minimizar os riscos na gestão do processo de compras é requerido um enfoque planeado que englobe:

- a documentação dos requisitos legais do processo de aquisição,
- a selecção de fornecedores,
- a especificação de requisitos,
- e a verificação dos produtos ou serviços adquiridos.

A capacidade do fornecedor para fornecer pode ser avaliada a partir de diversos meios, nomeadamente o historial da relação com a entidade autárquica, certificação do seu SGQ, referências internas e externas, experiência, auditorias e/ou diagnósticos financeiros, entre outros. Para acompanhar o desempenho do fornecedor podem ser considerados outros critérios, tais como, entregas dentro dos prazos, capacidade de resposta a reclamações, entrega/prestação de produtos/serviços conformes com as especificações de compra, entre outros.

As compras podem, também, incluir quaisquer actividades subcontratadas ou obtidas no exterior. É necessário que a responsabilidade pelo resultado de tais actividades seja cuidadosamente controlada, com actividades de monitorização planeadas e implementadas (ver 4.1).

Em resumo, é expectável que a entidade autárquica tenha definido a importância, para as suas actividades e serviços que presta, dos diversos produtos e serviços que compra, e que tenha critérios claros para a selecção e avaliação dos seus fornecedores. É ainda necessária evidência de que esses critérios foram cumpridos, ou de que as acções apropriadas estão a ser tomadas nos casos em que o desempenho do fornecedor não for satisfatório.

7.4.2 Informação de compra

. Finalidade:

Assegurar que a entidade autárquica descreve de forma adequada o produto/serviço a comprar, comunicando ao fornecedor os seus requisitos.

. Interpretação:

A informação de compra/documentos de compra devem indicar, sem qualquer equívoco, a especificação e outros requisitos do produto e/ou serviço requeridos, conformidade com determinadas normas, características técnicas e resultado esperado do produto e/ou serviço, prazos de entrega, logística e tipos de embalagem.

O grau de pormenorização pode ser variável, dependendo nomeadamente da importância e complexidade dos produtos ou serviços que se pretendem adquirir e do relacionamento contratual regular, caso exista, ou inicial entre as duas partes.

Por vezes, para efectuar uma descrição adequada basta uma referência, enquanto noutros casos é necessário pormenorizar o que se pretende, colocando mesmo requisitos relativos ao processo produtivo e seu efectivo controlo, bem como ao SGQ do fornecedor.

A entidade autárquica deve assegurar a adequação dos requisitos de compra especificando-os antes de serem comunicados ao fornecedor.

Deve estar prevista e definida a forma de verificação da conformidade do produto/serviço e/ou exigida ao fornecedor a declaração/certificado de conformidade respectivo.

Deve ser dada especial atenção às situações de subcontratação (ver 4.1) atendendo a que a responsabilidade final pelo produto e/ou serviço fornecido pelo fornecedor é da própria entidade autárquica.

7.4.3 Verificação do produto comprado

. Finalidade:

Garantir que a entidade autárquica implementa actividades para verificar que o produto e/ou serviço comprados vão ao encontro dos requisitos especificados.

. Interpretação:

O tipo e extensão das actividades de inspecção, ou outras necessárias na recepção podem ser definidos tendo em consideração as evidências da conformidade do produto e/ou serviço enviadas pelo fornecedor (ex. relatórios de ensaios, boletins de conformidade, certificados de produto, certificados de competência técnica para a prestação do serviço, etc.) e outros (ex. avaliação do fornecedor, ver 7.4.1).

O grau das actividades de inspecção ou outras necessárias deve depender da importância do produto e/ou serviço a ser fornecido, e do grau de confiança no fornecedor.

Quando a entidade autárquica ou o seu cliente requererem a verificação nas instalações do fornecedor, tal deve ser declarado na informação de compra da entidade para o fornecedor (ver 7.4.2).

O facto do cliente visitar as instalações de um seu fornecedor e, eventualmente, verificar/ inspecionar os produtos que lhe são destinados, não isenta a entidade autárquica da responsabilidade de assegurar o cumprimento de todos os requisitos especificados.

7.5 PRODUÇÃO E FORNECIMENTO DO SERVIÇO

7.5.1 Controlo da produção e do fornecimento do serviço

. Finalidade:

Garantir que os processos de produção do produto ou fornecimento do serviço são planeados e realizados de forma controlada.

. Interpretação:

Devem ser definidos os parâmetros que são relevantes na determinação da capacidade da entidade autárquica para gerir os seus processos, a fim de fornecer produtos e/ou serviços conformes.

Os requisitos aplicáveis à realização da produção e fornecimento do produto e/ou serviço sob condições controladas devem, ainda, considerar o requerido em outras cláusulas e subcláusulas desta norma de referência (ex. secção 6, restantes subcláusulas da cláusula 7.5 e 7.6, e subcláusulas 8.2.3 e 8.2.4).

Podem ser elaborados documentos escritos, tais como instruções, para estabelecer as metodologias de trabalho. Estes documentos devem ser do conhecimento e acessíveis aos colaboradores que os aplicam.

As actividades/processos a considerar incluem os envolvidos antes, durante e depois do fornecimento do produto e/ou serviço. É expectável que a entidade autárquica adopte uma abordagem PDCA no controlo da produção e do fornecimento do serviço.

A entidade autárquica, conforme aplicável, deve analisar e definir:

- A informação necessária ao fornecimento do produto e/ou serviço e ao seu controlo, por exemplo: características do produto e/ou serviço (de acordo com a fase em que se encontra), sequência de operações, parâmetros de processo, fases e condições de realização do produto e/ou serviço;
- Critérios e métodos de operação e controlo, por exemplo: instruções de trabalho documentadas, quando necessário;
- Utilização de equipamentos ou outros meios (incluindo ferramentas, *hardware* e *software*), bem como a utilização de dispositivos de monitorização e de medição aptos a garantir o cumprimento dos requisitos especificados (ver 6.3. e 7.6.);
- Critérios e métodos de monitorização e sua aplicação em fases definidas do fornecimento do produto e/ou serviço;
- Critérios, métodos e autoridade interna ou externa (por exemplo, contratualmente definidos ou conforme disposição regulamentar e estatutária), para implementação da actividade de liberação (por exemplo: emissão de evidências de conformidade do produto e/ou serviço quer do ponto de vista técnico, quer legal), de fornecimento (por exemplo: montagem, local de prestação de serviço, instruções de utilização e transporte) e posterior ao fornecimento (por exemplo: assistência técnica e responsabilidade civil bem como garantias).

A entidade deve evidenciar um controlo dos processos de fornecimento do produto e/ou serviço, suas entradas e saídas, a fim de assegurar que os processos estão aptos a cumprir os critérios de aceitação definidos, e que podem fornecer continuamente um produto e/ou serviço conforme com os requisitos previamente estabelecidos. Quaisquer indicações contrárias (não conformidades de processo, de produto ou de serviço, reclamações de clientes, etc.) devem gerar melhorias dos processos, com vista a eliminar a causa do problema.

7.5.2. Validação dos processos de produção e de fornecimento do serviço

. Finalidade:

Definir critérios para a validação de processos nos casos em que a saída não possa ser verificada através de monitorização ou medição subsequentes.

. Interpretação:

A validação dos processos de fabricação de um produto ou da prestação de um serviço é necessária quando uma entidade autárquica não pode detectar defeitos ou problemas previamente à entrega do produto/serviço ou prestação do serviço.

Nestes casos, são normalmente necessárias as seguintes etapas de validação:

- Revisão e aprovação do método para garantir a sua capacidade para atingir os resultados planeados;
- Definição e disponibilização dos equipamentos e infraestruturas necessários;
- Nomeação específica de pessoal competente, com formação, qualificação e/ou experiência adequada;
- Criação de registos que permitam o retorno da informação actual relativa aos resultados do processo.

De acordo com o definido no ponto 1.2 do presente guia, esta subcláusula é passível de exclusão, quando não existam processos de produção e de fornecimento de serviço em que a saída resultante não possa ser verificada por subsequente monitorização ou medição nas suas diferentes fases ou antes da prestação do serviço ao cliente. No entanto tal exclusão deve ser objecto de reflexão, devendo ser analisada a existência de prestação de informação a clientes, em que a informação uma vez transmitida já não possa ser corrigida sem impacto junto do cliente.

7.5.3. Identificação e rastreabilidade

. Finalidade:

Assegurar a identificação do produto e/ou serviço ao longo da sua realização, bem como a sua rastreabilidade, devendo ser possível conhecer o histórico, a utilização e a localização do produto ou fase do serviço através de registos.

. Interpretação:

A entidade autárquica deve estabelecer um método que permita a identificação no seguimento de, por exemplo, materiais, pessoal interveniente, estado do equipamento utilizado, e relativamente ao serviço prestado ou produto fornecido.

Nas entidades autárquicas, a identificação e rastreabilidade do serviço são importantes pelos seguintes motivos:

- Para a identificação do estado do serviço relativamente a requisitos de monitorização e medição;
- De modo a cumprir requisitos regulamentares;
- Para a análise do impacto e benefícios sociais ou económicos dos serviços, ou na análise de reclamações.

A identificação pode ser necessária, mesmo não constituindo um requisito do cliente, para o uso pretendido ou especificado ou para apoiar na resolução de eventuais problemas e/ou melhorias. Ressalva-se que alguns elementos integrantes da identificação de um produto e/ou serviço podem ser motivo de requisitos estatutários e regulamentares (ex.: nº de processo; nº de licença; nº de peça desenhada; datas de recepção; validade; etc.). A forma de identificação deve ser estabelecida de acordo com a natureza do produto e/ou serviço e do processo e as necessidades dos utilizadores. Ver a este propósito a Parte D – Matriz de correspondência da NP EN ISO 9001:2000 com o CPA, em que é referido o diploma legal que obriga as entidades da Administração Pública a assegurar a rastreabilidade de toda a documentação.

Para a identificação do produto/serviço devem considerar-se os seguintes meios, conforme apropriado:

- Atribuição de uma referência ao produto e/ou serviço ou seu elemento de apoio (Exemplo: equipamento, material);
- Validação (rubrica, carimbo, selo branco) do executante ou responsável do produto / serviço ou autoridade relevante ou entidade com poderes executivos;
- Assegurar a validação de uma fase de realização do produto / serviço através meio informático;
- Localização física.

A rastreabilidade é obrigatória quando estabelecida contratualmente, sujeita a requisitos estatutários ou regulamentares (ver matriz CPA) ou quando a entidade autárquica o especificar. Neste último caso, a extensão da rastreabilidade deve estar relacionada com a extensão necessária e/ou o impacto que uma eventual não conformidade no produto e/ou serviço possa originar.

A rastreabilidade especificada implica, normalmente, que estejam definidos claramente os registos a manter, o seu conteúdo e a sua interligação, de modo a possibilitar a recolha da informação necessária.

7.5.4. Propriedade do cliente

. Finalidade:

Assegurar o controlo (incluindo a identificação, verificação, protecção e salvaguarda) de propriedade do cliente proporcionada para utilização ou incorporação no produto e/ou serviço.

. Interpretação:

Por propriedade do cliente entende-se:

- Qualquer item (matéria-prima, componentes, subconjunto ou sistema) a incorporar no produto e/ou serviço final;
- Qualquer ferramenta, equipamento, acessório de inspeção e ensaio, produção, manutenção, manuseamento, transporte ou armazenamento a incorporar no processo;
- Qualquer informação, documentação, e dados a utilizar nas actividades directas ou indirectas do fornecimento do produto e/ou serviço (ex.: memórias descritivas, peças desenhadas, licenças, certidões, etc.).

O âmbito da verificação que a entidade autárquica realiza à propriedade do cliente pode ser estabelecido contratualmente e/ou legalmente. A entidade autárquica deve registar e comunicar ao cliente quaisquer anomalias verificadas nas várias fases de utilização do produto ou informação, identificando/acordando as acções adequadas.

Por norma, a utilização de propriedade do cliente, nos casos da APL, encontra-se regulamentada por legislação ou contrato. No entanto, para os casos em que não existem regras a este respeito, a entidade autárquica deve criar procedimentos ou instruções que garantam a protecção da propriedade do cliente.

Realçam-se os casos em que o cliente tem a autoria ou propriedade intelectual, por exemplo um projecto de arquitectura. Nestas situações a entidade autárquica deve assegurar o controlo da informação/documentação com autoria, propriedade intelectual ou industrial sob a sua guarda. Do mesmo modo, nos casos em que um cliente forneça à entidade autárquica dados confidenciais ou pessoais (tais como declarações de rendimentos, informação bancária, informações médicas, etc.), estes também são propriedade do cliente que deve ser controlada adequadamente.

Distinguem-se ainda as situações em que, por imposição regulamentar ou estatutária, por exemplo, publicação de livros, deva estar definido e acordado contratualmente o destino final a dar à propriedade intelectual do cliente, assim como as salvaguardas de utilização e reprodução.

As questões de salvaguarda da confidencialidade e propriedade do cliente são particularmente críticas na consulta pública de qualquer processo administrativo, consagrada no CPA, devendo nestas situações ser assegurada a sua não divulgação.

7.5.5. Preservação do produto

. Finalidade:

Assegurar a preservação da conformidade do produto e/ou serviço em todas as fases dos processos fornecimento de produtos e/ou serviços.

. Interpretação:

A preservação do produto é aplicável ao manuseamento, embalagem, armazenamento, protecção e entrega dos bens fornecidos pela entidade autárquica, no contexto da prestação dos seus serviços.

O âmbito e alcance desta subcláusula estão relacionados com a quantidade e tipo de serviço prestados pela entidade autárquica, que pode variar desde os serviços administrativos aos serviços tangíveis, tais como, pavimentação de ruas, iluminação, fornecimento de água entre outros.

Ao abordar os requisitos relacionados com manuseamento, embalagem, armazenamento, protecção e entrega, a entidade autárquica deve ter em conta todos os requisitos normativos e regulamentares aplicáveis.

Assim, a entidade autárquica deve evidenciar a identificação de todas as situações associadas com a adequada preservação do produto e o estabelecimento de procedimentos apropriados a essa preservação.

Se existirem produtos com validade, recomenda-se a elaboração de uma tabela com os prazos das periodicidades e a marcação da data limite de validade, quando esta não esteja explícita na embalagem.

7.6 CONTROLO DOS DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO

. Finalidade:

Assegurar que qualquer equipamento ou dispositivos de monitorização e medição (DMM) utilizados para monitorizar e/ou medir a conformidade do produto e/ou serviço estejam aptos a fornecer resultados válidos.

. Interpretação:

A monitorização da conformidade do produto pode ser realizada por um dos métodos seguintes:

- Por observação directa, que pode incluir a utilização de dispositivos, como câmaras de vídeo, equipamento de gravação, etc., os quais podem necessitar de manutenção periódica e verificação de funcionamento para assegurar a sua adequação continuada;
- Por medições periódicas das características do produto ou de parâmetros do processo, utilizando equipamento de medição. Se for este o caso, estes dispositivos devem cumprir os requisitos desta cláusula da norma ou ainda, quando aplicável, o cumprimento dos requisitos regulamentares.

A calibração de DMM deve ser realizada sempre que necessário para fornecer resultados válidos sobre a conformidade do produto e/ou serviço em relação aos requisitos especificados.

A entidade autárquica deve identificar quais os equipamentos de medição ou monitorização que devem ser verificados ou calibrados, com que grau de precisão e com que frequência, partindo do princípio que a ausência de calibração pode afectar a qualidade dos produtos e/ou serviços fornecidos. Devem ser consideradas as situações de competências delegadas nas autarquias no âmbito da metrologia legal. Assim, quando a entidade autárquica, na execução das suas actividades, necessite de emitir um documento com valores obtidos a partir de medições efectuadas – com equipamentos próprios ou de terceiros, deve ser assegurada a verificação metrológica, se aplicável, ou em alternativa a calibração.

A entidade autárquica deve suportar as suas decisões em análises, estudos e considerações relevantes, tais como estudos estatísticos. O custo associado às calibrações é, normalmente, elevado, pelo que a entidade autárquica deve assegurar a identificação suportada de que a calibração de determinado DMM é realmente necessária para dar confiança às medições com ele efectuadas.

Devem, de igual forma, ser contemplados neste requisito, o *software* e materiais de ensaio, bem como os padrões de referência.

Os DMM seleccionados como estando sujeitos a confirmação metrológica devem estar identificados. Outros equipamentos existentes devem, igualmente, ser identificados por forma a possibilitarem a sua gestão por exemplo, para efeitos de manutenção.

As calibrações devem ser realizadas por pessoal com competência adequada (ver 6.2.2), em condições ambientais apropriadas, cuja evidência é particularmente relevante no caso de calibrações internas ou externas efectuadas por entidades ou laboratórios não acreditados (conforme a norma ISO/IEC 17025) para o efeito (ver 7.4.1).

Nas calibrações externas, os laboratórios acreditados que prestam o serviço de calibração devem emitir certificados de acordo com o estabelecido na ISO/IEC 17025. Estes devem indicar os valores de comparação com os padrões e a incerteza expandida de calibração.

Nas calibrações internas (e externas quando realizadas por entidades ou laboratórios não acreditados) é necessário a emissão de documentos que traduzam a actividade desenvolvida, bem como os valores obtidos, incluindo a incerteza da calibração e a rastreabilidade das calibrações dos DMM utilizados a padrões internacionais ou nacionais reconhecidos.

Após as calibrações internas ou externas, é necessário analisar os resultados para verificar se os erros indicados (desvios relativamente a valores nominais) e as incertezas associadas são compatíveis com os requisitos de utilização. Para este efeito, devem ser definidos critérios de aceitação que suportem a decisão através de uma verificação, comparando o Critério de Aceitação com os Erros, devendo ter-se em conta a incerteza da medição.

O Critério de Aceitação pode referir-se a:

1. Norma de equipamento;
2. Norma de ensaio;
3. Tolerância definida na concepção ou nos processos.

Esta verificação deve ser efectuada para a gama de utilização.

Os erros, quando aplicável, podem ser utilizados para introduzir correcções nos valores medidos sendo, nesse caso, as incertezas utilizadas para verificar a adequabilidade do DMM face aos requisitos de utilização.

Desta análise várias decisões são possíveis:

- Utilizar o DMM sem restrições;
- Utilizar o DMM só nas zonas da gama de medição onde foi confirmada a satisfação do critério de aceitação;
- Desclassificar o DMM para utilizações de menor grau de exigência;
- Reparar e ou ajustar o DMM e, em seguida, calibrá-lo e analisar de acordo com o definido anteriormente;
- Retirar o DMM de circulação e efectuar a sua eventual substituição.

Se numa calibração e/ou ensaio, ou mesmo em utilização, se verificar que um DMM não funciona adequadamente e/ou que os erros detectados não são aceitáveis para a sua utilização adequada, é necessário colocar-lhe uma indicação que identifique o estado em que se encontra, ou segregá-lo, de forma a impedir a sua utilização indevida, até ser tomada uma decisão relativa ao mesmo.

Deve, neste caso, ser realizada uma investigação para verificar se a utilização do DMM (por exemplo, no período que mediou entre a actual calibração e a imediatamente anterior) deu origem a decisões incorrectas no que se refere a aceitação ou rejeição de produto e/ou serviço, de forma a desencadear correcções e acções correctivas adequadas.

O facto dos DMM serem calibrados em intervalos especificados não deve invalidar a sua verificação funcional entre calibrações, nomeadamente, para os utilizados no controlo de características de segurança.

Todos os DMM devem ser utilizados, manuseados e armazenados em condições que garantam a sua preservação.

As revisões dos intervalos entre calibrações podem ser efectuadas tendo em consideração os resultados obtidos em calibrações anteriores ou o grau de utilização do DMM, entre outros factores.

8. MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA

8.1 GENERALIDADES

. Finalidade:

Assegurar o planeamento e implementação dos processos de monitorização, medição e melhoria.

. Interpretação:

Esta cláusula serve de introdução a toda a secção, consolidando em grande medida as fases verificação e acção (*Check e Act*) do ciclo PDCA. Refere-se assim, à medição de um conjunto de variáveis que, depois da sua avaliação ou análise, ajudam o Executivo a tomar decisões e propor acções de melhoria.

A entidade autárquica deve planear o modo como monitoriza, mede, analisa e melhora os seus processos. A ênfase é colocada na demonstração de conformidade do produto e/ou serviço e na eficácia do SGQ. Embora a eficiência do SGQ deva ser importante para qualquer entidade, é a sua eficácia que é um requisito da NP EN ISO 9001:2000. De acordo com a NP EN ISO 9000:2005, eficácia é a “medida em que as actividades planeadas foram realizadas e conseguidos os resultados planeados”; e eficiência é “relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados”.

A entidade autárquica deve determinar a necessidade para a utilização de métodos específicos como, por exemplo, as técnicas estatísticas. Para tal, a entidade autárquica deve demonstrar que possui algum conhecimento sobre as metodologias e técnicas disponíveis, e que tomou a decisão razoável relativamente a quais são aplicáveis para as suas circunstâncias particulares. São exemplos:

- ANFE (análise modal de falhas e seus efeitos);
- QFD (desdobramento da função qualidade);
- Métodos de amostragem;
- Técnicas disciplinadas de resolução de problemas envolvendo histogramas, diagramas de Pareto, diagramas de dispersão, diagramas de causa e efeito e outros;
- CEP (controlo estatístico do processo);
- Teste de hipóteses;
- Planeamento de experiências;
- “Tableau du bord”.

O planeamento da qualidade e o planeamento dos processos (por exemplo: de realização do produto e/ou fornecimento do serviço) devem normalmente definir a frequência, tipo e localização de todas as actividades de monitorização e de medição, podendo estas determinações também ser originadas pelo processo de concepção e desenvolvimento.

Ressalva-se que, à parte dos processos associados a este capítulo normativo, a revisão pela gestão reúne igualmente características de monitorização, análise e melhoria, nomeadamente ao nível do SGQ.

8.2 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO

De acordo com o documento ISO/TC176/SC2/N526R, monitorização é “observar, supervisionar, manter sobre revisão; medir ou testar a intervalos estabelecidos, especialmente para fins de regulação ou controlo”; e medição é “determinar a magnitude ou quantidade de algo, através da comparação com algum objecto cujo tamanho ou capacidade for conhecido, ou através da comparação com alguma unidade fixa”.

8.2.1 Satisfação do cliente

. Finalidade:

Assegurar que a entidade autárquica monitoriza e avalia a percepção do cliente, relativamente ao cumprimento dos seus requisitos.

. Interpretação:

A NP EN ISO 9001:2000 requer que a entidade autárquica “monitore as informações relativamente à percepção do cliente quanto ao grau de satisfação dos seus requisitos”.

A NP EN ISO 9000:2005 refere satisfação do cliente como “a percepção do cliente quanto ao grau de satisfação do seu requisito”, sendo especificado na nota 1: “as reclamações do cliente constituem um indicador usual de baixo nível de satisfação do cliente, mas a sua ausência não implica necessariamente um elevado nível de satisfação do cliente”; e na nota 2: “mesmo que os requisitos do cliente tenham sido acordados e satisfeitos, isso não assegura necessariamente um nível elevado de satisfação do cliente”.

Os casos em que o cliente reconheça que os requisitos foram cumpridos, mas fica insatisfeito por outros motivos, tais como dificuldades de comunicação, podem fornecer à entidade autárquica dados para iniciar acções correctivas ou esforço de melhoria contínua.

É também, importante salientar que o termo “cliente”, tal como mencionado no ponto 3.1, não refere exclusivamente o cliente contratual; podendo incluir tanto clientes internos como externos.

Para a entidade autárquica ter sucesso é importante considerar as necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas. Caso não identifique as diferentes necessidades ou não monitorize as diferentes percepções sobre a qualidade do produto e/ou serviço, pode ocorrer que, ao procurar satisfazer um determinado tipo de clientes, promova insatisfação nos outros.

Não é realista nem expectável, a obtenção de 100% de satisfação de clientes. A entidade autárquica deve, no entanto, avaliar o impacto dessa situação e evidenciar que ações planeou e/ou realizou no sentido de alterar ou melhorar a situação. Neste sentido, e potenciando o estabelecimento de prioridades, é considerada uma boa prática a avaliação da importância que os clientes atribuem a cada elemento de avaliação (e não apenas o seu grau de satisfação em cada elemento de avaliação).

Assim, os métodos utilizados para esta monitorização devem fornecer informação relevante relativamente à satisfação do cliente, bem como relativa às suas prioridades. Esta informação deve incluir indicadores adequados para demonstrar a evolução e tendência da satisfação dos clientes.

Em conclusão, importa:

- Utilizar métodos que maximizem a fiabilidade dos dados;
- Garantir que a monitorização é independente;
- Monitorizar tanto a percepção global como a percepção face a aspectos específicos do produto e/ou serviço;
- Obter dados significativos e de valor estratégico;
- Realizar uma análise dinâmica dos resultados e não uma apresentação estática de dados e comentários dos clientes;
- Sistematizar a monitorização;
- A obtenção de dados representativos e relevantes.

Através, por exemplo, de:

- *Focus groups*;
- Contactos telefónicos realizados periodicamente ou após fornecimento do produto e/ou serviço;
- Questionários e inquéritos;
- Tratamento de reclamações e insatisfações;
- Reuniões com os clientes;
- Entre outros.

Concluindo, as entidades autárquicas devem ter consciência da percepção do cliente em relação ao facto de os seus produtos e/ou serviços cumprirem ou não os requisitos. Resultados ou tendências desfavoráveis potenciam ações correctivas ou preventivas e melhoria contínua e resultados favoráveis podem ser utilizados para promover melhorias no produto e/ou serviço e na relação com o cliente.

8.2.2 Auditoria interna

. Finalidade:

Assegurar a realização de auditorias internas para avaliar a conformidade do SGQ com os requisitos da norma de referência e outros estabelecidos pela entidade autárquica. Para o efeito, a entidade autárquica deve recorrer a pessoal competente e utilizar metodologias claramente definidas que se constituam como uma efectiva ferramenta de melhoria e suporte à gestão.

. Interpretação:

As auditorias internas são um elemento chave no ciclo PDCA para avaliar o SGQ. Assim, devem ser objectivas e realizadas por pessoal independente daquele que realiza o trabalho a ser auditado.

A entidade autárquica deve definir as competências necessárias para a qualificação dos auditores, tendo em consideração a independência, imparcialidade, objectividade e formação. São necessários conhecimentos de diversas áreas, definidos caso a caso tendo em conta a dimensão da entidade autárquica, produtos e/ou serviços, entre outros aspectos.

É importante que a formação de auditores inclua técnicas/metodologias de auditoria e conceitos de gestão da qualidade. Em determinadas situações pode ser essencial, para uma correcta avaliação do SGQ, que as competências para qualificação de auditores incluam conhecimentos da legislação em vigor aplicável e das

actividades desenvolvidas na entidade autárquica. A formação dos auditores deve ser tanto inicial, aquando da qualificação dos mesmos, como contínua, acompanhando as evoluções da entidade autárquica, legislação e revisões normativas, entre outras. A NP EN ISO 19011:2003 proporciona orientações sobre os requisitos para qualificação de auditores de sistemas de gestão da qualidade.

As auditorias internas podem ser realizadas por auditores externos à entidade autárquica. Caso seja esta a escolha da entidade autárquica, deve ser assegurado o cumprimento dos procedimentos, critérios e requisitos associados, por exemplo, à competência, actividades de planeamento e realização, bem como registo de resultados e acções de seguimento, tal como estabelecidos pela entidade autárquica.

Em algumas situações, pode ser necessário subcontratar todo ou parte do processo de auditoria interna se, por exemplo, não existirem recursos apropriados na entidade autárquica. Este facto pode, ainda, ser especialmente útil na auditoria ao Executivo ou à própria função de gestão da qualidade, por exemplo, em entidades autárquicas cuja dimensão não permite assegurar independência dos auditores. Contudo, pelo papel chave que as auditorias internas têm na verificação e na identificação de oportunidades de melhoria do sistema, é desejável que se criem as competências internas, quer em termos de formação, quer em termos de experiência (que apenas se adquire através da realização de auditorias).

As auditorias devem verificar o cumprimento dos requisitos aplicáveis e dos procedimentos, bem como a eficácia dos processos em atingir objectivos. Também permitem a identificação de oportunidades de melhoria e, como tal, são um elemento essencial para o cumprimento deste objectivo.

Relativamente às auditorias internas, devem ser definidos:

- Os critérios da auditoria, isto é, quais as referências utilizadas para a realização da auditoria, em relação às quais as evidências vão ser comparadas;
- O âmbito da auditoria, que descreva a extensão e limites da auditoria, por exemplo, quais as actividades a auditar;
- A frequência das auditorias, devendo ser definido um ciclo de auditorias;
- E as metodologias de auditoria.

A NP EN ISO 19011:2003 proporciona orientações relevantes para a realização de auditorias a sistemas de gestão da qualidade. É recomendável para entidades autárquicas que pretendam implementar processos de auditoria eficazes e impulsionadores da melhoria do desempenho do SGQ.

O programa de auditorias deve ter em conta o estado e a importância dos processos e das áreas a serem auditadas, bem como os resultados das auditorias anteriores. É expectável que a frequência e amostragem das auditorias a actividades com maior incidência de não conformidades seja superior à frequência relativa a actividades com um bom desempenho. É considerada boa prática a inclusão de processos e/ou actividades subcontratados com influência no SGQ no programa de auditorias internas.

As auditorias internas podem abranger a totalidade do SGQ ou parte deste. No caso da entidade autárquica apenas prever auditorias internas parciais, o seu conjunto deve permitir, num período de tempo adequado, avaliar a totalidade do SGQ.

As equipas auditoras podem utilizar listas de verificação/comprovação que permitam a sistematização e uniformização dos critérios e da abrangência. As listas de verificação/comprovação devem ser elaboradas tendo por base os processos e a documentação de suporte ao SGQ, isto é, devem ser compatíveis com o SGQ de cada entidade autárquica e com os seus requisitos.

Ao nível dos registos de execução da auditoria deve ser considerada a formalização de informações relevantes, atendendo ao conteúdo dos procedimentos existentes e registos de programação e planeamento de auditorias internas tais como o âmbito da auditoria, referenciais, objectivos e alcance da auditoria interna, constituição da equipa auditora (e quem auditou o quê, em especial quando se coloquem questões de independência e imparcialidade) e duração da auditoria.

Os registos devem incluir, para além de eventuais constatações de não conformidade, as conclusões da auditoria e/ou constatações de conformidade que permitam a determinação da conformidade do sistema com os requisitos da norma de referência e com os requisitos do sistema de gestão estabelecidos pela entidade autárquica, e suportem a análise da sua implementação e adequação (ex. nas actividades de revisão do sistema). Atendendo

ao conteúdo normativo (ver 8.1), é considerado como boa prática que os registos de auditorias internas incluam a identificação de oportunidades de melhoria, sempre que identificadas pelas equipas auditoras.

Os resultados das auditorias da qualidade devem ser levados ao conhecimento do Executivo e dos responsáveis das áreas auditadas.

Um indicador possível da eficácia das auditorias internas é a comparação dos resultados obtidos recentemente com os da auditoria de segunda ou terceira parte, sendo expectável que a auditoria interna consiga detectar mais desvios, ou situações mais relevantes.

A identificação de causas de eventuais não conformidades constatadas, implementação, fecho e revisão das acções correctivas (ver definição 3.6.5 da NP EN ISO 9000:2005), decorrentes das auditorias, devem ser efectuadas de acordo com um circuito de responsabilidades e os procedimentos definidos (ver 8.5.2). Os resultados das auditorias internas constituem, igualmente, informação para efeitos da revisão do sistema pela gestão (ver 5.6).

As auditorias enquadradas em processos de certificação, sejam elas visitas prévias ou outras, também denominadas por auditorias de terceira parte, não podem ser consideradas para evidenciar o cumprimento de requisitos associados a auditorias internas.

8.2.3 Monitorização e medição dos processos

. Finalidade:

Assegurar que os processos do SGQ demonstram capacidade contínua para atingir os objectivos associados e resultados planeados.

. Interpretação:

A monitorização e medição dos processos têm o propósito de avaliar se os processos estão implementados e são mantidos de acordo com as disposições inicialmente planeadas, e se os resultados obtidos são os esperados. Deste modo, devem ser claros quais os elementos de referência a considerar nesta matéria (ex. características/parâmetros dos processos, procedimentos documentados, objectivos e indicadores de desempenho, resultados a alcançar, planos da qualidade,...).

De modo a assegurar que o produto ou serviço cumpre os requisitos, a entidade autárquica deve definir e aplicar métodos adequados para monitorizar e medir características do processo.

Os métodos podem incluir:

- Monitorização e, quando aplicável, medição;
- Verificações de processo, ensaios e/ou inspecções;
- Revisões do cumprimento da prática estipulada;
- Mapas de controlo: controlo da capacidade do processo;
- Ou outros.

Devem ser mantidos registos dos resultados das monitorizações e/ou medições realizadas, na ausência de outra forma de evidência objectiva, que evidenciem que as mesmas foram realizadas e os resultados obtidos (ver 4.2.4 relativamente à manutenção de registos que proporcionem evidências da conformidade com os requisitos e da operação eficaz do SGQ e 7.1 quanto aos processos de realização do produto).

O controlo pelos próprios colaboradores envolvidos nas actividades dos processos pode ser considerado, numa perspectiva de evitar a duplicação de esforços e custos adicionais.

Ressalva-se, no entanto, a importância de ser assegurada a competência destes colaboradores e dos mesmos disporem dos recursos (ex. equipamento) e da informação (ex. instruções e critérios de monitorização e/ou medição adequados) necessários. Nestes casos, devem, igualmente, ser asseguradas auditorias internas aos processos numa base regular.

Caso não esteja assegurada a operação eficaz dos processos ou a aptidão para os processos atingirem os resultados planeados, deve ser identificada a causa e serem desencadeadas correcções e acções correctivas apropriadas, em especial quando não for assegurada a conformidade do produto e/ou serviço face aos requisitos especificados.

É considerada uma prática aconselhável, a adopção da metodologia PDCA preconizada na norma de referência e já referida em 4.1.

8.2.4 Monitorização e medição do produto

. Finalidade:

Assegurar que o produto e/ou serviço cumpre todos os requisitos especificados.

. Interpretação:

As actividades de monitorização e medição dos produtos e/ou serviços devem ser identificadas em qualquer processo de realização e abranger todo o ciclo de realização (incluindo instalação quando aplicável), com o propósito de garantir o cumprimento dos requisitos especificados. Estas actividades devem gerar registos.

O auto-controlo pode ser uma forma de monitorização e medição dos produtos e/ou serviços, desde que sejam asseguradas as condições para um desempenho eficaz, nomeadamente:

- Existência de instruções sempre que possam ajudar o colaborador envolvido;
- A definição clara dos critérios de aceitação/rejeição e de controlo das características do produto e/ou serviço;
- Existência de registos que evidenciem a sua realização;
- Validação de todo o processo de auto-controlo, incluindo a formação dos colaboradores envolvidos;
- Inclusão no âmbito da programação de auditorias internas.

O tipo e natureza das actividades de monitorização e medição dos produtos e/ou serviços devem tomar em consideração as consequências da não detecção de uma não conformidade, bem como a legislação e normalização aplicáveis aos produtos/serviços e eventuais condições de segurança.

Deve estar, inequivocamente, estabelecido quem tem a autoridade para liberar o produto e/ou aprovar o fornecimento do serviço, em cada fase relevante de produção ou de fornecimento do serviço, incluindo situações em que as disposições planeadas não foram satisfatoriamente completadas. Os registos gerados devem identificar inequivocamente quem autorizou a liberação do produto e/ou aprovou o fornecimento do serviço. A monitorização e medição final do produto e/ou serviço não se deve limitar à verificação da conformidade com os requisitos aplicáveis, mas deve considerar, igualmente, a verificação de que todas as monitorizações e medições planeadas foram, efectivamente, realizadas.

O suporte das monitorizações e medições do produto e/ou serviço pode ser estabelecido de diversas formas:

- Um procedimento ou instrução documentados;
- Um plano da qualidade;
- Um plano de amostragem;
- Uma proposta de fornecimento de produto e/ou serviço;
- Um documento do cliente ou próprio pedido de serviço.

8.3 CONTROLO DO PRODUTO NÃO CONFORME

. Finalidade:

Impedir que o produto e/ou serviço não conforme seja fornecido, utilizado ou instalado no cliente (interno ou externo).

. Interpretação:

No contexto da Administração Pública Local uma não conformidade no produto ou serviço significa que um ou mais requisitos não foram cumpridos. Estes requisitos podem ser dos clientes, de legislação e regulamentação aplicável ou podem ainda ser requisitos definidos internamente pela própria entidade autárquica.

A entidade autárquica deve estabelecer as responsabilidades, autoridades e as metodologias de controlo do produto não conforme (ou de não conformidades na prestação do serviço), incluindo as actividades de:

- Identificação;
- Documentação (por exemplo: registos da natureza da não conformidade e acções tomadas, incluindo permissões obtidas e restrições ao cumprimento do serviço);
- Controlo para prevenir o uso ou disponibilização não intencional do produto e/ou serviço;
- Análise da não conformidade e identificação das suas causas (ver 8.4 e 8.5.2);
- Informação (por exemplo, às partes interessadas: clientes, funções internas, fornecedores, etc.).

As metodologias de controlo de produto e/ou serviço não conforme devem estar formalizadas em procedimento documentado (ver 4.2.3).

Em síntese, as não conformidades devem ser registadas, bem como as acções desenvolvidas para a sua avaliação, a identificação das suas causas e a decisão tomada para o seu tratamento. Podem existir casos em que os registos associados com as actividades referidas sejam, igualmente, relevantes para a investigação das causas e a eventual tomada de acções correctivas (ver 8.5.2) e para a melhoria da eficácia dos processos e da sua eficiência numa perspectiva de acréscimo de valor.

A responsabilidade e autoridade associadas devem estar estabelecidas no que respeita aos actos de análise/decisão sobre o que fazer ao produto não conforme e que destino a dar-lhe, assim como informação aos sectores envolvidos.

As reclamações formais de um cliente seguem o tratamento previsto na legislação, no entanto, deve estar previsto no procedimento que podem ser identificadas outras acções correctivas aplicáveis. Esta prática justifica-se pela necessidade de ter registos de tratamento de reclamações com a maior objectividade possível, para que o tratamento do problema seja correctamente percebido pelo reclamante.

Quando aplicável, podem existir registos de não conformidades que apenas dão origem a correcções. Neste caso, na revisão do sistema (ver 5.6) deve ser evidenciada a sua análise, para avaliar a sua repetitividade e impacto na entidade autárquica.

Nas situações em que, por imperativos de contrato ou outras, é necessário aceitar, utilizar, libertar ou fornecer produto e/ou serviço não conforme, tal decisão deve ser tomada por uma entidade interna (por exemplo: Presidente, administração ou entidade com poderes delegados) ou externa (por exemplo: utente/cidadão) que tenha autoridade e competência para tal. Normalmente, a autoridade e competência será de quem definiu o requisito que não está a ser cumprido. Devem ser mantidos registos das decisões, identificando os respectivos responsáveis.

Caso a não conformidade seja detectada após o fornecimento, devem ser tomadas acções apropriadas ao controlo da situação, possibilidade de identificação e segregação de produtos e/ou serviços já fornecidos e impacto da não conformidade nos clientes. Nestes casos, é necessário analisar se existem cláusulas contratuais e/ou legais e regulamentares associadas.

O tratamento das não conformidades deve contemplar a existência de um registo sequencial, que permita avaliar:

- Quantidade de registos efectuados,
- Dados referentes datas (início e encerramento),
- Entre outros dados.

A legislação instituiu a existência e disponibilização pelos serviços do “Livro Amarelo” para a formalização de reclamações. É desejável que as entidades envolvidas no tratamento das reclamações integrem, para além da resolução/resposta ao reclamante, a reflexão sobre a “não conformidade” associada à manifestação da insatisfação

do cliente, e a considere como dado de entrada para a melhoria do sistema.

8.4 ANÁLISE DE DADOS

. Finalidade:

Proporcionar à entidade autárquica a possibilidade de transformar os dados em informação apropriada à tomada de decisão, identificação de tendências e oportunidades de melhoria.

. Interpretação:

A entidade autárquica deve recolher e analisar dados para demonstrar a adequação e eficácia do SGQ.

A recolha de dados e informação, por si só, não tem significado se estes dados e informação não forem objecto de avaliação/análise subsequente e convertidos em propostas para a tomada de decisão.

O tipo de dados a recolher deve permitir demonstrar a adequação e eficácia do SGQ, tais como:

- Medições do desempenho do processo;
- Avaliação da eficácia da formação;
- Reclamações dos clientes;
- Medições financeiras;
- Medições externas, tais como avaliações por 3ª parte, percepção de partes interessadas;
- Medições de outros factores de sucesso identificados pelo Executivo.

É expectável que a análise de dados forneça informação relativa:

- À satisfação dos clientes;
- À conformidade com os requisitos do produto e/ou serviço;
- Às características e tendências dos processos e produtos e/ou serviços;
- Ao desencadeamento de acções preventivas (ex. pela análise de tendências);
- Ao desempenho e/ou satisfação dos colaboradores;
- Ao desempenho de fornecedores.

Os dados isolados devem ser analisados com atenção de forma a evitar juízos de valor deficientes e análises incompletas, por exemplo dados:

- Associados à satisfação/insatisfação de clientes, obtidos através de inquéritos, de forma dissociada da análise de reclamações;
- De fornecimento de produtos e/ou serviços dentro do prazo sem analisar dados associados ao custo ou volume dos stocks necessários;
- Associados ao desempenho de fornecedores sem considerar a existência (ou não) de novos fornecedores, ou o volume e periodicidade das encomendas ou com que antecedências as encomendas foram colocadas;
- De cumprimento de prazos de fornecimento ou prestação do serviço sem considerar dados sobre avarias e paragem de equipamento, rupturas de materiais, etc.;
- Suportados em médias, sem verificar a uniformidade da população, dispersão ou amplitudes.

A análise de dados é uma excelente oportunidade para a entidade autárquica utilizar técnicas estatísticas e ferramentas da qualidade, proporcionando a possibilidade de identificar tendências e melhorar a eficácia do seu SGQ (ver igualmente 8.5). As técnicas estatísticas podem incluir, por exemplo:

- Histogramas;
- Diagramas de Pareto;
- Gráficos de dispersão;

- Diagramas de correlação;
- Índices de capacidade;
- Cartas de controlo.

Sempre que existam exemplos de tratamentos estatísticos deve ser equacionada a sua divulgação interna.

Assim, a metodologia de recolha, tratamento e análise de dados pode contemplar:

1. Identificação dos objectivos da análise (ex. eficácia dos processos, cumprimento de objectivos da qualidade, avaliação de fornecedores, indicadores de gestão,...);
2. Identificação da informação a recolher e a tratar, bem como cancelar a recolha de informação que não esteja a ser útil;
3. Estabelecimento de metodologias de recolha e tratamento de dados, incluindo a utilização de técnicas estatísticas adequadas e a comunicação dos resultados;
4. Definição de responsabilidades, autoridades e competências necessárias;
5. Identificação de outros recursos necessários (ex. equipamentos de medição, software de tratamento,...);
6. Monitorização das práticas implementadas de forma a avaliar da sua adequabilidade e eficácia, exactidão, representatividade e confiança nos resultados;
7. Tomada de acções de melhoria;
8. Disponibilização das evidências apropriadas (por exemplo: registos).

As saídas do processo de tratamento de dados são relevantes para a gestão global do sistema, nomeadamente, como entradas para:

- Revisão pela gestão;
- Acções correctivas e acções preventivas;
- Avaliação da satisfação do cliente;
- Avaliação da conformidade com os requisitos do produto e/ou serviço.

8.5 MELHORIA

8.5.1 Melhoria contínua

. Finalidade:

Promover uma filosofia de melhoria contínua dentro da entidade autárquica, que se traduza no aumento da sua capacidade para cumprir os requisitos.

. Interpretação:

Este requisito da norma baseia-se no princípio de gestão da ISO da melhoria contínua, que consiste numa abordagem sistemática da metodologia PDCA com vista à melhoria do desempenho do sistema.

Aliás, de acordo com a definição 2.9 da NP EN ISO 9000:2005, “o objectivo da melhoria contínua do SGQ consiste em aumentar a probabilidade de atingir a satisfação dos clientes e de outras partes interessadas. As acções de melhoria incluem o seguinte:

- Análise e avaliação da situação existente com a finalidade de identificar áreas de melhoria;
- Realizar actividades de “*benchmarking*” com outras entidades autárquicas;
- Estabelecimento de objectivos de melhoria;
- Procura de soluções possíveis para atingir os objectivos;
- Avaliação dessas soluções e selecção da mais adequada;
- Implementação da solução seleccionada;

- Medição, verificação, análise e avaliação dos resultados da implementação para determinar que os objectivos foram atingidos;
- Formalização das mudanças.

Os resultados são revistos, conforme necessário, para determinar outras oportunidades de melhoria. Desta forma, a melhoria é uma actividade contínua. As informações de retorno dos clientes e das outras partes interessadas bem como os resultados das auditorias e das revisões do SGQ podem também ser utilizados para identificar oportunidades de melhoria.”

A melhoria contínua pode ser implementada através de:

- Envolvimento e compromisso do Executivo;
- Liderança e envolvimento activo demonstrados pelos colaboradores a todos os níveis;
- Focalização em todas as partes interessadas;
- Integração nos objectivos da entidade autárquica e seu desdobramento a todas as funções e processos;
- Estabelecimento de uma cultura de melhoria e encorajamento da inovação e criatividade;
- Focalização nas pessoas e no trabalho de equipa;
- Acções de revisão e planeamento do SGQ;
- Entre outros.

Os programas de melhoria devem demonstrar:

- Que o desempenho está a melhorar;
- O envolvimento do Executivo;
- Que a filosofia está assumida e é garantido o envolvimento de todos os colaboradores;
- Que a melhoria é efectivamente alcançada.

O facto de não alcançarmos as metas e/ou objectivos planeados deve motivar uma análise e acções apropriadas, no sentido de promover uma alteração da situação. No entanto, este facto não significa que a entidade autárquica não esteja efectivamente a alcançar melhorias no seu desempenho.

8.5.2 Acções correctivas

. Finalidade:

Assegurar que a entidade autárquica implementa acções correctivas, quer de forma a evitar a recorrência de não conformidades, quer como ferramenta de melhoria.

. Interpretação:

As acções correctivas constituem uma das ferramentas para a melhoria contínua. A entidade autárquica deve ser capaz de desenvolver metodologias que lhe permitam evoluir e melhorar o desempenho do produto e/ou serviço, dos processos e do sistema de gestão, a partir das não conformidades identificadas.

Consideram-se como acções correctivas as tomadas para eliminar as causas de não conformidades detectadas, evitando a sua recorrência. Caso contrário, são consideradas acções reactivas, embora quando implementadas previnam ou diminuam a probabilidade de recorrência de situações similares. Esta prevenção não deve ser confundida com a acção preventiva (ver 8.5.3). Por outro lado as acções correctivas não podem ser confundidas com a simples correcção (acção imediata) de uma não conformidade específica.

É, formalmente, requerida a existência de um procedimento documentado associado à tomada de acções correctivas.

O procedimento referido deve considerar as disposições inerentes ao tratamento de reclamações e assegurar a integração e compatibilidade com os conteúdos dos exemplares existentes do Livro de Reclamações.

O processo de desencadeamento de acções correctivas compreende, normalmente, as seguintes etapas:

- Investigar e identificar as causas raiz dos problemas ocorridos;
- Definir acções correctivas adequadas à natureza e consequências dos problemas ocorridos e planear a implementação das mesmas (definir responsáveis, prazos de implementação e recursos necessários);
- Controlar a implementação das acções definidas, registando os resultados das mesmas;
- Avaliar os resultados das acções tomadas no sentido de determinar se estas foram eficazes, ou seja se previnem novas ocorrências da não conformidade detectada.

As fontes de informação, potencialmente associadas à tomada de acções correctivas, devem ser identificadas, incluindo, por exemplo:

- Relatórios de não conformidade detectadas interna ou externamente (por exemplo: Livro de Reclamações);
- Relatórios de auditorias internas ou externas;
- Saídas da revisão pela gestão;
- Saídas da análise de dados;
- Saídas de medições da satisfação;
- Registos relevantes do SGQ;
- Pessoas da entidade autárquica;
- Medições dos processos;
- Resultados da auto-avaliação.

A informação dos resultados das acções correctivas, nomeadamente, a sua eficácia e extensão de aplicação, deve ser levada à gestão para efeitos de revisão do SGQ (ver 5.6.2).

Todos os colaboradores devem demonstrar conhecimento e estar envolvidos com as actividades associadas a acções correctivas da sua responsabilidade. É importante que a entidade autárquica disponibilize os recursos necessários para assegurar que as acções correctivas são efectivamente implementadas.

8.5.3 Acções preventivas

. Finalidade:

Assegurar que a entidade autárquica tem capacidade para actuar preventivamente, aplicando metodologias adequadas à identificação de potenciais não conformidades e desencadeando acções que evitem a ocorrência das mesmas.

. Interpretação:

As acções preventivas devem ser tomadas, tendo em conta as previsíveis consequências potenciais das não conformidades, sendo consideradas acções pró activas.

O verdadeiro objectivo da norma relativamente à acção preventiva é que a entidade autárquica recolha e analise informação, que permita identificar tendências e tomar consciência de quaisquer circunstâncias que possam provocar uma não conformidade do processo, do produto e/ou serviço ou do SGQ, e que desenvolva as acções necessárias antes de tal acontecer.

O processo de desencadeamento de acções preventivas compreende, normalmente, as seguintes etapas:

- Recolha e tratamento de informação que permita identificar potenciais não conformidades, as respectivas causas e a sua probabilidade de ocorrência;
- Avaliação dos possíveis efeitos e consequências negativas, resultantes de tais potenciais não conformidades;
- Decidir sob a necessidade de acções preventivas;
- Definir acções adequadas à natureza e consequências dos problemas identificados e planear a implementação das mesmas (definir responsáveis, prazos de implementação e recursos necessários);
- Controlar a implementação das acções definidas, registando os resultados das mesmas;

- Avaliar os resultados das acções tomadas no sentido de determinar se estas foram eficazes.

É formalmente requerida a existência de um procedimento documentado que descreva o modo como a entidade autárquica concretiza os passos anteriormente referidos, no sentido de realizar acções preventivas.

Indicam-se de seguida alguns exemplos de dados que podem constituir fontes de informação, para a tomada de acções preventivas:

- Revisão das necessidades e expectativas do cliente;
- Saídas da revisão pela gestão (ver requisito 5.6);
- Saídas da análise de dados (ver requisito 8.4);
- Avaliações da satisfação do cliente (ver requisito 8.2.1);
- Resultados de monitorização dos processos e produtos;
- Análise de dados referentes ao histórico de não conformidade e reclamações e sugestões ocorridas (clientes/cidadãos e colaboradores);
- Resultados de auto-avaliação;
- Resultados de “*benchmarking*” com outras entidades autárquicas;
- Entre outros.

Devem ser estabelecidos prazos, responsabilidades e critérios para a revisão das acções preventivas (ex. avaliação da sua eficácia). Os resultados das acções desencadeadas devem ser registados, levados ao conhecimento do Executivo para efeitos de revisão do SGQ (ver igualmente 5.6).

Toda a entidade autárquica deve demonstrar conhecimento e estar envolvida com as actividades associadas a acções preventivas. É importante assegurar o empenho do Executivo e que a mesma disponibiliza os recursos necessários à implementação das acções preventivas. A implementação e a extensão das acções preventivas a outras áreas da entidade autárquica deve ser bem avaliada e implementada, de modo a não causar efeitos nocivos nessas áreas.

A experiência da APCER demonstra que existem muitos desvios e relutância na aplicação de metodologias de acções correctivas ou preventivas eficazes, podendo ser muitas as causas. O conhecimento e envolvimento de todos os colaboradores face à necessidade de adoptar metodologias adequadas de tratamento dos desvios, “aprendendo e melhorando com os erros” (acções correctivas) e pensando proactivamente (acções preventivas) deve exigir um esforço da entidade autárquica pelo seu potencial de melhoria do desempenho.

PARTE C: CASOS PRÁTICOS



bibotecamunicipal santa maria da feira

BIBLIOTECA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DA FEIRA

O projecto de leitura pública concelhia nasceu, como qualquer projecto, com uma ideia. E as ideias nascem com as pessoas. Se não existem pessoas com ideias, não existem projectos. Assim é nas bibliotecas. Assim é na biblioteca de Santa Maria da Feira.

Todos temos consciência de que o conhecimento é o factor competitivo crucial na Sociedade de Informação.

Por razões económicas, sociais e democráticas, consciencializámo-nos de que a Sociedade da Informação pode proporcionar novas oportunidades de progresso e, como tal, redefinimos o papel da biblioteca, definindo estratégias que respondam a exigências em constante mutação.

Assim, a biblioteca:

- é um espaço de encontro (21 000 inscritos);
- é um espaço de cultura e para a cultura;
- é um local onde se preserva e difunde o conhecimento humano, em todos, os suportes;
- tem uma colecção, em múltiplos suportes, para empréstimo (cerca de 110 000 documentos);
- fornece acesso a redes e apoio profissional à navegação na Net e à recuperação de informação (38 PC para acesso ao público);
- oferece oportunidades de formação e aprendizagem aberta;
- disponibiliza serviços electrónicos (catálogo on-line).

Consubstanciada nestes princípios, definimos:

- a visão: disponibilizar um serviço de excelência que seja adequado, acessível e útil aos cidadãos e que constitua uma referência nas bibliotecas portuguesas;
- a missão: assegurar a cada cidadão os meios para o seu desenvolvimento;
- o objectivo: integrar os serviços da biblioteca na sociedade da informação.

Uma equipa, de vinte e cinco pessoas, com um bom nível de formação e de actualização dos conhecimentos, definiu como os seus principais valores a qualidade, a inovação, o compromisso com os utilizadores, a valorização da comunidade e o trabalho em equipa e orienta-se de acordo com um tema estratégico:

Aprendizagem
Confiança
Envolvimento
Sustentabilidade
Satisfação
Organização

Com uma elevada motivação e a fim de cumprir a visão, a missão e o objectivo da biblioteca, a equipa implementou um Sistema de Gestão de Qualidade, de acordo com o referencial NP EN ISO 9001:2000, obtendo a certificação dos serviços a 17 de Abril de 2006, sem nenhuma Não Conformidade.

Política da Qualidade

No âmbito deste Sistema de Gestão da Qualidade, a biblioteca municipal de Santa Maria da Feira, assumiu os seguintes compromissos:

- Cumprir, integralmente, os requisitos normativos e melhorar, de forma contínua, a eficácia do sistema de gestão da qualidade;
- Implementar uma política clara com definição de objectivos, prioridades e serviços, associados às necessidades da comunidade local;

- Manter padrões profissionais e de qualidade de funcionamento;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos funcionários, encorajando a melhoria do seu desempenho e a procura da concretização dos objectivos da Qualidade, nomeadamente através de uma política de formação adequada;
- Garantir que todos os serviços sejam fisicamente acessíveis e prestados em horários convenientes a todos os membros da comunidade;
- Cooperar com organizações educativas disponibilizando recursos informativos;
- Constituir fundos documentais, em todos os tipos de suporte e representativos do conhecimento humano, adequados a todos os grupos da comunidade, independentemente da sua idade, condição física, económica ou social;
- Garantir a todos os grupos da comunidade o acesso à informação, nomeadamente, através das tecnologias da informação e comunicação;
- Promover acções de promoção do livro e da leitura;
- Estimular a imaginação e a criatividade, através da promoção de acções de âmbito cultural;
- Implementar programas de formação de utilizadores de forma a fazê-los beneficiar de todos os recursos;
- Promover a identidade cultural, cooperando com as organizações locais, regionais e nacionais, proporcionando um espaço para actividades culturais, organizando programas culturais e velando para que os interesses culturais se encontrem representados nos seus fundos;
- Reflectir, nos seus conteúdos e actividades, as diversas culturas representadas na comunidade;
- Recolher informação local e torná-la facilmente acessível;
- Actuar como memória do passado, recolhendo, conservando, difundindo e promovendo a cultura local;
- Integrar associações e redes com outras bibliotecas e organizações similares de forma a satisfazer as necessidades de informação dos seus utilizadores.

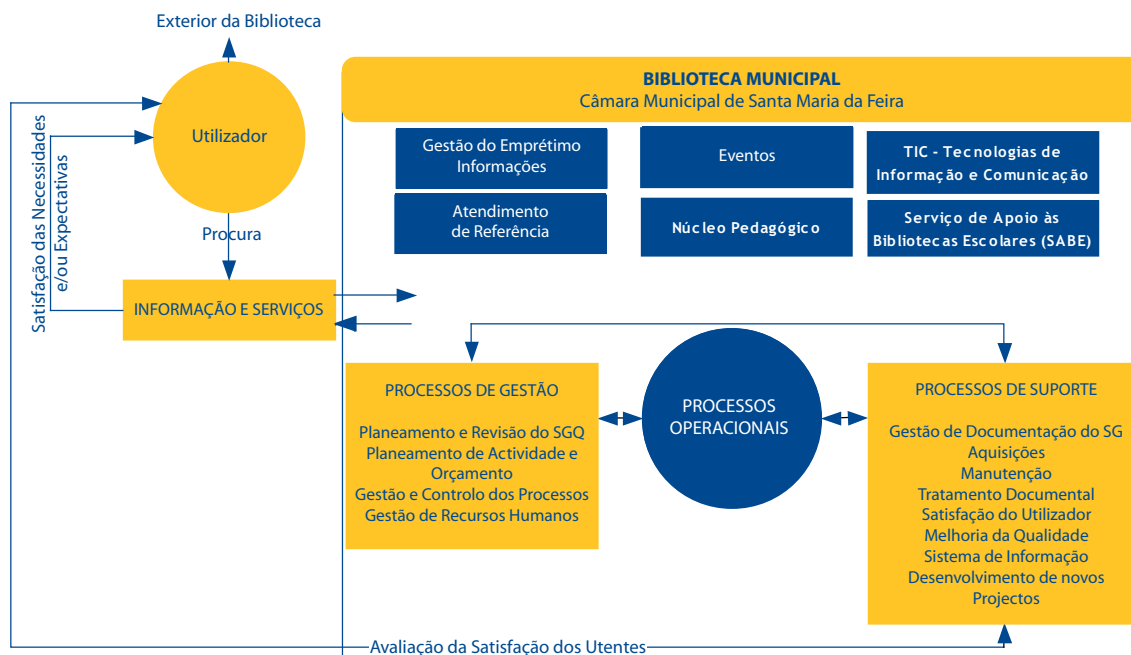
Santa Maria da Feira, 14 de Julho de 2005

Etelvina Maria Mendonça Araújo

Chefe de Divisão de Biblioteca e Arquivos

Mapa de processos

Respeitando a NP EN ISO 9001:2000 e os diferentes serviços da biblioteca foi definido o mapa de processos:



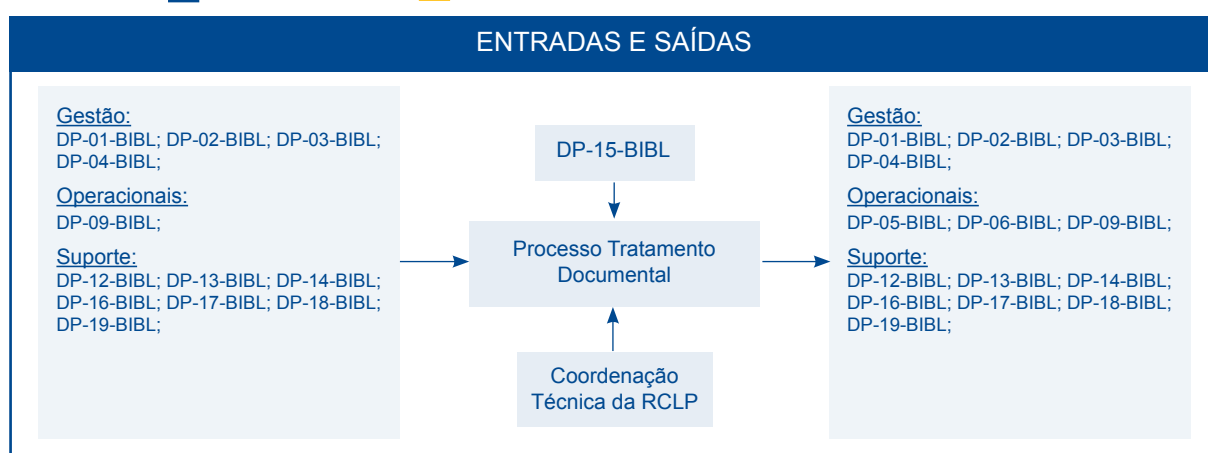
Exemplo de um processo: Processo de tratamento documental

De entre os processos definidos, apresentamos um processo de suporte, Processo de Tratamento Documental, referenciado no sistema como DP-15-BIBL, vital para que a biblioteca cumpra a sua função primordial, fornecer meios de acesso à informação e, como tal, com objectivos definidos e monitorização constante.

Responsável: *Coordenação Técnica da RCL*

SUBPROCESSOS/ACTIVIDADES	FUNÇÕES ENVOLVIDAS			SUPORTES
	CD	RP	Técnicos	
Tratamento Documental	■	■	■	PI-07-BIBL

LEGENDA: ■ - Responsabilidade ■ - Participação



DADOS DE ENTRADA	DADOS DE SAÍDA
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos • Carimbos • Normas portuguesas, internacionais e internas • Elementos de segurança • Etiquetas 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos tratados e armazenados

MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões de planeamento e revisão do SGQ • Auditorias internas • Reuniões do GRQ • Indicadores do processo

Mapa de monitorização do processo (2006):

Processo	Indicador	Objectivo	Periodicidade
Tratamento Documental	Tempo de tratamento documental (criação de registo bibliográfico e criação de registo de exemplar)	Média de 18 min para todos os documentos	Trimestral
	Tempo de tratamento documental (criação de registo de exemplar)	Média de 5 min para todos os documentos	
	Tempo de tratamento documental (criação e alteração de registo bibliográfico de registo de publicações periódicas)	Média de 10 min para todos os documentos	
	Previsão da periodicidade	Média de 5 min para todos os documentos	
	Recepção	Média de 3 min para todos os documentos	

Melhoria

A implementação do Sistema de Gestão de Qualidade, determinou uma profunda mudança que se traduz:

- Na definição dos valores pessoais e da equipa; no desenvolvimento de um pensamento sistémico e da capacidade crítica; na necessidade de uma aprendizagem permanente; na introdução de princípios de qualidade e inovação; na introdução de uma cultura de rigor; no compromisso com os utilizadores; na valorização da comunidade e no desenvolvimento do espírito de trabalho em equipa;
- Com a definição dos processos de gestão, de suporte e operacionais associados aos respectivos procedimentos internos, aos seus objectivos e indicadores de monitorização, introduziu-se a normalização de todos os serviços, a participação de toda a equipa no planeamento das acções, a efectiva delegação de competências e a responsabilização e empenhamento individual e colectivo no cumprimento dos objectivos e na persecução da melhoria contínua;
- Na interacção dos utilizadores e dos serviços através do sistema de sugestões / reclamações;
- Na avaliação permanente do nível de satisfação dos utilizadores o que determina o desenvolvimento de acções preventivas e de melhoria, reajustando os serviços às suas necessidades;
- Esta mudança profunda é reconhecida por todos os utilizadores da biblioteca e é evidenciada, sobretudo, pela taxa de 93,7 % de satisfação com os serviços, obtida no inquérito anual, realizado por uma entidade externa.

Conclusão

A sociedade desenvolve-se como a vida biológica. O que virá vem do que existe e o que existe veio do que já existiu, logo o futuro é a simbiose do presente e do passado.

A biblioteca deve, naturalmente, acompanhar as mudanças da sociedade. Não se trata de uma questão de intenção ou necessidade: acontece, mais tarde ou mais cedo.

Num contexto de crise económica, com a necessária optimização dos recursos, com uma permanente necessidade de avaliação dos serviços para garantir uma total satisfação dos utilizadores, a biblioteca de Santa Maria da Feira obrigou-se a racionalizar o seu funcionamento, a estabelecer objectivos e prioridades e a experimentar uma nova forma de gestão seguindo critérios de eficiência, segundo parâmetros quantitativos, que se expressam em números de utilização de serviços, actividades realizadas, utilizadores atendidos e qualitativos que se expressam em termos da qualidade alcançada tendo em conta o nível de satisfação do utilizador com o serviço prestado.

Esposende é um concelho do distrito de Braga, localizado entre as cidades de Viana do Castelo e Póvoa de Varzim. É constituído por quinze freguesias e tem cerca de 34 mil habitantes, mas a sua população chega a triplicar nos meses de Verão.

Esposende é hoje um concelho moderno e atento às exigências da sociedade actual, que reivindica sempre e cada vez mais. Consciente do seu papel de “serviço público”, a Câmara Municipal sempre esteve à altura dos desafios que foram surgindo ao longo dos tempos, superando-os com distinção. Confrontada com cidadãos mais atentos, viu-se na contingência de corresponder ao nível de exigência, implementando internamente uma nova filosofia, de modo a prestar um serviço de excelência.

O processo de implementação de um Sistema Integrado de Gestão da Qualidade e Ambiente na Câmara Municipal de Esposende foi um processo voluntário, suportado nas motivações, políticas e objectivos da organização, onde se destacam os principais factores dinamizadores:

- Melhoria da funcionalidade, eficiência e eficácia na prestação dos serviços aos munícipes;
- Redução da burocracia e racionalização dos processos;
- Adopção sistemática de ferramentas de gestão;
- Focalização no planeamento e utilização eficiente dos recursos;
- Credibilização dos projectos de melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos;
- Consolidação da actuação da autarquia na protecção do ambiente.

A implementação de um sistema integrado de gestão da qualidade e ambiente na Câmara Municipal de Esposende foi consumada através da implementação em simultâneo de dois sistemas independentes, nomeadamente um sistema de gestão da qualidade segundo a norma da série ISO 9000, e um sistema de gestão ambiental segundo as normas da série ISO 14000. A Câmara Municipal de Esposende ao efectuar a implementação em simultâneo de ambos os sistemas, ganhou em termos de rapidez de execução e de aproveitamento de recursos, nomeadamente know-how e todas as outras sinergias que não se verificariam com uma implementação isolada dos sistemas. Desta forma, a autarquia Esposendense revelou-se pioneira, no que diz respeito à implementação e certificação de sistemas integrados de gestão da qualidade e ambiente ao nível dos serviços públicos, pretendendo ser um exemplo de qualidade e bom comportamento ambiental enquanto entidade prestadora de serviços.

Inicialmente o processo esteve dirigido apenas para algumas divisões da autarquia, nomeadamente aquelas em que mais directamente se poderiam integrar as questões da qualidade e do ambiente - a Divisão Administrativa e de Recursos Humanos e a Divisão de Ambiente e Serviços Urbanos. A Divisão Administrativa e de Recursos Humanos por ser responsável pela actividade administrativa da Câmara Municipal, pelo atendimento público, prestação de informações e encaminhamento de processos para os serviços competentes, organização, registo e distribuição da correspondência, tramitação de processos internos, gestão de processos relativos a pessoal, levantamento de necessidades de formação e dinamização do programa de formação da autarquia e por promover a modernização administrativa, simplificação e desburocratização dos serviços. A Divisão de Ambiente e Serviços Urbanos por chamar a si todas as responsabilidades na fiscalização dos serviços de limpeza pública, de construção e manutenção de jardins públicos, na gestão de espaços verdes públicos, no desenvolvimento e realização de um Projecto de Educação Ambiental, na recolha de animais abandonados e manutenção do Canil Municipal, na gestão do Mercado Municipal e do Recinto da Feira, na gestão do Parque de Compostagem de Resíduos Verdes e Horto Municipal, na recolha de resíduos verdes, na lavagem de ruas, na recolha de resíduos volumosos, sucatas e pequenos depósitos clandestinos de resíduos, na limpeza e desobstrução de linhas de água e rede pluvial e nos projectos de limpeza de praias e pinhais durante a época balnear.

Em 2005, a Divisão Administrativa e de Recursos Humanos, a Divisão de Ambiente e Serviços Urbanos, e o Serviço de Auditoria Qualidade e Ambiente, serviço coordenador de todo o processo, viram reconhecido o sistema implementado, pela atribuição de um certificado de conformidade que comprova o cumprimento dos requisitos definidos nas normas de referência (NP EN ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade, e NP EN ISO 14001:2004 - Sistemas de Gestão Ambiental).

Desde então, e como previsto no início do processo, procedeu-se ao alargamento do sistema à restante estrutura orgânica da Câmara Municipal de Esposende, aguardando-se a certificação de mais uma divisão da autarquia até final de 2006 – Divisão de Gestão Urbanística.

A implementação do sistema, com um carácter inovador bastante acentuado, acarretou algumas dificuldades iniciais, que foram gradualmente ultrapassadas com o envolvimento de todos os Colaboradores e com incentivos à cooperação e à formação de parcerias. De facto, todos os Colaboradores, sem excepção, foram chamados a dar o seu contributo nas diversas fases deste processo de ajustes e mudanças, contributo indispensável à implementação de um sistema válido e capaz.

O processo arrancou com uma etapa de diagnóstico de situação de referência, ponto a partir do qual foi possível a definição de metas e objectivos, quer em termos de qualidade, quer em termos ambientais. De facto, uma das fases mais emblemáticas e estruturantes deste projecto, foi a definição e aprovação da Política de Qualidade e Ambiente que passou a ser adoptada pela estrutura organizacional da autarquia. Esta política é traduzida para a prática através da definição de um programa de gestão da qualidade e ambiente, onde são definidos objectivos, metas e indicadores em termos de qualidade e ambiente, consubstanciadas em diferentes acções que visam a monitorização dos processos do sistema, promovendo a melhoria contínua dos serviços prestados pela autarquia.

Política da Qualidade e Ambiente

A Câmara Municipal de Esposende, assumindo e cumprindo o seu papel efectivo de principal responsável pela promoção do desenvolvimento harmonioso do concelho, da qualidade de vida dos seus munícipes procurando ser um referencial de dignidade, de modernidade, de competência e eficiência dos seus serviços públicos, decidiu implementar e manter um Sistema Integrado de Gestão da Qualidade e Ambiente, a sua certificação segundo as normas NP EN ISO 9001:2000 – Qualidade e NP EN ISO 14001:2004 – Ambiente, fundamentado numa Política que se estrutura e desenvolve de acordo com os seguintes vectores e visa:

PROMOVER O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO CONCELHO

Protegendo, valorizando e potenciando os recursos existentes e criando factores novos e inovadores de atractividade e desenvolvimento social e económico, compatíveis com a salvaguarda e valorização dos interesses ambientais locais, no cumprimento rigoroso dos requisitos legais e outros aplicáveis, prevenindo as várias formas de poluição;

PROMOVER A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE VIDA DOS CIDADÃOS

Criando e incentivando as condições da sua valorização individual e colectiva, a participação cívica e a cooperação inter-institucional, estimulando e despertando os valores da responsabilidade social individual, das empresas e de todas as entidades que contribuem com a sua actividade para o desenvolvimento socio-económico do concelho;

ASSEGURAR A PRESTAÇÃO EFICIENTE E FACILIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO MUNICÍPIO

Garantindo aos seus utilizadores padrões elevados de qualidade e acessibilidade, num assumido esforço de modernização, simplificação, desburocratização e inovação nos procedimentos, meios e formas, assegurando a igualdade e facilidade de acesso aos serviços;

POTENCIAR A VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA CÂMARA MUNICIPAL DE ESPOSENDE

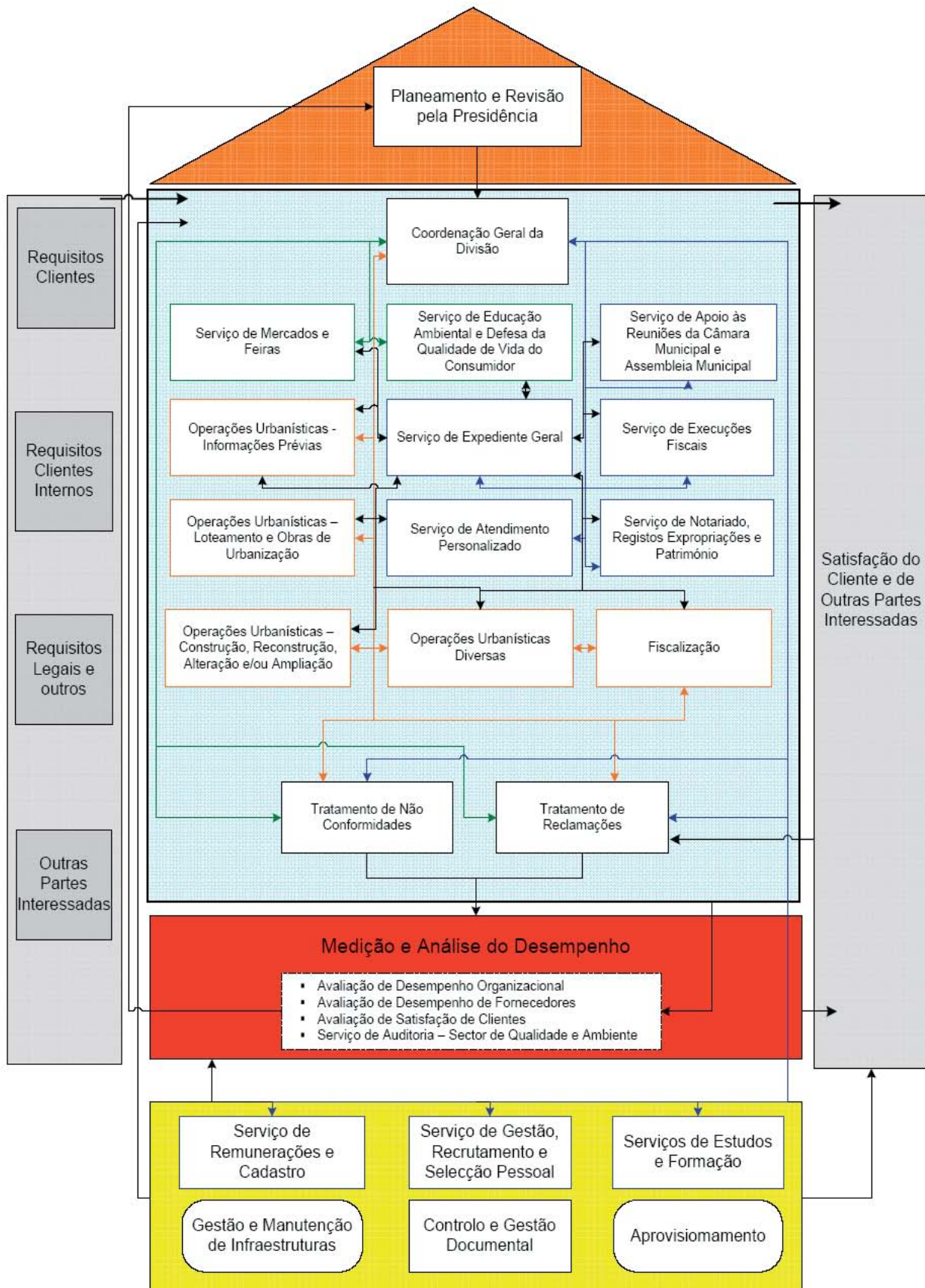
Promovendo o desenvolvimento das competências adequadas ao nível de qualidade e melhoria do desempenho, visadas para a prestação do serviço, a dignificação deste e também a realização pessoal enquanto indivíduos, cidadãos e agentes prestadores de serviços de mérito e interesse público.

Esposende, 25 de Maio de 2006

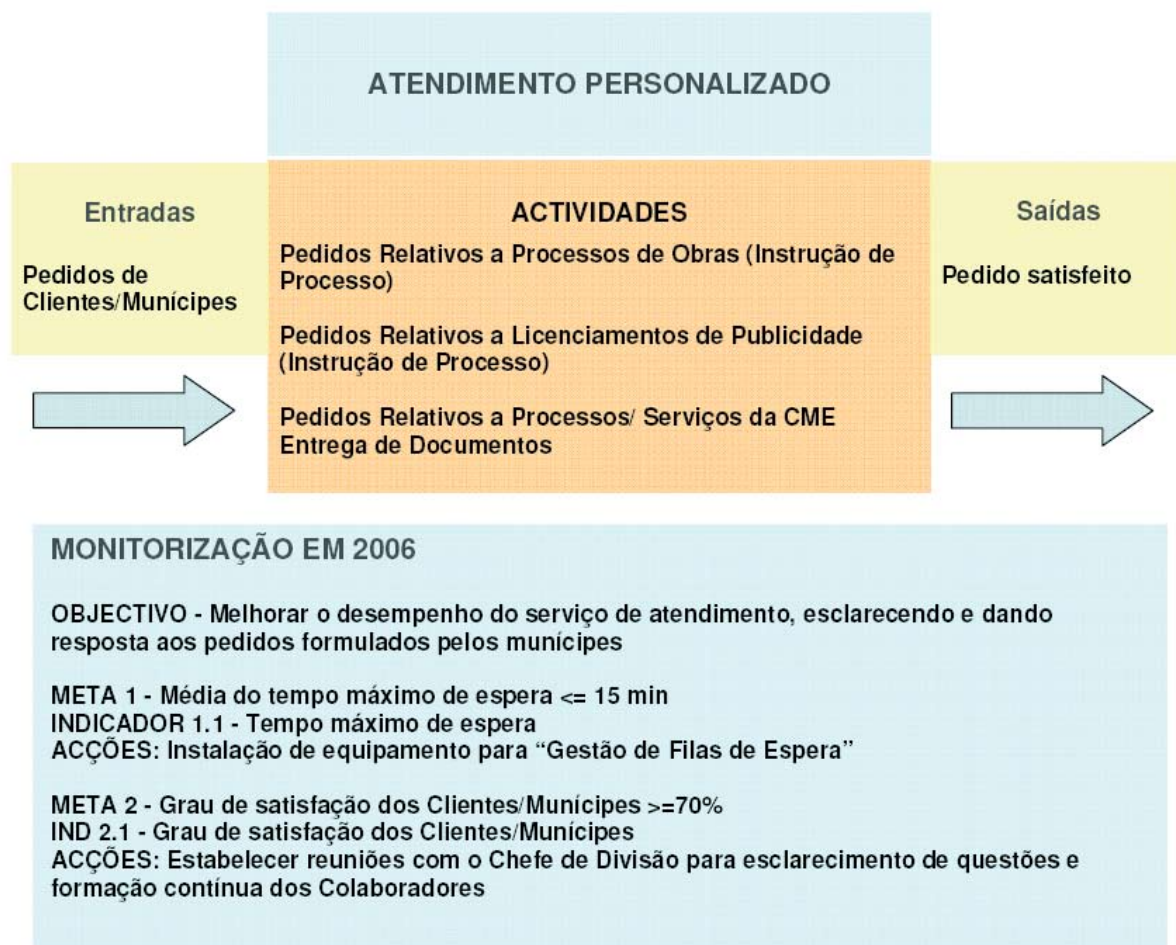
O Presidente da Câmara Municipal de Esposende

Fernando João Couto e Cepa

Mapa de processos (2006)



Exemplo de processo: Processo de atendimento personalizado (2006)



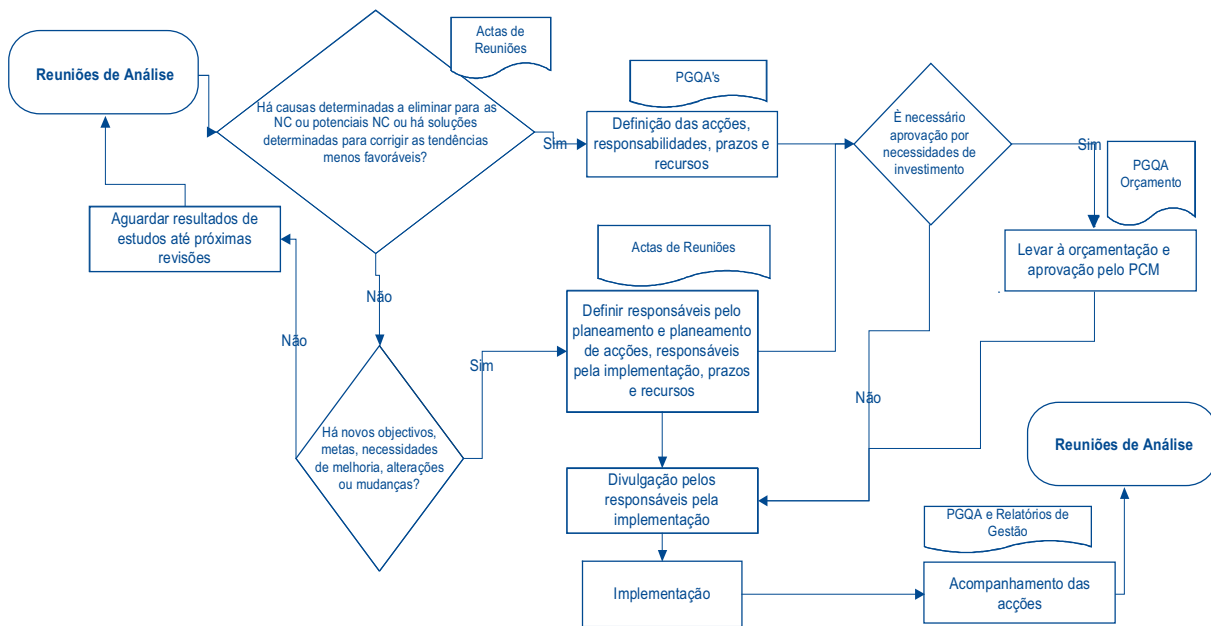
Melhoria

O Sistema Integrado de Gestão da Qualidade e Ambiente (SIGQA) implementado na Câmara Municipal de Esposende é constituído, entre outros, pelo processo de Planeamento e Revisão pela Presidência. Este processo pretende assegurar um conjunto de momentos e actividades que garantam que perante os resultados decorrentes dos processos de análise e dados sobre o desempenho da Câmara Municipal de Esposende, se estabelecem e avaliam objectivos, metas para a melhoria e se garanta a adequação e eficácia contínua do Sistema Integrado de Gestão da Qualidade e Ambiente implementado.

O Presidente da Câmara analisa periodicamente o desempenho do SIGQA e promove anualmente, uma reunião plenária de revisão ao SIGQA. Nestas reuniões são analisados todos os dados previstos para análise anual sob a forma de um Relatório de Gestão da Qualidade e Ambiente, que é posteriormente divulgado, em reunião de Câmara, junto do restante executivo camarário. Neste relatório, são apresentados os resultados obtidos e discutidas as causas dos objectivos estratégicos não atingidos, objectivos táticos ou operacionais não atingidos, das acções não concretizadas, dos resultados de auditorias, das não conformidades constatadas, das reclamações recepcionadas, das insatisfações transmitidas pelos Clientes/Municípios, do desempenho dos Fornecedores observado, da eventual ineficácia de acções correctivas ou preventivas anteriormente desencadeadas.

Desta reunião deve resultar a revisão do SIGQA por parte da Gestão de Topo, devendo-se dar especial enfoque aos objectivos não atingidos e às principais metas cumpridas.

O fluxograma seguinte descreve sucintamente a sequência de actividades que asseguram o contínuo planeamento do SIGQA.



Legenda: PGQA – programa de gestão da qualidade e ambiente
 PCM – Presidente da Câmara Municipal

A implementação e conseqüente certificação do Sistema Integrado de Gestão na Câmara Municipal de Esposende revelou várias vantagens, quer a nível interno, quer a nível externo. A nível interno, a implementação do sistema contribuiu para uma clara melhoria da organização das divisões, proporcionando melhorias nos conhecimentos dos Colaboradores, uma clarificação das responsabilidades, uma maior motivação por parte dos Colaboradores, um incremento na capacidade de análise do desempenho dos processos da autarquia e das oportunidades de melhoria, e proporcionou um maior envolvimento do executivo na definição de estratégias e no acompanhamento da evolução da autarquia. O processo de certificação, revelou-se num mecanismo de catalisação de responsabilidades que assegura a aplicação e manutenção do sistema. A nível externo, a implementação e certificação deste sistema é vantajosa para os Clientes/Municípios, dado que resulta numa melhoria dos serviços, e é positiva para a Câmara Municipal, uma vez que lhe imprime qualidade e prestígio, o que se traduz num aumento de confiança desses mesmos cidadãos e numa melhoria da imagem da Autarquia.



MUNICÍPIO DE PORTO MONIZ

O Concelho de Porto Moniz situa-se a Norte da Região Autónoma da Madeira, é composto por quatro freguesias, tem aproximadamente 3100 habitantes, 80 Km², uma densidade populacional de 37 pessoas/Km², com grau de ruralidade de 100%, um índice de envelhecimento elevado, um sector agrícola com características de minifúndio onde ocupa a maior percentagem da população, reduzido tecido empresarial com unidades hoteleiras jovens e com património natural paisagístico rico e diversificado.

A Câmara Municipal Porto Moniz é a face da Administração Pública do Concelho do Porto Moniz mais visível e mais próxima dos cidadãos e empresas. Como tal, existe a necessidade de uma Câmara que satisfaça as necessidades dos munícipes de forma neutra, íntegra, competente eficaz e transparente.

Com o processo de certificação pretende-se melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados aos munícipes no cumprimento da missão de bem servir.

A qualidade tem como objectivo facilitar a vida aos utentes dos serviços (munícipes, neste caso) e aos funcionários. No entanto, é inegável que começa por exigir um grande esforço por parte dos funcionários, dado que implica frequentemente novas formas de trabalho e, sobretudo, a sistematização de todos os processos, desde os mais simples, aos mais complexos. A gratificação actual por todo este esforço é sobretudo moral: prestar um melhor serviço e participar activamente na definição e melhoria dos processos de trabalho em que cada funcionário intervém.

A certificação ISO 9001:2000 foi obtida em Janeiro de 2005. O trabalho posterior nesta área da qualidade consistiu na revisão dos indicadores recolhidos (se eram os mais adequados) e numa revisão geral de todos os procedimentos camarários. Um ano de trabalho com os processos já certificados, permitiu aos colaboradores da câmara de Porto Moniz identificar ineficiências processuais e propor melhorias.

Política da Qualidade

A Câmara Municipal de Porto Moniz, tendo como referência a política e planeamento global definidos pelos órgãos deliberativo e executivo municipais tem como Política da Qualidade, no âmbito das suas atribuições, assegurar:

- A obtenção de índices, sempre crescentes, de melhoria da qualidade da prestação de serviços aos munícipes e demais agentes do Concelho por forma a assegurar a defesa dos seus legítimos direitos e a satisfação das suas necessidades face à Autarquia;
- A utilização eficaz, transparente e eficiente dos recursos municipais à sua responsabilidade;
- A desburocratização, modernização e inovação dos serviços técnico-administrativos, com vista a agilizar a capacidade de resposta e os processos de tomada de decisão;
- A responsabilização, motivação, dignificação e valorização profissional dos seus funcionários;
- A contribuição para o progresso e desenvolvimento económico, social e cultural do Concelho;
- A contribuição para o aumento do prestígio e dignificação da Administração Local.
- A prestação, aos cidadãos, empresas e outras entidades, de serviços que respondam às suas necessidades e expectativas no cumprimento integral da legislação aplicável.
- O apoio ao desenvolvimento económico da região e da sociedade em geral, de modo a que este se processe de uma forma racional e ambientalmente sustentável.

Para o efeito intervém de forma conjugada e planeada sobre os seguintes factores:

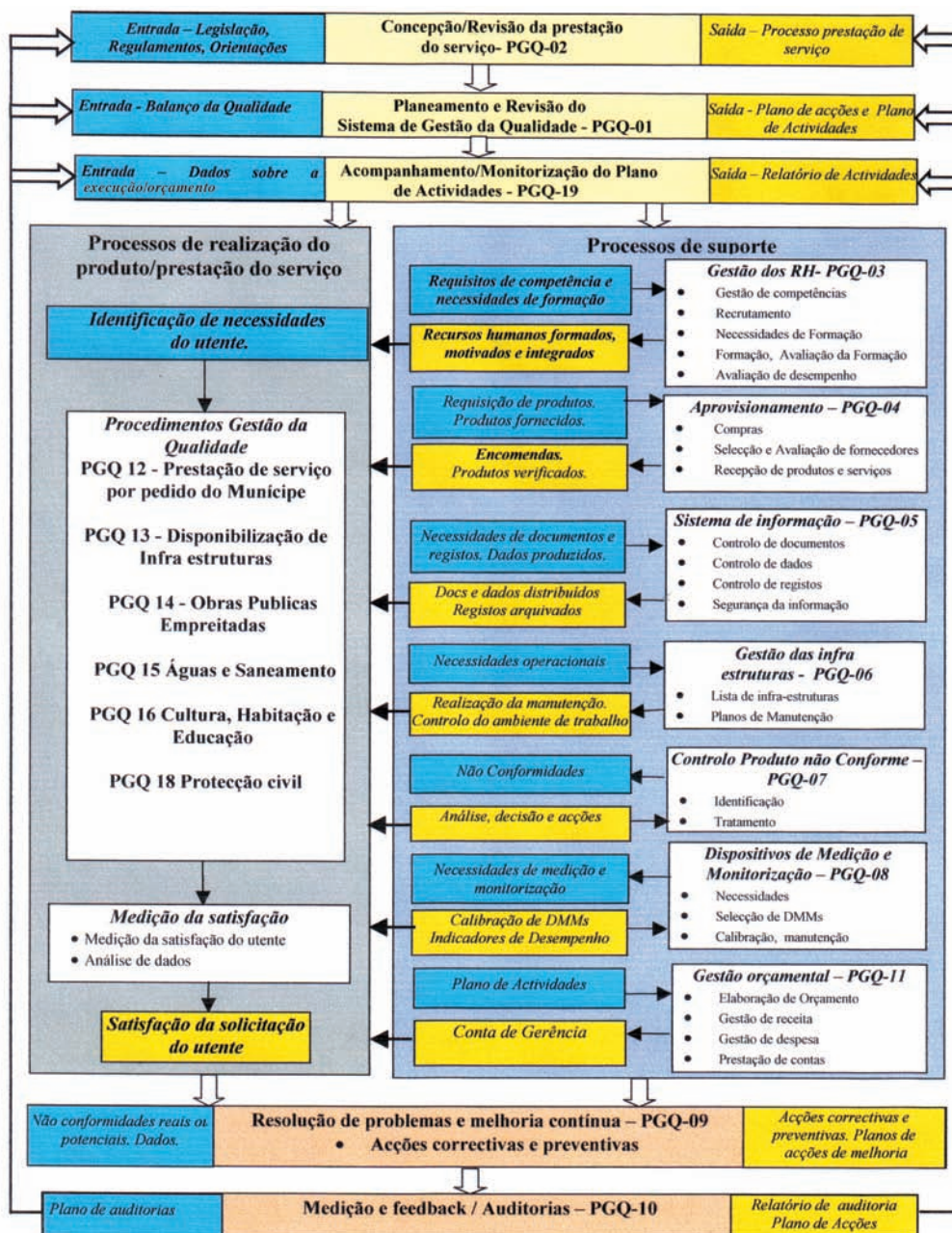
- Formação adequada e contínua dos colaboradores visando a manutenção e o reforço da sua competência para a realização das actividades que lhes estão cometidas.
- Sensibilização de todos os colaboradores para a Qualidade de forma a assegurar a sua participação e envolvimento em processos de melhoria contínua.
- Disponibilização dos meios técnicos, das condições de trabalho e a implementação de sistemas que façam com que os colaboradores se sintam altamente capazes e motivados para fornecer serviços com as características requeridas pela legislação e pelos clientes.

- Cooperação com outros organismos e entidades públicas e privadas por forma a poder responder com eficácia e eficiência às solicitações dos utentes.
- Análise regular do seu desempenho interno e do impacto junto dos utentes, nomeadamente quanto à sua satisfação e expectativas, de modo a desencadear acções de melhoria visando a excelência dos serviços prestados.
- Estabelecimento e manutenção de iniciativas capazes de assegurar que a legislação é conhecida e aplicada.
- Definição e optimização de procedimentos capazes de assegurar que as actividades inerentes à CMPM são correctamente realizadas numa perspectiva, desburocratizada e responsabilizante.

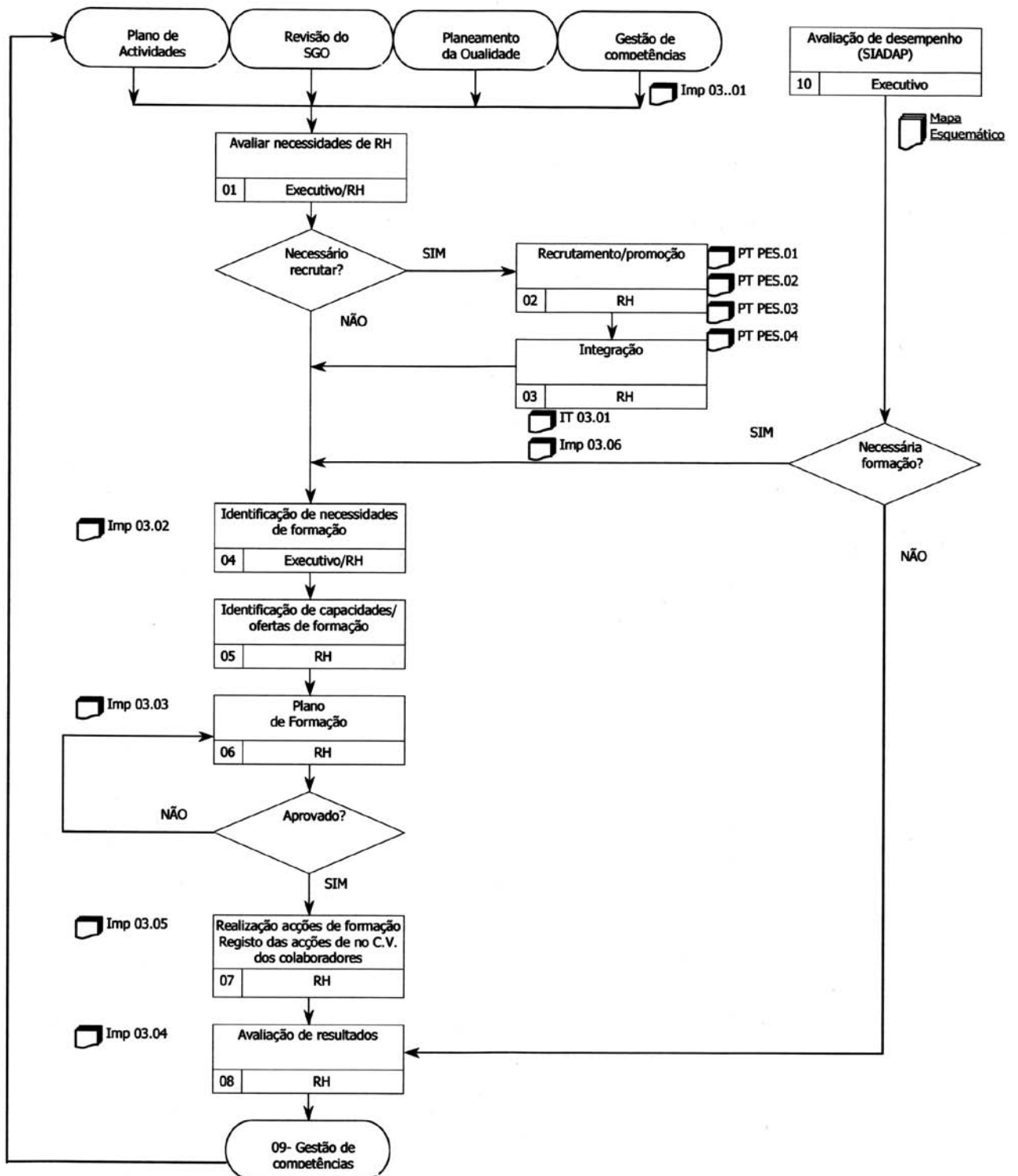
Porto Moniz, 22 de Junho de 2004

O Presidente da Câmara Municipal
Gabriel de Lima Farinha

Mapa de processos (2006)



Processo de Gestão dos Recursos Humanos (PGQ 03) - 2006



Decorrente da actividade de planeamento global da qualidade e de revisão do Sistema de Gestão da Qualidade, das actividades correntes da CPM, na concretização do seu Plano de Actividades resultam dados que são usados na gestão dos recursos humanos.

A CMPM define, de acordo com a legislação, as aptidões e competências que são necessárias para que os recursos humanos possam estar capazes de desempenhar as suas funções com a qualidade requerida pelos clientes e pelos processos de prestação dos serviços, descritos nas matrizes de competências Imp 03-01.

- 1, 2 e 3 -** Se em resultados dos dados e análises anteriores se identifica a necessidade de recrutar/promover colaboradores, procede-se, de acordo com os **PT PES.01, PT PES.02, PT PES.03, PT PES.04**, ao seu recrutamento, a que se segue um processo de acolhimento e de integração de acordo com as disposições da **IT 03.01** e do **Imp 03.06**.
- 4, 5 e 6 -** No final de cada ano a CMPM procede à identificação das necessidades de formação, **Imp 03.02** dos seus colaboradores tendo como referencial as capacidades existentes comparativamente com o Plano de Actividades e as competências estabelecidas. Seguidamente a CMPM efectua a identificação das ofertas de formação, externas ou internas, que possam responder às necessidades identificadas, donde resulta a elaboração do Plano de Formação, **Imp 03.03**, que é submetido ao Presidente para aprovação, resultando daí as alterações que este entender adequadas no contexto de gestão do Sistema da Qualidade. O Plano de Formação será revisto face a novas propostas de formação que forem surgindo ao longo do ano e que forem consideradas adequadas pelas mesmas entidades que elaboraram e aprovaram o Plano de Formação.
- 7 -** A realização das acções de formação é documentada através de registos de presenças (se interna **Imp 03.05**), da emissão de Certificados ou outros documentos comprovativos.
- 8 -** Os formandos efectuem a avaliação individual das acções de formação realizadas, **Imp 03.04**, sendo os resultados tratados e analisados sob a responsabilidade de RH. Adicionalmente o responsável funcional/ ou responsável com maior capacidade técnica pela área em questão, efectua, decorridos (pelo menos um trimestre) após a acção, a avaliação do seu impacto na actividade do formando e no seu desempenho.
- 9 -** O Currículo dos trabalhadores e os dados relativos à actividade de gestão dos recursos humanos são tratados sob a responsabilidade de RH sendo as informações daí resultantes fornecidas ao Gestor da Qualidade para inclusão no Balanço da Qualidade.
- 10 -** Todos os colaboradores são avaliados anualmente quanto ao seu desempenho de acordo com as disposições legais aplicáveis de acordo com o definido no Mapa Esquemático (fonte DGAP), e reflectindo o novo sistema de avaliação do SIADAP que entrou em vigor.

Melhoria

Uma das principais vantagens da implementação de um sistema de qualidade na câmara de Porto Moniz traduziu-se em ganhos de tempo e na diminuição dos prazos de resposta às solicitações, bem como numa maior eficácia na realização dos processos.

A *standardização* de processos internos também permitiu avançar com novas ideias para melhorar o serviço prestado aos utentes. Por exemplo, cada munícipe irá ter uma palavra de passe para poder interagir com os serviços camarários de forma electrónica. Actualmente já são disponibilizados formulários *online* para *download*, dispensando os utentes de se deslocarem à câmara.

Para facilitar esta automatização e consulta remota, a câmara de Porto Moniz pretende criar espaços de acesso à Internet (com computadores e ligações) em todas as freguesias do concelho. Também se pretende colocar uma pessoa nesses espaços para auxiliar os menos familiarizados com as novas tecnologias. Os dois espaços foram já inaugurados.

PARTE D: Matriz de Correspondência da NP EN ISO 9001:2000 com o CPA

O CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

Enquadramento Geral

O Código do Procedimento Administrativo (CPA) resultou da necessidade de elaborar uma disciplina geral do procedimento administrativo, em face do incremento de tarefas que a Administração Pública portuguesa tem vindo a desempenhar nos mais diversos sectores da vida colectiva, bem como da consequente indispensabilidade de garantir a participação dos cidadãos e de reforçar a eficiência da sua acção.

A sua elaboração decorre do cumprimento do Artigo 267, nº 4 da Constituição da República Portuguesa e teve aprovação pelo Decreto-Lei nº 442/91, de 15 de Novembro, mais tarde sendo alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 6/96, de 31 de Janeiro.

Os objectivos a alcançar com o Código do Procedimento Administrativo e que não poderão deixar de estar subjacentes a qualquer Sistema de Gestão de Qualidade de um organismo da Administração Pública, são:

- a) Disciplinar a organização e o funcionamento da Administração Pública, procurando racionalizar a actividade dos serviços;
- b) Regular a formação da vontade da Administração, por forma a que sejam tomadas decisões justas, legais, úteis e oportunas;
- c) Assegurar a informação dos interessados e a sua participação na formação das decisões que lhes digam directamente respeito;
- d) Salvaguardar em geral a transparência da acção administrativa e o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos cidadãos;
- e) Evitar a burocratização e aproximar os serviços públicos das populações.

Estrutura adoptada para correspondência entre a Norma ISO 9001:2000 e o Código do Procedimento Administrativo

O Código do Procedimento Administrativo é um diploma que regula o processamento da actividade administrativa entre o cidadão e os órgãos e funcionários da Administração e, pretende condensar o essencial de uma conduta correcta, dos direitos e dos deveres de uns para com os outros.

Nesta conformidade a elaboração e implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade terá inevitavelmente que ser contextualizado nos princípios gerais deste diploma, seguir as suas determinações na identificação, definição e gestão dos processos do sistema, considerar as suas disposições para monitorização e medida e submeter-se aos requisitos legais estabelecidos para matérias específicas.

Foi adoptada uma organização funcional das matérias e disposições, no sentido de facilitar a tarefa de interpretação e adaptação da norma ISO 9001:2000 ao Código do Procedimento Administrativo, que adopta as seguintes designações:

Referir	Aspectos que poderão ser mencionados em elementos que constituem o SGQ, na perspectiva de facilitar a sua compreensão e funcionamento (e.g.: Política de Qualidade; Descrição de Processos e Interfaces);
Considerar	Aspectos que forçosamente têm que ser considerados na concepção do SGQ, porquanto são condicionantes dos processos e do próprio sistema, porém não configurando requisitos legais (ex.: Procedimentos do sistema para verificação de requisitos legais);
Transpor	Disposições que terão que constar do SGQ – ao nível do Manual de Qualidade, procedimentos do sistema, instruções, ou outras – por se tratar de requisitos legais a serem seguidas pelo organismo (ex.: Verificação de competências; Prazos).

Procurou-se para cada cláusula normativa, indicar o correspondente artigo ou artigos do Código do Procedimento Administrativo, assim como indicar aspectos práticos e orientadores da interpretação a fazer.

Por último importa referir que a legislação que regulamenta a actividade da Administração Pública é vasta e composta por diferentes tipos de diplomas e documentos com carácter administrativo. Estes podem revestir a forma de Lei, Decreto-Lei, Decreto Regulamentar, Portaria, Despacho, Aviso, Posturas e Regulamentos autárquicos, Informações de Serviço, entre os mais importantes. Deste modo, o Código do Procedimento Administrativo é apenas uma peça de um vasto edifício legislativo, que em matéria de razão do presente guia não se pode dissociar de legislação específica que determina competências e procedimentos próprios (e.g.: relacionada a protecção do meio ambiente, protecção de espécies, regime florestal, edificações, ordenamento do território, etc.), nem de legislação geral que é referida com frequência ao longo dos próximos quadros, como é o caso da Regulamentação arquivista (Decreto – Lei nº 16/93, de 23 de Janeiro), da Lei de Acesso aos Documentos Administrativos – (Lei nº 65/93, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 8/95, de 29 de Março, pela Lei nº 94/99, de 16 de Junho e pela Lei nº 19/2006, de 12 de Julho), do Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública – SIADAP (Lei nº 10/2004, de 22 de Março e Decreto Regulamentar nº 19A/2004, de 14 de Maio), do Regime de realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e serviços (Decreto Lei nº 197/99, de 08 de Junho), ou do Regime jurídico de empreitadas de obras públicas (Decreto Lei nº 59/99, de 02 de Março).

Código do Procedimento Administrativo

Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Capítulo 4 – Sistema de gestão da qualidade					
4.1 - Requisitos gerais	1 - O SGQ deve mencionar o CPA, em particular no que se refere aos critérios de gestão dos procedimentos administrativos e medição dos processos.	2 - A concepção do sistema terá que ter em consideração as exigências legais do CPA, em particular definindo procedimentos do sistema, instruções ou outros que assegurem a sua verificação.	-	Parte II e III	<p>1. Pesem embora os requisitos de documentação sejam transversais à globalidade do CPA, a Parte II é aquela que se ocupa dos sujeitos das relações administrativas, define competências, deveres, direitos e garantias dos intervenientes. A Parte III ocupa-se do procedimento administrativo, formalismos, desenvolvimento, prazos, sua marcha e conclusão.</p> <p>2. Deve ser dada particular ênfase à:</p> <p># Imparcialidade do titular do órgão ou agente da Administração Pública, que intervenha no procedimento administrativo;</p> <p># Forma, meios e pessoas a comunicar ou notificar no âmbito de cada procedimento, bem como dos respectivos prazos e consequências legais do seu incumprimento;</p> <p># Início do procedimento, instrução, exames e diligências, pareceres, audiência dos interessados e extinção.</p>
4.2 - Requisitos da documentação	-	-	-	-	-
4.2.1 - Generalidades	-	-	-	-	O SGQ deve considerar que pese embora o CPA não especifique disposições relativas ao tipo de documentação de suporte, deverão ser definidos procedimentos do sistema, instruções e respectivos suportes que assegurem a rastreabilidade e verificação do cumprimento das exigências legais, incluindo do próprio CPA.

Código do Procedimento Administrativo

	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000 4.2.2 - Manual da Qualidade	O Manual da Qualidade deverá fazer menção ao CPA, em particular na descrição dos principais processos da organização e respectiva tramitação.	-	-	Parte II, Capítulo I, Secção III e IV; Parte III, Capítulo I; Capítulo III, Secção I, III e IV	A organização poderá optar por descrever no Manual de Qualidade, a totalidade dos procedimentos em que intervém, porém, em virtude das frequentes alterações de competências para os actos administrativos, que têm vindo a suceder-se e que se prevê continuarem durante algum tempo, a mesma poderá optar por remeter para outro tipo de documentos do sistema a descrição detalhada dos processos, estando desta forma facilitada a sua actualização e controlo, desde que assegure no próprio Manual de Qualidade a referência a esses documentos.
4.2.3 - Controlo de Documentos	-	O sistema de controlo deverá garantir a revisão periódica da legislação e regulamentos aplicáveis. O CPA estabelece regras gerais para o processamento da actividade administrativa, contudo existem matérias que pela sua especificidade ou importância recomendam e justificam regulamentação procedural específica, pelo que é fundamental que o sistema assegure uma adequada actualização da legislação.	-	-	A competência dos órgãos executivos é definida por legislação própria, bem como por disposições específicas, para diferentes procedimentos, de origem interna ou externa ao organismo da Administração Pública que nele intervém. Resulta deste modo que é vasta a regulamentação que carece ser objecto de revisão periódica e de adequada actualização de documentos do sistema, devendo o SGQ dar particular relevância a este aspecto.

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000					
4.2.4 - Controlo de Registos	n/a	n/a	<p>O regulamento de funcionamento dos órgãos colegiais obriga ao registo em acta de todas as reuniões, estando a eficácia das deliberações condicionada, à aprovação da mesma.</p> <p>O voto vencido, pode constar da acta, com ou sem registo de declaração de voto, a qual é obrigatória quando de pareceres para outros órgãos administrativos se tratar.</p> <p>A Administração Pública obriga-se à manutenção de arquivos e registos administrativos dos processos, para acesso a todas as pessoas, em termos regulados por diploma específico.</p>	<p>Artº 27º, Artº 28º e Parte III, Capítulo II</p>	<p>A Administração Pública encontra-se obrigada a manter arquivos (DL 16/93 de 23.01) que permitam assegurar a rastreabilidade de toda a documentação recebida e expedida, tramitação processual, contagem de prazos, decisões, audiências, pareceres, recursos e demais intervenções relativas aos actos. Não estabelecendo, o CPA, nenhum requisito específico em matéria do tipo de registo, suporte, formato ou outros, deverá ser dada atenção especial à matéria dos prazos.</p> <p>O princípio da administração aberta, determina o direito de todas as pessoas aos arquivos e registos administrativos, (Lei de Acesso aos Documentos Administrativos – (Lei nº 65/93, de 26.08, com as alterações introduzidas pela Lei nº 8/95 de 29.03, pela Lei nº 94/99, 16.06 e pela Lei nº 19/2006, de 12.07), do qual resulta a necessidade dos mesmos se encontrarem organizados de modo perceptível, de fácil acesso, porém carecendo sempre de controlo sobre a integridade e estado de conservação dos processos.</p>
Capítulo 5 – Responsabilidade da Gestão					
5.1 - Comprometimento da Gestão	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>Apesar do conhecimento da lei ser um dever de todos os cidadãos e, em particular, dos funcionários da Administração Pública no que respeita aos seus regulamentos, é desejável que as altas chefias, assim como as chefias intermédias, estabeleçam instrumentos que assegurem uma comunicação eficaz dos princípios e disposições do CPA, a toda a organização.</p>

Código do Procedimento Administrativo					
Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
5.2 - Focalização no cliente	<p>1- A política de qualidade deverá fazer referência aos princípios gerais do relacionamento da Administração Pública com os cidadãos.</p> <p>2- Os objectivos do SGQ deverão ser estabelecidos de modo a garantir a aplicação dos princípios gerais do CPA.</p>	<p>3 - A gestão de topo deverá assegurar a verificação e análise do cumprimento do CPA, em matéria de legitimidade dos interessados, prazos, formas, tipos e conteúdo da comunicação com os mesmos.</p>	-	<p>1 e 2 - Artº 3º a 12º e Parte III, Capítulo II</p> <p>3 - Artº 52º a 53º; Parte II, Capítulo I, II, III e IV, Secção I e II; Artº 88º a 91º, Artº 93º a 113º, Artº 115º, Artº 117º a 118º, Artº 123º a 141º, Artº 143º a 177º</p>	<p>Os princípios gerais do CPA encontram-se centrados na regulação das relações entre a Administração Pública e os cidadãos, nomeadamente na tomada de decisões justas, legais, úteis e oportunas por parte da Administração, assegurando a informação aos interessados e sua participação na formação das decisões, e, ainda salvaguardando a transparência dos processos e o respeito pelos direitos e legítimos interesses dos cidadãos.</p> <p>Neste sentido, o cliente/cidadão é o objecto central da atenção do diploma, pelo que a gestão deverá assegurar que os princípios gerais do CPA, estejam reflectidos na política da qualidade, bem como nos objectivos do SGQ.</p> <p>De igual modo, estando regulada no CPA toda a comunicação, prazos e demais interações com os particulares, a gestão de topo dos organismos da administração, deverá socorrer-se da verificação do cumprimento das correspondentes disposições, como forma de verificar o enfoque do SGQ no cliente.</p>
5.3 - Política da Qualidade	<p>A declaração da política de qualidade deve reflectir os princípios gerais que regem a Administração Pública e o seu relacionamento com o cidadão, bem como os princípios específicos do CPA.</p>	-	-	<p>Parte I (Artº 3º a 10º)</p>	<p>São de particular relevância, para o SGQ os princípios da igualdade e da proporcionalidade, da colaboração da Administração com os particulares, da participação, da decisão e da desburocratização e da eficiência.</p>

Código do Procedimento Administrativo					
Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
5.4 – Planeamento	-	-	-	-	-
5.4.1 - Objectivos da Qualidade	Os objectivos da qualidade deverão reflectir os princípios gerais do CPA.	<p>Na definição dos objectivos da qualidade deverão ser considerados três aspectos fundamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cumprimento dos prazos estabelecidos pelo CPA; - O conteúdo das comunicações com o cidadão; - O teor da fundamentação dos actos administrativos. 	-	<p>Artº 52º a 53º: Parte II, Capítulo I, II, III e IV, Secção I e II; Artº 88º a 91º, Artº 93º a 113º, Artº 115º, Artº 117º a 118º, Artº 123º a 141º, Artº 143º a 177º</p>	<p>A importância dada pelo CPA à questão dos prazos, é reflexo do aumento de tarefas e atribuições da Administração Pública, num contexto de recursos limitados, pelo que deverá ser relevado na definição de objectivos da Qualidade.</p> <p>O conteúdo da comunicação estabelecida com os cidadãos é igualmente matéria de relevância na elaboração do CPA, sendo objecto de diversos artigos deste regulamento;</p> <p>A fundamentação dos actos administrativos, adquire particular importância porquanto pode residir em si uma parte fundamental da validade dos efeitos jurídicos que o acto visa produzir.</p> <p>Objectivos relacionados com a redução das reclamações por parte do cidadão (pedidos de anulação, revogação, modificação e recurso), como um todo, poderão não permitir alcançar os efeitos desejados, porquanto assistindo ao cidadão o direito de contestar, a sua efectivação não implica que as decisões dos órgãos da Administração estejam feridas de qualquer irregularidade ou qualidade diminuída, ou mesmo incumpram com os requisitos do “cliente”, sendo que muitas vezes este é o <i>interesse público e não o particular</i>.</p> <p>Os objectivos da qualidade deverão integrar os objectivos a estabelecer anualmente no âmbito do Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública – SIADAP (Lei 10/2004, de 22 de Março e Dec. Regulamentar 19A/2004, de 14 de Maio).</p>
5.4.2 - Planeamento do Sistema de Gestão da Qualidade	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>Não existindo qualquer disposição do CPA relativa ao presente requisito da Norma, o planeamento do SGQ, decorre do planeamento mais abrangente da organização, que suporta a prossecução dos objectivos definidos anualmente, no âmbito do Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública – SIADAP (Lei 10/2004, de 22 de Março e Dec. Regulamentar 19A/2004, de 14 de Maio).</p>

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000					No actual contexto de activa reorganização da Administração Pública e transferência de competências, quer entre organismos, quer para a sociedade civil, o qual tem implicações directas na aplicação do CPA e suas disposições (competências, tipo de procedimentos, disposições legais específicas, prazos, ...) é de particular relevância que o planeamento evide a forma como a organização procederá à integração e reorganização dos processos, atribuição de responsabilidades, revisões, formação dos recursos humanos, comunicação interna e externa e monitorização.
5.5 - Responsabilidade, autoridade e comunicação	-	-	-	-	-
5.5.1 - Responsabilidade e autoridade		<p>1 - A competência para os actos, delegação e subdelegação de poderes é definida por lei ou regulamento específicos para cada procedimento administrativo.</p> <p>A estrutura hierárquica de cada organismo da Administração Pública, encontra-se igualmente estabelecida em regulamentação específica, podendo ainda ser estabelecida por despacho dos responsáveis máximos dos serviços ou por em quem estes delegarem nos termos da lei.</p>	<p>2 - Funcionamento dos órgãos colegiais.</p> <p>3 - Controlo da competência do órgão administrativo para o procedimento administrativo.</p>	<p>1 - Artº 29º a 51º</p> <p>2 - Parte II, Capítulo I, Secção II</p> <p>3 - Artº 33º</p>	<p>1 - A responsabilidade e autoridade de qualquer elemento da organização, que não resulte de competências próprias, estabelecidas na lei, terá sempre que ser formalmente delegada pelo responsável hierarquicamente superior que detenha as competências necessárias e poderes para o acto, revestindo a forma de despacho (e.g. auditor interno, representante da gestão para o SGQ,...).</p> <p>2 - O CPA define o regimento a aplicar pelos órgãos colegiais.</p> <p>3 - O CPA determina a verificação prévia da competência do órgão administrativo para o respectivo procedimento.</p>

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000		As relações funcionais poderão ainda ser estabelecidas por despacho dos responsáveis máximos dos serviços ou por ordens de serviço de chefias intermédias, no âmbito das competências próprias ou delegadas.			
5.5.2 - Representante da Gestão	n/a	n/a	n/a	n/a	O CPA não tem quaisquer implicações no presente requisito da Norma, contudo o representante da gestão terá que ser nomeado por despacho do responsável máximo do organismo, devendo do mesmo constar adequada delegação de poderes, que o habilite a aceder a toda a informação relacionada com os diferentes procedimentos, nos seus diversos estados de tramitação, mesmo que restrita ou confidencial.
5.5.3 - Comunicação Interna	n/a	n/a	n/a	n/a	Apesar do CPA não estabelecer qualquer disposição em matéria do presente requisito da Norma e do conhecimento da lei ser um dever universal do cidadão, é desejável a existência de formas instituídas de comunicação de alterações de competências para os diferentes procedimentos administrativos em que o organismo da Administração Pública intervenha. Os despachos dos responsáveis máximos dos serviços ou daqueles em quem estes delegarem, bem como as ordens de serviço destes, das chefias intermédias ou equiparados, devem encontrar-se afixadas nos serviços, por forma a assegurar a sua divulgação universal, mesmo quando forem de publicação em jornal Diário da República (ver Observações Cláusula 5.1).

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000					
5.6 - Revisão pela gestão	-	-	-	-	-
5.6.1 - Generalidades	n/a	n/a	n/a	n/a	Não existindo qualquer disposição do CPA relativa ao presente requisito da Norma, importa salientar que as revisões pela gestão deverão ocorrer pelo menos anualmente de acordo com o estabelecido pela regulamentação do SIADAP (Lei 10/2004, de 22 de Março e Dec. Regulamentar 19A/2004, de 14 de Maio), aquando da avaliação do desempenho da organização.
5.6.2 - Entradas para a Revisão	-	<p>Deverá ser recolhida e fornecida à gestão, informação relativa a:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - Controlo da competência do órgão administrativo para o procedimento administrativo; 2 - Cumprimento dos prazos estabelecidos, para os diversos procedimentos; - Cumprimento da tramitação dos diversos procedimentos; - Conformidade do conteúdo das comunicações com o cidadão; 3 - Anulação de actos administrativos, por razões imputáveis ao órgão da Administração que os praticou. 	-	<p>1 - Parte II, Capítulo I</p> <p>2 - Parte III; Parte IV</p> <p>3 - Artº 133º (nº 2 alíneas a), b), c), d), f), g) e h))</p>	-

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000					
5.6.3 - Saída da Revisão	n/a	n/a	n/a	n/a	Apesar do CPA não estabelecer qualquer disposição em matéria do presente requisito da Norma, importa salientar que da revisão pela gestão, é expectável que saiam decisões, com implicações no cumprimento das disposições do CPA, relativas a necessidades de recursos humanos e materiais, alteração de delegações e/ou subdelegações de poderes existente, necessidades de formação e melhoria dos sistemas de informação e comunicação.
Capítulo 6 – Gestão de recursos					
6.1 - Provisão de recursos	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
6.2 - Recursos humanos	-	-	-	-	-
6.2.1 - Generalidades	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
6.2.2 - Competência, consciencialização e formação	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão, porém a prossecução dos objectivos e metas estabelecidas anualmente pelo organismo no âmbito do Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública – SIADAP (Lei 10/2004, de 22 de Março e Dec. Regulamentar 19A/2004, de 14 de Maio), aconselha uma formação adequada dos recursos humanos, de modo a dotar a organização das necessárias competências. Deverá, assim existir um plano de formação em conformidade.
6.3 - Infraestrutura	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.

Código do Procedimento Administrativo					
Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
6.4 - Ambiente de trabalho	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
Capítulo 7 – Realização do Produto					
7.1 - Planeamento da Realização do Produto	-	<p>Aquando do início do procedimento administrativo e na perspectiva de planear a sua tramitação, deverão ser verificados os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Órgão administrativo competente; - Iniciativa; - Legitimidade da iniciativa; - Fixação da competência para o procedimento; - Datação e assinatura. 	-	<p>Artº 30º, 32º e 33º, Artº 35º a 51º, Artº 52º a 53º, Artº 54º, 70º, 74º e 75º</p>	<p>A verificação do conteúdo do requerimento inicial e do órgão com competência para o procedimento administrativo, permitem conhecer a correspondente tramitação processual, prazos, unidades orgânicas, recursos e demais acções que terão que ser diligenciadas e, deste modo, planear o desenvolvimento do respectivo procedimento.</p>
7.2 - Processos relacionados com o cliente	-	-	-	-	-
7.2.1 - Determinação dos Requisitos Relacionados com o Produto	-	<p>1 - Deverá estar contemplado que os requisitos emanam da exposição dos factos e fundamentos de direito e do conteúdo do pedido.</p>	<p>2 - Suprir as deficiências do requerimento inicial junto do interessado, ou sempre que tal for possível pela própria organização próprio.</p>	<p>1 - Artº 74º 2 - Artº 75º a 76º</p>	<p>Os requisitos do procedimento administrativo resultam do seu próprio conteúdo, bem como da exposição de factos e fundamentos de direito, por permitirem determinar o órgão competente, as disposições legais aplicáveis, a respectiva tramitação processual, prazos e tipo de acto administrativo expectável (incluindo requisitos da fundamentação, quando aplicável).</p>

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000					
7.2.2 - Revisão dos Requisitos Relacionados com o Produto	-	-	Prever o controlo da competência do órgão administrativo para o procedimento, bem como a verificação da aplicação de situações de delegação de poderes e consequentes disposições do CPA.	Artº 33º e Artº 35º a 51º	A organização encontra-se obrigada a despistar situações de incompetência para os procedimentos administrativos que lhe são dirigidos, bem como a adequação e condições de delegação ou subdelegação. Poderá ver-se na contingência de remeter o procedimento para outro órgão administrativo.
7.2.3 - Comunicação com o cliente	-	1 - Devem ser considerados os princípios da colaboração da Administração com os particulares e da participação.	2 - Disposições relativas à forma e tipo de comunicação com os interessados, notificação, informação e publicação de procedimentos, pareceres, certidões e actos administrativos.	1-Artº 7º e 8º 2 - Artº 54º, 59º e 61º, Artº 66º a 70º, Artº 75º, 76º, 90º, 95º, 100º, 101º, 102º, 117º, 118º, 124º, 125º, 126º, 130º, 131º, 152º e 171º	Este domínio é vastamente explorado no CPA, sendo transversal à sua construção jurídica. Trata-se de um dos fundamentos de base da elaboração do CPA.
7.3 - Concepção e Desenvolvimento	n/a	n/a	n/a	n/a	Considera-se que a presente cláusula da Norma não é aplicável ao tipo de serviço prestado pela Administração Pública, em particular no que respeita ao CPA.
7.4 - Compras	-	-	-	-	-
7.4.1 - Processo de compra	-	-	As compras são reguladas por disposições específicas relativas ao contrato administrativo, cujo âmbito e utilização, poderes da Administração, processos de escolha de contratantes, formas de contratação e regime de invalidade.	Parte IV, Capítulo III	Na ausência de legislação específica, que determine o regime aplicável ao processo de compras, aplica-se o estipulado pelo CPA, em matéria de contrato administrativo. Pese embora, uma grande maioria das aquisições seja actualmente efectuada ao abrigo do regime de realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e serviços (DL 197/99, de 08.06)

Código do Procedimento Administrativo					
Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
					ou do <i>regime jurídico de empreitadas de obras públicas</i> (DL 59/99, de 02.03), poderá ser estabelecido por diploma legal específico, regime misto ou regime exclusivamente suportado pelo CPA.
7.4.2 - Informação de compra	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão, porém, quer o regime estabelecido pelo DL 197/99, de 08.06, quer o regime estabelecido pelo DL 59/99, de 02.03, contém disposições específicas sobre a matéria.
7.4.3 - Verificação do produto comprado	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão, porém, quer o regime estabelecido pelo DL 197/99, de 08.06, quer o regime estabelecido pelo DL 59/99, de 02.03, contém disposições específicas sobre a matéria.
7.5 - Produção e fornecimento do serviço	-	-	-	-	-
7.5.1 - Controlo da Produção e do fornecimento do serviço	-	Os aspectos fundamentais do controlo dos serviços prestados que terão que ser assegurados pela organização prendem-se com: - O cumprimento dos prazos estabelecidos pelo CPA; - O conteúdo das comunicações com os particulares; - O teor da fundamentação dos actos administrativos.	-	Artº 54º a 82º, Artº 88º a 91º, Artº 93º, Artº 95º a 96º, Artº 98º a 104º, Artº 115º, Artº 117º a 118º, Artº 124 a 126º, Artº 130º a 141º, Artº 158º a 162º e Artº 9º a 171º	A organização deverá estabelecer procedimentos que permitam garantir o escrupuloso cumprimento dos prazos, de modo a não prejudicar os particulares ou invalidar os actos administrativos. A relevância do teor da comunicação com os particulares, bem como da fundamentação dos actos administrativos é matéria que, igualmente, pode invalidar juridicamente os actos administrativos ou ser prejudicial para os particulares, pelo que deverá ser relevado o seu controlo.

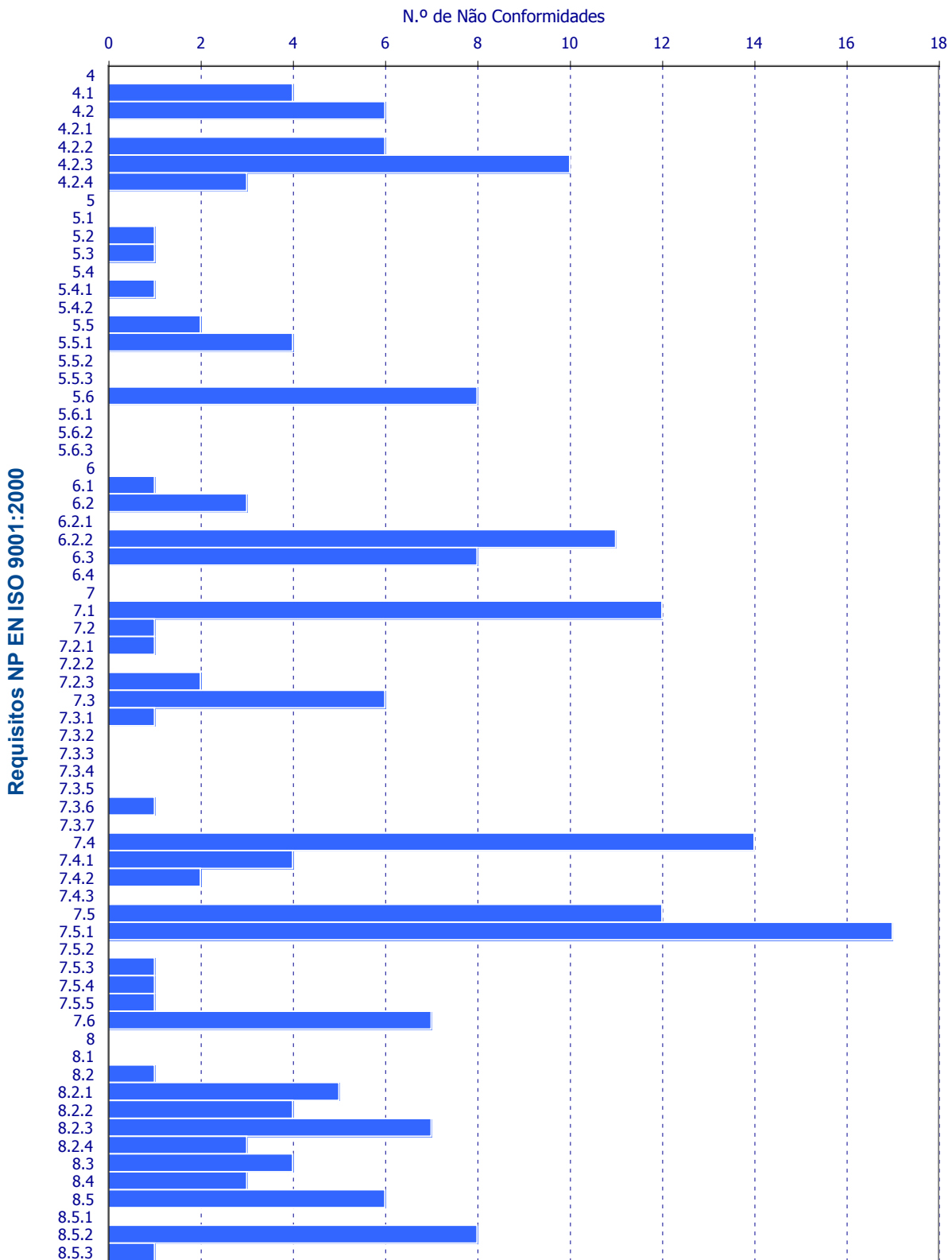
Código do Procedimento Administrativo					
Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
7.5.2 - Informação de Validação dos processos de produção e fornecimento do serviço	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
7.5.3 - Identificação e Rastreabilidade	n/a	n/a	n/a	n/a	A Administração Pública encontra-se obrigada a manter arquivos (DL 16/93 de 23.01) que permitam assegurar a rastreabilidade de toda a documentação recepcionada e expedida, tramitação processual, contagem de prazos, decisões, audiências, pareceres, recursos e demais intervenções relativas aos actos.
7.5.4 - Propriedade do cliente	-	A propriedade do cliente, em matéria de arquivos e registos administrativos dos processos, encontra-se limitada aos documentos classificados e segredos comerciais, industriais ou relativos a propriedade literária, artística ou científica. Ao abrigo do direito de informação e do princípio da administração aberta, os restantes arquivos e registos administrativos são acessíveis por todas as pessoas.	-	Artº 61º, 62º, 64º e 65º	A conjugação do direito à informação, com a extensão deste mesmo direito e com o princípio da administração aberta, determinam que apenas os documentos classificados e aqueles que possam conter segredos comerciais, industriais ou relativos a propriedade literária, artística ou científica, são objecto de sigilo, sendo que os restantes, demonstrado que seja o interesse legítimo no conhecimento dos elementos, estão acessíveis a terceiros. Sem prejuízo dos direitos dos interessados à informação e disposições relativas à consulta dos processos pelos interessados e por terceiros, o acesso aos arquivos e registos administrativos encontra-se regulado por diploma próprio (Lei de Acesso aos Documentos Administrativos – (Lei nº 65/93, de 26.08, com as alterações introduzidas pela Lei nº 8/95 de 29.03, pela Lei nº 94/99, 16.06 e pela Lei nº 19/2006, de 12.07). Resulta então relevante que os arquivos e registos dos processos se encontrem organizados de tal forma, que permita a segregação daqueles que são de acesso a terceiros, daqueles em relação aos quais a administração se obriga a manter sigilo.

Código do Procedimento Administrativo					
Norma 9001:2000	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
7.5.5 - Preservação do produto	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão. Contudo, as condições de arquivamento e acesso, dos diversos elementos dos processos, que permitam a manutenção da sua integridade, são da maior importância.
7.6 - Controlo dos dispositivos de monitorização e medição	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
Capítulo 8 – Medição, Análise e Melhoria					
8.1 - Generalidades	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
8.2 - Monitorização e Medição	-	-	-	-	-
8.2.1 - Satisfação do Cliente	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
8.2.2 - Auditoria Interna	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
8.2.3 - Monitorização e Medição dos Processos	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.
8.2.4 - Monitorização e Medição do Produto	n/a	n/a	n/a	n/a	Trata-se de requisito implícito no próprio CPA, em particular nas disposições estabelecidas em matéria de prazos, tipos e conteúdos da comunicação com os particulares e eficácia dos actos e decisões.
8.3 - Controlo do Produto Não Conforme	n/a	n/a	n/a	n/a	Trata-se de requisito que se encontra salvaguardado implicitamente no CPA, através do estabelecimento de mecanismos que possibilitam ao particular reclamar ou recorrer das decisões e actos da Administração Pública.
8.4 - Análise de dados	n/a	n/a	n/a	n/a	Não se trata de requisito para o qual o CPA estabeleça disposição específica ou em relação ao qual faça alusão.

Código do Procedimento Administrativo					
	Referir	Considerar	Transpor	Articulado CPA	Observações
Norma 9001:2000					
8.5 - Melhoria	-	-	-	-	<p>Não existindo disposições no CPA relativas ao presente requisito, é no âmbito do Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública – SIADAP (Lei 10/2004, de 22 de Março e Dec. Regulamentar 19A/2004, de 14 de Maio), que se encontram as ferramentas de melhoria dos organismos da Administração Pública, quer na perspectiva da melhoria contínua dos serviços prestados e identificação de acções preventivas (através do estabelecimento dos objectivos anuais para a organização e planos de formação), quer na identificação de necessidades resultantes de acções correctivas (avaliação do cumprimento dos objectivos estabelecidos, com vista à classificação do desempenho).</p>
8.5.1 - Melhoria Contínua	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>A melhoria contínua do desempenho da organização, deverá estar reflectida nos objectivos e metas anuais para as diversas unidades orgânicas e respectivos recursos humanos a estabelecer anualmente no âmbito do SIADAP.</p>
8.5.2 - Acção Correctiva	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>As entradas para acções correctivas deverão ser contempladas no processo de avaliação do cumprimento dos objectivos por cada recurso/unidade orgânica e serem consideradas na definição dos planos de formação.</p>
8.5.3 - Acção Preventiva	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>No decurso do processo de definição dos objectivos e metas anuais, para os recursos/unidades orgânicas, no âmbito do SIADAP, deverá resultar a identificação de carências ou necessidades de reforço de competências, a suprir através de planos de formação.</p>

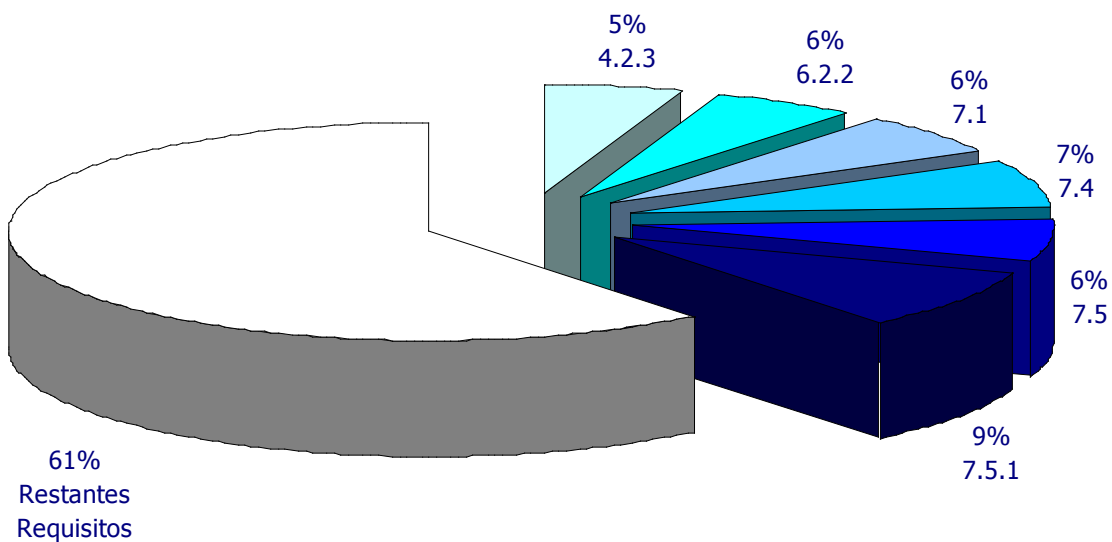
PARTE E: ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADES NA APL

E.1 INCIDÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADE POR REQUISITO NORMATIVO
(Dados de Julho de 2003 a Outubro de 2006)



E.2 REQUISITOS COM MAIOR INCIDÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADES

(Dados de Julho de 2003 a Outubro de 2006)



REPRODUÇÃO

Não são permitidas reproduções deste documento, sem autorização prévia, por escrito, da APCER.



A Marca da Certificação

www.apcer.pt



▶ **Sede**

Edifício Serviços Exponor, 2º andar
Av. Dr. António Macedo
4450-617 Leça da Palmeira
Tel.: 229 993 600
Fax: 229 993 601
E-mail: info@apcer.pt

▶ **Delegação Lisboa**

Edifício Rosa
Praça das Indústrias
1300-307 Lisboa
Tel.: 213 616 430
Fax: 213 616 439
E-mail: info@apcer.pt

▶ **Delegação Funchal**

Edifício Executivo, 1º C
Av. do Infante
9000-015 Funchal
Tel.: 291 235 140
Fax: 291 282 317
E-mail: apcer.madeira@apcer.pt

▶ **Representação APCER Açores**

E-mail: apcer.azores@apcer.pt

▶ **Representação APCER Angola**

E-mail: apcer.angola@apcer.pt

▶ **Representação APCER Cabo Verde**

E-mail: apcer.caboverde@apcer.pt

▶ **Representação APCER Moçambique**

E-mail: apcer.mozambique@apcer.pt