



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO DE LAMEGO

Sistema de Gestão da Qualidade

**Criação do Manual de Sistema de Gestão da Qualidade para o Centro
Social Paroquial de Castelo de Penalva**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações Sociais

Jéssica Filipa Figueiredo Ferreira

Lamego, 2019



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO DE LAMEGO

Sistema de Gestão da Qualidade

**Criação do Manual de Sistema de Gestão da Qualidade para o Centro
Social Paroquial de Castelo de Penalva**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações Sociais

Jéssica Filipa Figueiredo Ferreira

Professora Doutora Paula Marques dos Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego do Instituto Politécnico de Viseu para obtenção do grau de mestre em Gestão de Organizações Sociais

Lamego, 2019

Dedico este trabalho à minha Orientadora e Amiga,

Professora Doutora Paula Marques dos Santos

Porque foi a maior impulsionadora para a concretização deste projeto.

E

Ao meu Marido, Rui Torres,

Porque foi o que mais me apoiou e incentivou ao longo desta caminhada.

RESUMO

O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), nos dias de hoje, assume um papel imperativo, para a sustentabilidade das organizações sociais.

Neste trabalho é feita uma retrospectiva da pertinência e evolução da Qualidade e o papel que esta assume na sustentabilidade das organizações sociais. A envolvimento da Gestão de Topo na Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade pode-se caracterizar como um desenvolvimento estratégico da organização.

Aqui também estão descritas todas as referências normativas para a certificação, dando uma especial atenção à Abordagem por Processos. Tornou-se necessária a análise de alguns pontos para a implementação, nomeadamente as ferramentas da Gestão da Qualidade e os Custos inerentes a esta.

É ainda apresentada a metodologia utilizada no trabalho, tendo em conta a revisão da literatura.

Por fim, apresenta-se a elaboração do Manual da Qualidade para uma futura Implementação na instituição em estudo, o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva.

Palavras-chave: Sistema de Gestão da Qualidade, Processos, ISO 9001:2015, Melhoria Contínua, Sustentabilidade.

ABSTRACT

The Quality Management System (QMS), today, plays an imperative role for the sustainability of social organizations.

This paper presents a retrospective of the relevance and evolution of quality and its role in the sustainability of social organizations. The involvement of Top Management in the implementation of the Quality Management System can be characterized as a strategic development of the organization.

Also described here are all normative references for certification, paying particular attention to the Process Approach. It was necessary to analyze some points for the implementation, namely the Quality Management tools and the costs inherent to it.

It is also presented the methodology used in the work, taking into account the literature review.

Finally, we present the elaboration of the Quality Manual for a future Implementation in the institution under study, the Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva.

Key words: Quality Management System, Processes, ISO 9001: 2015, Continuous Improvement, Sustainability.

Agradecimentos

Não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Um agradecimento e reconhecimento à Instituição, na pessoa do Sr. Padre Manuel Clemente e Dr^a Lurdes Ferreira, que sempre se prontificaram em me cederem todos e quaisquer documentos que precisei ao longo de todo este tempo, sem qualquer tipo de constrangimento.

À Orientadora, Supervisora, Cúmplice e Amiga muito Especial, na pessoa da Professora Doutora Paula Marques dos Santos, que sempre se mostrou disponível para me ajudar na elaboração da Dissertação de Mestrado, bem como se disponibilizava para qualquer eventualidade que surgisse. Com ela aprendi muito, tendo-me ajudado a ser uma pessoa melhor tornando-me assim num melhor Ser Humano.

A toda a minha família, irmã, sobrinhos, sogros e cunhados que, com todo o incentivo deles e com todo o apoio fizeram com que esta caminhada se tornasse mais fácil de percorrer, mas em especial os meus pais, pois aquilo que sou hoje, a eles o devo.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer ao meu Marido Rui Torres que, ao longo da elaboração desta Dissertação aturou todas as minhas dores de cabeça, todos os meus desabafos dizendo “sim” a tudo o que eu estava a dizer, mesmo sem perceber o que eu estava para ali a falar, sabendo ele que depois disso, eu ficaria mais calma e descontraída. Foi, sem dúvida alguma, o meu pilar nesta caminhada de 2 anos e meio.

A todos vocês, muito Obrigada!

ÍNDICE GERAL

Índices específicos.....	ix
Índice de figuras	ix
Índice de tabelas	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	x
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I – Definição do tema.....	12
I.1 - Especificação do tema.....	12
I.2 - Delimitação da Abordagem e universo.....	12
I.3 - Objetivos	14
I.4 - Justificação da relevância do estudo	14
1.5 – Questão de partida	15
Capítulo II – Enquadramento teórico	16
II.1 – O Terceiro Setor.....	16
II.1.1 – Sustentabilidade do terceiro setor	19
II.2 - Qualidade.....	23
II.2.1 - Gestão Por Processos.....	28
II.2.2 - Ferramentas De Gestão Da Qualidade.....	29
II.2.3 -Custos da qualidade	30
II.2.4 - Princípios e Normas da Qualidade	30
Capítulo III - Desenho Metodológico e análise de dados.....	38
Capítulo IV – Interpretação e análise dos resultados / Apresentação da proposta.....	41
Conclusão	56
FONTES BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS.....	60

ÍNDICES ESPECÍFICOS

Índice de figuras

Figura 1 – Exemplos de Atuação do Terceiro Setor.....	17
Figura 2 – Familiaridade com Sustentabilidade segundo a idade e o habitat.....	19
Figura 3 – Dimensões da Sustentabilidade (categorias de resposta).....	20
Figura 4 – Tripé da Sustentabilidade.....	22
Figura 5 – Abordagem de Deming.....	26
Figura 6 – Hierarquia de Processos.....	28

Índice de tabelas

Tabela 1 – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio vs Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.....	20
Tabela 2 – Grelha de Maturidade.....	26
Tabela 3 – Evolução do conceito de Qualidade.....	27
Tabela 4 – Norma 9001:2015.....	30
Tabela 5 – Ciclo de Deming – “PDCA”.....	32
Tabela 6 – Lista de Documentos SGQ.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CSPCP – Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social

MAQRS – Manual de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais

APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade

MQ – Manual da Qualidade

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

RQ – Responsável da Qualidade

PG – Processo de Gestão

PC – Processo Chave

PS – Processo de Suporte

IT – Instrução de Trabalho

GRH – Gestão de Recursos Humanos

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado tem como principal objetivo a Criação de um Sistema de Gestão da Qualidade para uma IPSS, designadamente o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva. A escolha deste tema foi motivada por este se verificar como um instrumento de melhoria de desempenho da organização.

Neste sentido, tornar-se-á pertinente fazer uma abordagem ao conceito de Gestão da Qualidade e, essencialmente verificar a importância do processo de Melhoria Contínua quando se aborda este tema. Apesar de ser um tema muito difícil de definir, a Gestão da Qualidade em Portugal tem como objetivo aumentar a produtividade e a qualificação das pessoas (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos:

No primeiro capítulo pretende-se proceder à apresentação do tema abordado no trabalho, enumerando todos os objetivos e justificando a relevância do estudo, nomeadamente, a importância da Gestão da Qualidade para o 3º setor, a importância de conhecer a realidade organizacional, no que toca ao seu funcionamento, bem como a importância da apresentação de uma proposta de Sistema de Gestão da Qualidade para a instituição. Para tal, torna-se pertinente fazer uma breve apresentação histórica da instituição dando a conhecer a sua Visão, Missão e Valores.

O segundo capítulo tem como objetivo descrever todo o enquadramento teórico, no que diz respeito ao terceiro setor e a sua sustentabilidade, bem como descrever o conceito de Qualidade, a definição de Gestão de Processos, enumeração das ferramentas da Gestão da Qualidade, os custos da Qualidade, bem como Princípios e Normas.

O terceiro capítulo tem como objetivo descrever toda a Metodologia e Análise de Dados, aplicando-se a perspetiva Quantitativa com a aplicação de uma Grelha de Verificação. Será aplicada uma Investigação Aplicada, uma vez que se pretende melhorar o funcionamento da instituição através da criação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

Por fim, o quarto capítulo diz respeito à Interpretação e Análise dos Resultados obtidos através da Grelha de Verificação, bem como a apresentação da proposta de Sistema de Gestão da Qualidade.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO DO TEMA

I.1 - Especificação do tema

A presente dissertação pretende desenvolver um estudo sobre a importância da Gestão da Qualidade nas organizações da economia social, visando a criação do Manual do Sistema de Gestão da Qualidade para o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva.

I.2 - Delimitação da Abordagem e universo

A delimitação da abordagem nos trabalhos de investigação tem como objetivo conduzir os mesmos num quadro temporal e espacial (Ruas, 2017, p. 166).

Assim, inicialmente redige-se a Delimitação Concetual, ou seja, apresenta-se de forma clara e correta o problema a ser investigado. Segue-se a Delimitação Histórica, Delimitação geográfica e Delimitação do Universo, que serão apresentados mais à frente nesta proposta.

O presente trabalho, ao nível concetual, será delimitado pelas temáticas da economia social, necessidade de sustentabilidade das organizações do terceiro setor, bem como da evolução e da importância da gestão da qualidade nestas organizações. Será ainda realizada uma delimitação geográfica e contextual, através de uma análise do concelho de Penalva do Castelo, distrito de Viseu.

Ao nível da delimitação do universo, consideramos que o mesmo será finito no nosso estudo, resumindo-se à organização de economia social onde pretendemos desenvolver a nossa proposta de ação e melhoria, designadamente o Centro Social e Paroquial de Castelo de Penalva, sediada no concelho de Penalva do Castelo.

O concelho de Penalva do Castelo apresenta atualmente, cerca de 7.956 habitantes, tendo este número vindo a diminuir, fruto da deslocação das famílias para outros países, em busca de trabalho e melhores condições de vida. A população é distribuída pelas treze freguesias do concelho, apesar de cerca de 69% se concentrar em 4 grandes freguesias, sendo uma delas Castelo de Penalva (Município de Penalva do Castelo, s.d.).

Assim, a freguesia de Castelo de Penalva, situada num imponente monte granítico, já foi sede do Concelho das Terras de Penalva e é, em área territorial, a maior do Concelho de Penalva do Castelo, com 932 habitantes (Município de Penalva do Castelo, s.d.).

Neste sentido, o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva, localizado no concelho de Penalva do Castelo, distrito de Viseu, tem como foco prestar serviços de referência de modo a satisfazer as expectativas dos clientes, bem como atingir o maior número de pessoas carenciadas (CSPCP, 2019).

A Missão primordial do Centro Social e Paroquial é acolher indivíduos, cuja problemática biopsicossocial não seja possível de outra resposta e não padeçam de doenças infetocontagiosas ou mentais incompatíveis com o regular funcionamento do estabelecimento, primando a qualidade através da prestação dos cuidados básicos, respeito pela individualidade da pessoa, trabalho em equipa e proporcionando ao idoso condições que fomentem a sua inclusão social. Neste sentido, a instituição procura servir o idoso, apoiar a família e a comunidade (CSPCP, 2019).

Apresenta como principais valores, o respeito pela individualidade da pessoa, ética profissional, trabalho em equipa, e solidariedade social (CSPCP, 2019).

A instituição apresenta como principais objetivos:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e familiares;
- Prestar cuidados individualizados e personalizados, ao nível da satisfação das necessidades básicas, apoio biopsicossocial aos clientes, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar social, de uma vivência saudável no estabelecimento.
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Privilegiar a integração com os familiares ou responsáveis dos clientes e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
- Promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária;

- Fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (CSPP, 2019).

I.3 - Objetivos

Para o desenvolvimento da nossa investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- 1 - Compreender o conceito de Gestão da Qualidade e a sua importância para o 3º setor.
 - 1.a) Perceber o que é a Gestão da Qualidade na atualidade;
 - 1.b) Verificar a pertinência da Gestão da Qualidade nas Organizações Sociais;
 - 1.c) Identificar e caracterizar as tipologias de certificação existentes e passíveis de ser aplicadas no 3º setor.
- 2 - Conhecer a realidade organizacional da instituição em estudo ao nível do seu funcionamento e procedimentos.
 - 2.a) Conhecer a forma de funcionamento da IPSS e o seu ambiente organizacional;
 - 2.b) Verificar os procedimentos que a instituição adota na prestação dos seus serviços;
 - 2.c) Averiguar a receptividade da instituição em Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade;
- 3 - Apresentar uma proposta adequada para implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.
 - 3.a) Identificar a norma de certificação mais adequada à organização em estudo;
 - 3.b) Elaborar um Manual de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a comprovar a sua qualidade e sustentabilidade.
 - 3.c) Apresentar uma proposta documental para suportar o manual do Sistema de Gestão da Qualidade.

I.4 - Justificação da relevância do estudo

Ao longo do decorrer das várias Unidades Curriculares, Gestão da Qualidade foi aquela que nos despertou maior interesse. O interesse por esta área também se deve ao facto de já

ter havido contacto direto com esta matéria, em termos profissionais, tendo-se verificado os benefícios que a mesma pode trazer para o bom funcionamento de qualquer organização, bem como para a sua boa imagem perante a sociedade e para a sua sustentabilidade. Atualmente, a Qualidade tem-se vindo a mostrar como um elemento fulcral em qualquer organização, como forma de garantir a qualidade do serviço prestado, bem como fomentar a sustentabilidade da mesma, ou seja, deve ser tida em conta como uma visão estratégica e voluntária da organização.

Apesar de a imagem do CSPCP ser já muito positiva, a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) poderá trazer benefícios, uma vez que expande, ainda mais, a sua imagem positiva para a sociedade, bem como a possibilidade de se candidatar a alguns projetos sociais.

1.5 – Questão de partida

Para a elaboração da presente proposta tem-se como problema/Questão de Partida a seguinte:

Qual o tipo de Sistema de Gestão da Qualidade que melhor se adequa à instituição, de acordo com a sua dinâmica organizacional e de que forma poderemos preparar a organização para a sua implementação?

Como premissas ao nosso estudo e de forma a responder à questão de partida foram definidas as seguintes hipóteses:

H1 – A ISO 9001:2015 e a sua adequação com o MAQRS é a norma mais adequada à instituição apresentada, uma vez que os colaboradores se encontram a respeitar os requisitos necessários para a sua certificação.

H2 – A ISO 9000:2015 ajuda na definição de termos para a certificação da organização.

H3 – O desenvolvimento de um manual de SGQ ajuda a estruturar a futura implementação da qualidade e sua respetiva certificação.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

II.1 – O Terceiro Setor

O artigo 82º da Constituição da República Portuguesa define uma divisão de 3 setores na economia: o Público, que está relacionado com o Estado, ou seja, Primeiro Setor; o Privado, ligado ao Mercado, ou seja Segundo Setor; e por fim as organizações privadas com finalidade pública, ou seja, Terceiro Setor (Bernardinis, 2017).

Segundo Barros e Santos (1997), Terceiro Setor é caracterizado como um termo sociológico, derivado do inglês *Third Sector*, muito utilizado nos Estados Unidos da América para definir as variadas organizações que não apresentam vínculos diretos com o Primeiro e Segundo Setor (Sacilotto, 2015, p. 3).

Para o termo Terceiro Setor existem várias nomenclaturas similares utilizadas, nomeadamente: Organizações da Sociedade Civil, Organizações Sociais, Economia Social, Setor Não Lucrativo, Organizações sem fins Lucrativos, entre outras (Sacilotto, 2015, p. 3).

Segundo Franco et al. (2005) o Terceiro Setor é definido como um conjunto de organizações que têm ao dispor uma variadíssima oferta de serviços humanos com o objetivo de satisfazerem as necessidades básicas da população, primando sempre pela inovação e a qualidade (Dias, 2018, p. 5).

Silva (2013, p. 71) defende que o surgimento do Terceiro Setor deve-se ao facto de o Estado não conseguir assegurar todas as suas funções devido à escassez de recursos públicos, tornando-se necessária a intervenção por parte de outros agentes (Dias, 2018, p. 5).

Assim, o Terceiro Setor surgiu com o propósito de solucionar distintas necessidades, onde o Estado e o Mercado não conseguiam dar resposta. As organizações que compõem este setor possuem uma característica distinta de todas as outras: a vontade humana de ajudar, sem obter benefício próprio (Bernardinis, 2017).

Segundo José Eduardo Sebo Paes (2004), citado por Bernardinis (2017), o Terceiro Setor é:

“o conjunto de organismos ou instituições sem fins lucrativos dotados de autonomia e administração própria que apresentam como função e objetivo principal atuar voluntariamente junto à sociedade visando o seu aperfeiçoamento” (p. 53).

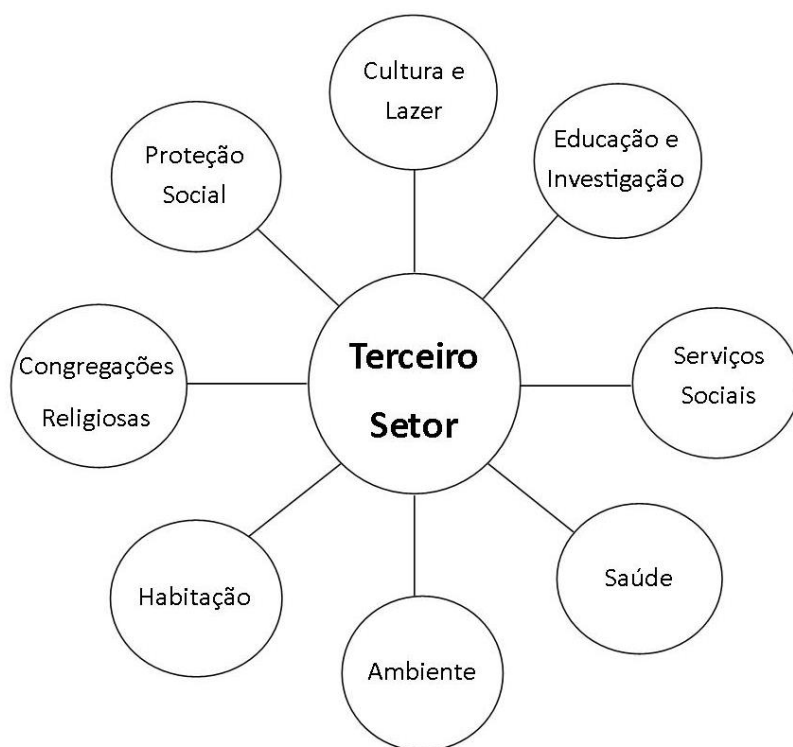


Figura 1 – Exemplos de Atuação do Terceiro Setor

Fonte: Elaboração Própria

Tal como mostra a figura anterior, o Terceiro Setor atua em vários contextos, estando aqui ilustrados apenas alguns deles.

A Lei de Bases da Economia Social, aprovada a 15 de março de 2013, apresenta no art. 4º as seguintes entidades: Cooperativas, Associações Mutualistas, Fundações, Misericórdias, Associações de Solidariedade Social (IPSS), Outras Associações/Organizações de Economia Social (Cunha & Nogueira, 2017).

No que concerne às Cooperativas, estas definem-se como pessoas coletivas autónomas, que visam a satisfação das necessidades económicas, sociais e culturais da população (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012). As Associações Mutualistas definem-se como um conjunto de associados de número ilimitado, com duração indefinida praticando os seus interesses e das suas famílias (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012).

As Fundações definem-se como uma pessoa coletiva, sem fins lucrativos, com posse de um património suficiente, que tem como principal fim os interesses sociais daqueles que traduzem o benefício do fundador ou seus parentes, bem como com entidades ou pessoas singulares com relações de amizade ou próximas. As Misericórdias, por sua vez, são caracterizadas como satisfazer carências sociais praticando o culto católico, uma vez que são constituídas na ordem jurídica canónica (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012).

As IPSS têm como principal objetivo prevenir situações de carência ou exclusão social, bem como promover a integração comunitária de toda a população necessitada (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012).

São instituições que desenvolvem a sua atividade em quatro grandes áreas:

- Segurança Social;
- Saúde;
- Educação; e
- Habitação (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012).

De forma resumida, é possível afirmar que são entidades sem fins lucrativos, de índole privada, para dar resposta aos seguintes objetivos:

- Dar apoio a crianças e jovens;
- Dar apoio à família;
- Promover a integração social e comunitária;
- Promover a proteção aos cidadãos na velhice e invalidez, bem como promover o apoio na falta ou diminuição dos meios de subsistência;
- Promover a proteção na saúde, através de cuidados de medicina preventiva, curativa e reabilitação;
- Promover a educação e formação de todos os cidadãos, de igual forma; e
- Resolver problemas habitacionais da população (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012).

Neste sentido, torna-se pertinente identificar qual o tipo de organização utilizada para o presente estudo, sendo esta caracterizada como uma IPSS, que se encontra diretamente ligada à Diocese. Esta tem como objetivo promover, essencialmente, o bem-estar de clientes idosos, bem como dar apoio às suas famílias.

II.1.1 – Sustentabilidade do terceiro setor

Segundo a ONU (2001) Sustentabilidade é classificada como “...desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações satisfazerem as suas próprias necessidades” (Cunha & Nogueira, 2017).

Na perspetiva de Chaves (2010), o principal desafio com que o Terceiro Setor se irá deparar futuramente será a sua autossustentabilidade, uma vez que está cada vez mais difícil conseguir financiamentos, e a concorrência encontra-se cada vez mais forte (Dias, 2018, p. 7).

De acordo com o Primeiro Grande Inquérito sobre Sustentabilidade, realizado no ano de 2016, a grande maioria dos portugueses já ouviu falar de Sustentabilidade. Todavia, um terço da população nunca teria ouvido falar neste tema, uma vez que apresentam idades superiores a 50 anos e residem em Zonas mais Rurais, tal como mostra a figura a seguir apresentada (Schmidt, Truninger, Guerra, & Prista, 2016).

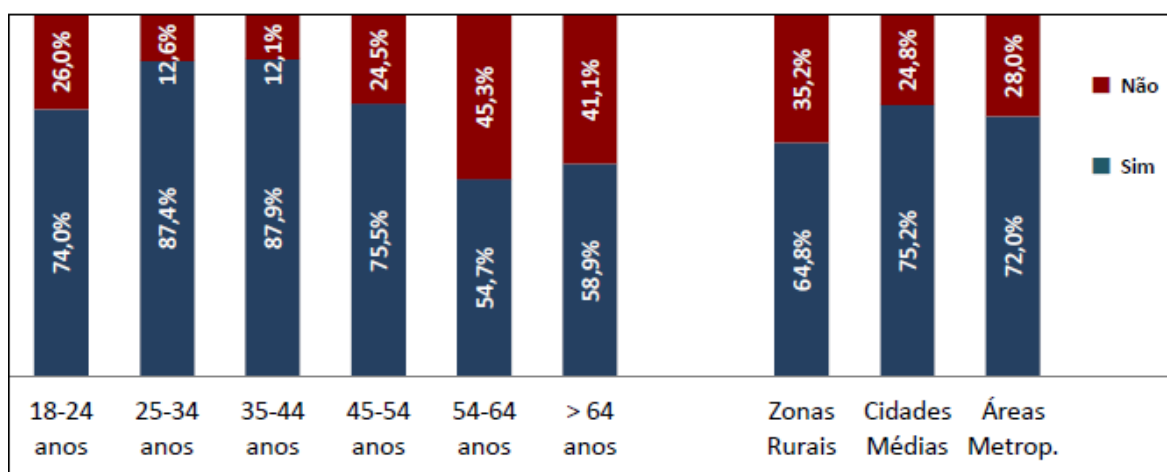


Figura 2 – Familiaridade com Sustentabilidade segundo a idade e o habitat

Fonte: Schmidt, Truninger, Guerra & Prista, 2016, p. 24

Ainda neste estudo, comprovou-se que os portugueses continuam com uma visão pouco alargada das várias dimensões do conceito de sustentabilidade, uma vez que o Ambiente e a Economia se destacam em relação às Questões Sociais, Governança e Cidadania (Figura 3) (Schmidt, Truninger, Guerra & Prista, 2016).



Figura 3 – Dimensões da Sustentabilidade (categorias de resposta)

Fonte: Schmidt, Truninger, Guerra & Prista, 2016, p. 29

Segundo Bonini (2012), o conceito de Sustentabilidade tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento económico, social, bem como para o meio ambiente saudável presente, sem nunca comprometer as necessidades futuras.

O ano de 2015 ficou marcado pela transformação dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, nos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esta transformação fundamenta-se nos progressos e lições aprendidas com os Objetivos dos Milénio. Os novos objetivos definem as prioridades e pretensões do desenvolvimento sustentável global procurando atingir metas comuns, promovendo a qualidade de vida de todos os cidadãos, proteger o meio ambiente e combater as alterações climáticas (Centro Regional de Informação das Nações Unidas, 2019).

Na tabela seguinte apresentar-se-á a evolução dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio para os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:

Tabela 1 – Objetivos do Desenvolvimento do Milénio vs Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Objetivos de Desenvolvimento do Milénio	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
1. Reduzir a pobreza extrema e a fome	1- Erradicar a pobreza
2. Alcançar o Ensino Primário Universal	2- Erradicar a fome
3. Promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres	3- Saúde de qualidade
4. Reduzir a mortalidade infantil	4- Educação de qualidade
5. Melhorar a saúde materna	5- Igualdade de género
6. Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças	6- Água potável e saneamento
7. Garantir a sustentabilidade ambiental	7- Energias renováveis e acessíveis
8. Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento	8- Trabalho digno e crescimento económico
	9- Indústria, Inovação e Infraestruturas
	10- Reduzir as desigualdades

11- Cidades e comunidades sustentáveis

12- Produção e consumo sustentáveis
--

13- Ação climática

14- Proteger a vida marinha

15- Proteger a vida terrestre

16- Paz, Justiça e Instituições eficazes

17- Parcerias para a implementação dos objetivos

Fonte: Elaboração Própria

Perante o desafio da sustentabilidade, ao nível global e abrangendo todas as áreas da vida em sociedade, torna-se pertinente perceber o tema de Sustentabilidade nas Questões Sociais (Organizações Sociais), uma vez que sem a participação da mesma, nenhum processo será sustentável. No entanto, ainda é difícil, agilizar, na prática, estes dois conceitos, o que dificulta a aplicabilidade de medidas para que se atinja a longevidade institucional (Cunha & Nogueira, 2017).

Numa sociedade onde predominam grandes mudanças sociais e económicas, as IPSS têm de promover a qualidade e diversidade da prestação dos seus serviços, mantendo a sua sustentabilidade (Cunha & Nogueira, 2017). Neste sentido, todas as IPSS enfrentam como principal desafio as práticas de gestão.

Posto isto, o maior desafio com que os gestores se deparam para a sustentabilidade das suas organizações sociais é conseguir controlar as pressões dos contextos interno e externo das mesmas.

No que toca ao posicionamento extrínseco da sustentabilidade organizacional, este debruça-se sobre o facto de as organizações penderem toda a sua atividade no fator económico, social e ambiental, tal como se verifica na seguinte figura:



Figura 4 – Tripé da Sustentabilidade

Fonte: Cunha & Nogueira, 2017

Até à atualidade, a visão que prevalecia nas organizações tinha em vista, essencialmente, a maximização dos lucros e a competição de apresentação dos melhores preços no mercado. Todavia, a visão que prevalece, no momento, é uma visão reducionista e ineficiente. A preservação de valores, como a proteção dos direitos do trabalhador e do consumidor são encaradas como uma diferenciação a nível de mercado (Cunha & Nogueira, 2017).

Relativamente ao posicionamento intrínseco da sustentabilidade organizacional, alguns autores defendem como pilares essenciais, a eficácia e a eficiência e outros defendem que, em conjunto com estes, existem outros fatores organizacionais, tais como os saldos patrimoniais, concentração de fontes de financiamento, custos administrativos e margens operacionais baixas ou negativas. Para além disto, ainda existe quem defenda que para assegurar a sustentabilidade financeira de uma organização é necessária criatividade face às necessidades do quotidiano (Cunha & Nogueira, 2017).

Assim, torna-se pertinente adotar estratégias adequadas à realidade de cada organização, ou seja, compreender o meio envolvente e transaccional, bem como avaliar a organização internamente. Posto isto, devem-se definir os objetivos e implementar a estratégia mais adequada. Todavia, existe uma grande resistência à mudança, e por isso, deverá haver um incentivo à inovação de forma a rentabilizar e otimizar recursos. Mas para isso, os gestores

também deverão ter em conta questões relacionadas com a vida das pessoas (Santos P. M., 2016), não esquecendo as especificidades da missão das organizações da economia social.

As organizações sociais são vulneráveis a influências externas, uma vez que necessitam do retorno financeiro que lhes garanta a sua sustentabilidade, daí a importância do contexto sociocultural, o *feedback* dos *stakeholders* e a busca de fontes de financiamento (Santos P. M., 2016). A dependência ainda excessiva dos apoios públicos, os quais são cada vez mais escassos e limitados, exige dos gestores sociais uma capacidade de encontrar novas soluções para responder aos desafios sociais e manter a sua organização financeiramente sustentável.

A excelência dos serviços e a equidade social são os dois grandes focos de qualquer organização, uma vez que garante a satisfação dos clientes e das equipas multidisciplinares, promovendo a sua sustentabilidade (Santos P. M., 2016).

De forma sintetizada, é possível abordar alguns pontos essenciais para a melhoria da sustentabilidade das IPSS, tais como:

- Profissionalização dos quadros dirigentes;
- Variação das fontes de financiamento;
- Renegociação de contratos de fornecimentos de serviços e/ou produtos;
- Estabelecer novas parcerias;
- Racionalização da oferta de serviços;
- Promover práticas de Marketing Social; e
- Apostar nas Tecnologias de Informação e Comunicação (Soares, Fialho, Chau, Pestana, & Gageiro, 2012).

Tendo em conta todos estes pontos essenciais, é possível abordar um outro que, na atualidade, também se tem vindo a demonstrar, sendo ele a Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade nas organizações sociais.

II.2 - Qualidade

O conceito de Qualidade ou Gestão de Qualidade caracteriza-se como algo muito complexo e multifacetado. Segundo Deming (s.d.) “há coisas que não são conhecidas nem passíveis de ser conhecidas” (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

A qualidade “absoluta” não existe, uma vez que está diretamente relacionada com a satisfação de cada consumidor, relativamente às características do produto, bem como o seu custo (Pires, 2016, p. 33).

Na atualidade, existem muitas definições do termo Qualidade, e por isso torna-se pertinente procurar um elemento comum a todas elas, ou seja, os indivíduos. Estes são os elementos que controlam todo o processo de Qualidade, apresentam os Resultados e experimentam as consequências (António, Teixeira, & Rosa, 2016). Assim, não se torna fácil a definição de Qualidade, havendo necessidade de partir de alguns conceitos básicos e serem posteriormente adaptados a cada caso concreto (Pires, 2016, p. 34).

A Gestão da Qualidade em Portugal pretende contribuir para a qualificação das pessoas e para o aumento da produtividade, com o objetivo de atingir a qualidade e todas as relações, tais como empresários e estado, empresas e consumidores, empresários e colaboradores e entre empresas (António, Teixeira, & Rosa, 2016, p. 17).

São vários os mitos existentes em relação a este conceito. Em primeiro lugar, existe a tendência em relacionar a qualidade como sendo um problema fabril, ou seja, “qualidade não se controla, fabrica-se”. Apesar de esta afirmação não ser totalmente errada, é preciso ter em atenção que a qualidade depende de todo o seu ciclo, ou seja de todas as atividades de uma empresa/organização. A qualidade depende desde a identificação das necessidades de cada cliente à satisfação do mesmo. Em segundo lugar, existe a convicção de que um produto ou serviço com melhor qualidade terá de ser obrigatoriamente mais caro, o que não é a realidade.

Em terceiro lugar considera-se qualidade como um termo subjetivo e por isso impossível de definir, sendo que aqueles que a tentam definir objetivamente, estão condenados ao fracasso. Atualmente existem conhecimentos técnicos e científicos que nos permitem uma definição concreta de qualidade, mesmo que neles existam aspetos subjetivos.

Por último, a qualidade é considerada um sinónimo de tecnologia. Esta associação de termos não se apresenta totalmente correta uma vez que, apesar de a tecnologia poder auxiliar para a obtenção de melhor qualidade, esta vai depender sempre da expectativa de cada cliente e da sua satisfação (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

O presente conceito desenvolve-se através de um ciclo, onde se começa por identificar as necessidades dos clientes, estudando-se, posteriormente, a melhor solução técnica de

satisfação dos mesmos. Durante e após este estudo ocorrem atividades de verificação interna, de forma a originar medidas corretivas e preventivas, caso necessário, reiniciando-se um novo ciclo.

O conceito de Gestão da Qualidade foi abordado, primeiramente, por Walter Shewhart, no ano de 1930. Este criou e aplicou uma carta de controlo com o intuito de assegurar a qualidade dos produtos fabricados, tendo em conta alguns valores, tais como o Uso; o Custo; a Estima; e a Troca. Para este autor, o processo produtivo baseava-se em três passos, de forma linear: Especificação (o que se pretende); Produção (coisas para satisfazer a especificação); e Inspeção (coisas produzidas para verificar aquilo que se pretende), que mais tarde, Juran vinha a defender estes três passos, mas apresentados em forma de espiral (António, Teixeira, & Rosa, 2016, p. 50).

Na perspetiva de Juran (1995), a gestão é a responsável pela melhoria no desempenho da organização. Este introduziu o conceito de cliente interno, pela primeira vez, ou seja, na linha de produção, o cliente é o próximo elemento da cadeia. Assim, segundo este autor existem duas situações distintas: Controlo e Prevenção. No Controlo, a atitude do gestor supõe que o desempenho da organização é suficientemente bom, e não necessita de ser melhorado. Na Prevenção, observa-se o oposto, havendo a necessidade de uma melhoria contínua. Por isso, terá de haver alguém que incentive a mudança a longo prazo, apesar da dificuldade que os gestores apresentam, em gerir o seu tempo, para o planeamento dessa mudança (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

Deming é considerado o autor mais importante da Gestão da Qualidade. Este defendia que grande parte dos problemas da qualidade é da responsabilidade da gestão, pondo em causa um dos principais mitos da qualidade (melhor qualidade implica aumento de custos). No modelo tradicional, a qualidade é vista como algo que aumenta os custos e por isso influencia negativamente a produtividade. Todavia, Deming desafia este modelo defendendo que as necessidades dos consumidores e suas expectativas são o ponto fulcral para a melhoria da qualidade, defendendo ainda que, dentro de uma organização terá de existir um movimento contínuo de melhorias (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

Posto isto, Deming criou um Ciclo para a solução desses problemas. Assim, ficou denominado como o Ciclo de Deming (PDCA), *Plan, Do, Check, Act*, ou seja, Planear, Executar, Verificar e Agir (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

A Abordagem de Deming pode ser resumida da seguinte forma:



Figura 5 – Abordagem de Deming

Fonte: Pires, 2016, p. 39

Para Deming, a qualidade melhora a produtividade e a posição competitiva, tendo sempre em conta três tipos de Qualidade: Qualidade de concepção, Qualidade de desempenho e Qualidade de funcionamento (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

A abordagem de Crosby em relação a este tema apresenta uma junção de ideias de Deming e Juran, uma vez que, defende que quando se discute qualidade, automaticamente se trata de resolução de problemas de pessoas. Este autor defende que é possível verificar, através de uma grelha, quando uma empresa começa a integrar a gestão da qualidade no processo de gestão geral.

Tabela 2 – Grelha de Maturidade

Grelha de Maturidade	
Incerteza	A Gestão não tem conhecimento da qualidade como uma ferramenta positiva de gestão.
Despertar	A Gestão começa a reconhecer que a gestão da qualidade pode ajudar mas não lhe afeta recursos.
Clarificar	A Gestão decide introduzir um programa formal de qualidade.
Saber	A Gestão e a organização atingem o estado em que mudanças permanentes podem ser feitas.
Certeza	A Gestão da Qualidade é uma parte vital da Gestão da Empresa.

Fonte: Elaboração Própria

Em suma, todas estas abordagens defendem a necessidade de melhorias contínuas; defendem que a grande responsabilidade de atingir a qualidade é da gestão; e que todas as mudanças de atitudes levam o seu tempo, necessitando de serem geridas a longo prazo.

Posto isto, é possível concluir que todas as abordagens em questão foram essenciais para que se atingisse o conceito de Qualidade existente na atualidade. Tanto o Controlo, como as Consequências, os Resultados e o Processo, são importantes de igual forma para garantir a Qualidade de qualquer produto ou serviço. Todavia, Deming é o autor com o círculo de ideias mais completo, no que toca ao conceito de Qualidade, defendendo ainda a Melhoria Contínua.

Na tabela seguinte é possível observar um resumo da evolução do conceito de Qualidade.

Tabela 3 – Evolução do conceito de Qualidade

Autor	Perspetiva	Definição de Qualidade
Walter Shewhart (1930)	Controlo da Qualidade	A parte mais importante da linha de produção é o consumidor.
Juran (1995)	Consequências	Adaptação ao uso. A Gestão é a responsável pela Qualidade.
Crosby	Resultados	Verificação dos resultados de acordo com os requisitos.
Deming	Processo	Implica todo o processo de fabrico, por forma a que, os produtos cheguem aos consumidores de forma a que fiquem satisfeitos.

Fonte: Elaboração Própria

No que toca à melhoria contínua, a mesma defende que qualquer organização deve demonstrar o caminho que tem a percorrer e aquele já percorrido, para que haja melhoria nos seus níveis de desempenho (Pires, 2016, p. 181).

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-lo, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.” (Fernando Pessoa) (Santos, 2018, p. 70).

Nesta perspetiva, é possível definir dois tipos de ações: Ações Corretivas e Ações Preventivas. No que toca às ações corretivas, sempre o que é planeado se consegue atingir, tornando-se necessário analisar a origem do problema. Assim, como fontes de informação, podem-se definir, entre outras: Análise das reclamações dos clientes; Análise de relatórios

de Não Conformidades; Análise de Relatórios de auditorias internas; Aplicação de métodos eficazes com ações corretivas.

No que se refere às ações preventivas, é recomendável a utilização de Ferramentas de Gestão da Qualidade, que são apresentadas mais à frente.

II.2.1 - Gestão Por Processos

Quando se fala em gestão por processos numa organização, é necessário ter em conta todo o conjunto de atividades, realizadas em todas as áreas, que se encontram interligadas com uma entrada e uma saída claramente definidas. São estas que dão origem aos resultados de uma empresa ou organização.

Assim, é possível definir atividade como um conjunto de tarefas que se encontram interligadas, sendo que uma tarefa é um ato elementar realizado por uma pessoa/máquina.

Os processos podem estar representados de forma hierárquica, tal como se pode verificar na seguinte figura:

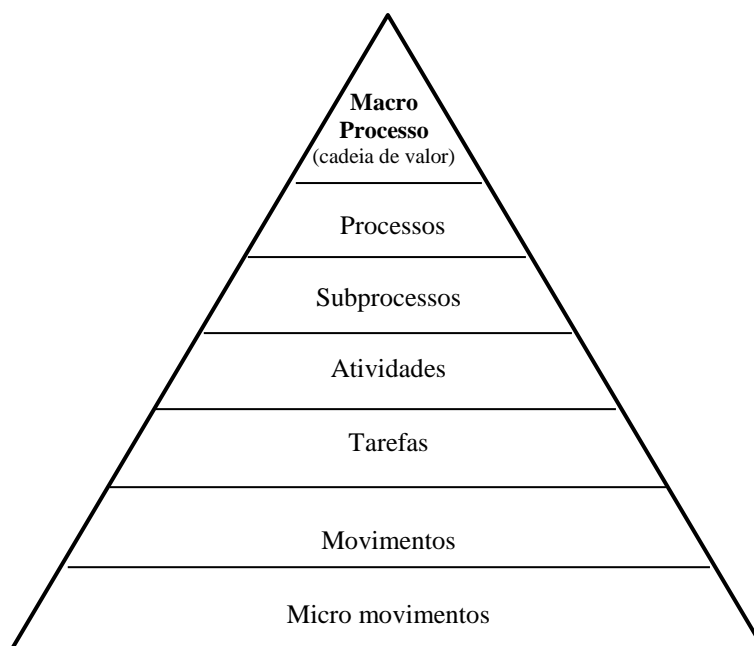


Figura 6 – Hierarquia de Processos

Fonte: Pires, 2016, p. 185

Qualquer processo deverá ser definido pela direção de topo, de forma a garantir a concordância entre os objetivos do processo e os objetivos do negócio. Os processos

também deverão ser interfuncionais por natureza, uma vez que permite diminuir barreiras funcionais, permitindo a identificação e caracterização dos processos; atribuição de responsabilidades pela gestão de topo; avaliação da sua eficácia; e melhoria de desempenho dos processos. Também deverá ter associado um conjunto de objetivos com respetivos indicadores, mantendo o seu foco no cliente (Pires, 2016, pp. 185-186).

Cada processo deverá ter definido, para efeitos de monitorização, os seus objetivos, fatores críticos de sucesso, características a medir e indicadores (Pires, 2016, p. 186).

II.2.2 - Ferramentas De Gestão Da Qualidade

Para a Implementação da Gestão da Qualidade são necessárias algumas ferramentas que vão auxiliar em algumas tomadas de decisões, para que se consiga atingir um grau de eficiência/eficácia de uma determinada atividade ou processo.

São variadas as Ferramentas de Gestão da Qualidade:

- **Diagrama de Pareto:** os problemas são repartidos, fazendo-se a análise de cada parte individualmente.
- **Diagrama de causa-efeito ou Diagrama de Ishikawa:** técnica utilizada para encontrar a relação entre um efeito e as causas para esse efeito.
- **Histogramas:** mostra a variação entre um processo num determinado período;
- **Folhas de Verificação:** documento elaborado em forma de tabela para auxiliar a recolha de dados;
- **Gráficos de Dispersão:** modelo representativo de duas ou mais variáveis dentro de um gráfico;
- **Cartas de Controlo:** gráficos utilizados para acompanhar um determinado processo;
- **Fluxograma:** apresenta uma sequência lógica de tudo que é realizado nas etapas do processo;
- **Brainstorming:** “tempestade de ideias” ou seja, técnica utilizada para gerar ideias dentro de um grupo de pessoas através de soluções interessantes e criativas na resolução de um problema;
- **Benchmarking:** ferramenta que faz a comparação entre os processos de uma empresa com outras empresas bem-sucedidas;

- **5W2H:** ajuda a planear as ações. Assim é preciso elaborar um quadro e responder às perguntas: O quê? Quando? Porquê? Onde? Como? Quem? Quanto?;
- **5S:** cinco princípios (*Seiri, Seiton, Seisou, Seiketsu, Shitsuke*) – Senso de Utilização, Organização, Limpeza, Saúde ou Melhoria Contínua, Autodisciplina, que podem ser implementados na organização para gerar a qualidade;
- **PDCA:** possui as etapas Planear, Executar, Verificar e Agir para controlar um processo de uma organização (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

II.2.3 - Custos da qualidade

Deming defende que existem custos que não são conhecidos nem possíveis de serem conhecidos, tal como por exemplo, os custos de um cliente não satisfeito (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

O modelo mais conhecido relacionado com os custos da qualidade subdivide-se em quatro títulos:

- 1 – Custos de Prevenção:** têm como objetivo reduzir a probabilidade de custos das falhas que possam ocorrer;
- 2 – Custos de Avaliação:** Custos relacionados com atividades que pretendem assegurar a conformidade dos produtos;
- 3 – Custos de Falhas Internas:** Custos relacionados com um produto que não satisfaz os requisitos previamente estabelecidos e que foi identificado antes da entrega ao consumidor;
- 4 – Custos de Falhas Externas:** Custos relacionados com um produto que não satisfaz os requisitos do cliente, após a sua entrega (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

II.2.4 - Princípios e Normas da Qualidade

A norma NP EN 9001:2015 baseia-se em sete princípios de gestão da qualidade, que se apresentam na seguinte tabela:

Tabela 4 – Norma 9001:2015

Princípios	Objetivo
Foco no Cliente	Compreender as necessidades atuais e futuras dos clientes e satisfazer as suas expetativas.

Liderança	Os líderes deverão criar um ambiente interno motivador para que os colaboradores se comprometam a atingir os objetivos da organização.
Comprometimento das Pessoas	Todas as pessoas são uma mais valia para a organização, onde o seu comprometimento permite que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da organização.
Abordagem por processos	O resultado é atingido de forma eficiente quando as atividades são geridas por processos.
Melhoria	Qualquer organização terá de ter em conta uma preocupação de melhoria contínua, no seu desenvolvimento global.
Tomada de decisão baseada em evidências	Qualquer tomada de decisão deverá ter como base evidências objetivas, factos e dados credíveis.
Gestão das Relações	A interdependência de uma organização e seus fornecedores potencia o sucesso sustentado.

Fonte: Santos G. , 2018, pp. 15-16

As Normas ISO foram criadas pela Organização Internacional de Padronização (ISO). Estas têm como objetivo melhorar a qualidade de produtos e serviços. A ISO começou a funcionar oficialmente no ano de 1947 (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

Esta normalização está baseada num documento, que oferece um modelo padrão para a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade. As normas mais conhecidas são:

- **ISO 9000:2015** - Sistema de Gestão da Qualidade (Fundamentos e Vocabulário) - contém todos os termos utilizados no sistema;
- **ISO 9001:2015** - Sistema de Gestão da Qualidade (Requisitos) - explica os requisitos para obter a certificação;
- **ISO 9004:2011** - Gestão para o Sucesso Sustentado de uma Organização (Uma abordagem de Gestão da Qualidade) - é um documento com instruções para implementar o Sistema de Gestão da Qualidade (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

Destas, as mais importantes são as ISO 9000 e 9001, uma vez que permitem a certificação das organizações (António, Teixeira, & Rosa, 2016).

As Normas não se encontram estanques, sendo que as revisões a estas são constantes devido à evolução da própria sociedade. Assim, a ISO aplicada na atualidade é a 9001:2015, que incorpora melhorias consideráveis em relação às versões anteriores, tais como: Contexto da organização, Serviços, Pensamento baseado no risco, Foco no resultado, Novo requisito de conhecimento organizacional, Introdução da inovação, Partes interessadas (*stakeholders*), entre outros. Esta atualização surge com o objetivo de explicar o que as organizações devem colocar em prática, todavia não é clara quanto à forma como o devem fazer. Mesmo assim, é assegurada a aplicabilidade desta a qualquer organização (Cardoso, 2017).

As Normas da família ISO 9000 podem resumir-se através do Ciclo de Deming – “PDCA”, tal como se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 5 – Ciclo de Deming – “PDCA”

<i>Plan (Planear)</i>	Determina todos os objetivos e processos necessários de forma a cumprir com os requisitos do cliente e as políticas da organização.
<i>Do (Executar)</i>	Implementa os processos.
<i>Check (Verificar)</i>	Monitoriza e mede os processos e produtos comparando com os objetivos e requisitos do mesmo, reportando resultados.
<i>Act (Atuar)</i>	Realiza ações com o objetivo de melhorar o desempenho dos processos.

Fonte: Santos, 2018, pp. 19-20

Na presente norma é possível considerar alguns dos termos mais relevantes, que facilitam a compreensão das questões relacionadas com o Sistema de Gestão da Qualidade:

- Contexto da Organização: considerar os fatores internos e externos à organização;
- Parte interessada (*stakeholders*): Elemento que pode afetar ou ser afetado por uma decisão da organização;
- Melhoria: Atividade que tem como objetivo aperfeiçoar o desempenho;
- Planeamento da Qualidade: Foco no cumprimento dos objetivos da qualidade e na especificação dos processos operacionais necessários;
- Processo: Atividades inter-relacionadas para atingir o resultado pretendido;
- Procedimento: Forma como se realiza uma atividade ou processo;

- Design e desenvolvimento: Processos que transformam requisitos iniciais em requisitos mais detalhados;
- Qualidade: Grau de satisfação de um determinado objeto ou serviço;
- Requisitos: Necessidade ou expectativa, geralmente implícita ou obrigatória;
- Não conformidade: Não satisfação de um requisito;
- Rastreabilidade: Capacidade de se seguir a história, ou seja aplicação ou localização de um objeto;
- Risco: Fruto da incerteza, que pode ser positivo ou negativo;
- Evidência objetiva: Resultados que dão suporte à veracidade de algo;
- Informação documentada: Informação que deve ser controlada pela organização;
- Especificação: Documento que estabelece requisitos;
- Registo: Documento que fornece evidência das atividades realizadas;
- Documento: Onde consta a informação necessária;
- Satisfação do cliente: verificação da satisfação quanto às suas expectativas;
- Reclamação: Expressão de insatisfação de um produto ou serviço, por parte de um cliente à própria organização, com a expectativa da sua resolução;
- Característica metrológica: Característica que pode influenciar os resultados da medição;
- Monitorização: Verificação do estado de um processo, produto, serviço ou atividade;
- Ação preventiva: Pretende prevenir ocorrências de não conformidade;
- Ação corretiva: Pretende eliminar a causa de uma não conformidade (Santos G. , 2018).

Para se proceder à Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa empresa ou organização é necessário conhecer a verdadeira realidade da mesma, ou seja realizar o seu diagnóstico, com a aplicação de entrevistas e questionários.

Assim, será necessário compreender as seguintes fases:

- 1 – Nomeação do(s) Responsável(eis) da Qualidade;
- 2 – Informação e apresentação pela Gestão de topo da organização do(s) Responsável(eis) da Qualidade a todos os colaboradores da mesma;
- 3 – Formação e informação para a qualidade;

- 4 – Auditorias de diagnóstico da empresa, levadas a cabo por uma equipa coordenada pelo Responsável da Qualidade (se a auditoria for executada por um auditor interno);
- 5 – Compreender a organização e o seu contexto, bem como as necessidades e expectativas das partes interessadas;
- 6 – Determinação do âmbito de certificação do Sistema de Gestão da Qualidade;
- 7 – Identificação dos riscos e oportunidades, bem como das ações para os tratar;
- 8 – Elaboração do Manual de Funções, com definição de responsabilidades e de competências, para todas as funções existentes na organização;
- 9 – Projeto e elaboração do Manual da Qualidade;
- 10 – Elaboração de Procedimentos da Qualidade e de Instruções de Trabalho, Matrizes, Mapas, Planos de Inspeção e de Ensaio e outros, de acordo com as necessidades e os sistemas;
- 11 – Reuniões periódicas de equipas de melhoria e de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade;
- 12 – Avaliação da evolução do processo;
- 13 – Realização de auditorias internas ao Sistema de Gestão da Qualidade;
- 14 – Verificação, melhoria e consolidação dos elementos do sistema implementado;
- 15 – Pedido de auditoria de certificação ao organismo certificador (Santos G. , 2018).

Na opinião de Saraiva e Teixeira (2010) existem algumas motivações que orientam as organizações para a Implementação do SGQ, nomeadamente:

- Certificação da organização e a garantia da qualidade dos seus produtos e/ou serviços;
- Redução dos custos da qualidade;
- Prevenção e correção de problemas da qualidade;
- Concorrência com sistemas já implementados;
- Alargamento e procura de novos mercados;
- Reforço e melhoria dos canais de comunicação entre as diferentes áreas da organização (Dias, 2018, p. 19).

Na perspetiva de Lemos (2011), as principais motivações para a implementação do SGQ são:

- Melhoria no desempenho e produtividade da organização;
- Maior foco nos objetivos definidos e nas expectativas do cliente;
- Abertura a novos mercados;
- Concorrer ao mesmo nível de outras instituições certificadas;
- Transmitir confiança aos clientes e potenciais clientes;
- Preservar a qualidade dos seus produtos e serviços (Dias, 2018, p. 19).

Todavia, segundo este autor, as instituições sociais deveriam olhar para o SGQ como um instrumento de apoio à gestão (Dias, 2018, p. 19).

Quando se fala no modelo **EQUASS**, torna-se pertinente referir que este, em Portugal, é assegurado pela APQ (Associação Portuguesa para a Qualidade) (APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade, s.d.)

O EQUASS apresenta como principal objetivo a promoção do desenvolvimento do setor dos serviços sociais incentivando os prestadores de serviços a garantir a qualidade e a melhoria contínua no desempenho das suas funções. Neste sentido, os prestadores de serviços passam a ter a possibilidade de se diferenciarem, utilizando a qualidade dos seus serviços como uma vantagem competitiva (APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade, s.d.).

Os programas de certificação EQUASS cumprem na sua plenitude os requisitos de qualidade europeus para o setor social (APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade, s.d.).

Em Portugal, o EQUASS integra 3 níveis de reconhecimento da qualidade nas organizações, sendo eles:

- Certificação da Qualidade nos Serviços Sociais (nível I);
- Certificação da Excelência nos Serviços Sociais (nível II);
- Prémio Europeu da Qualidade nos Serviços Sociais (nível III) (APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade, s.d.).

Este sistema apresenta 10 princípios da Qualidade, designadamente:

- Liderança;

- Recursos Humanos;
- Direitos;
- Ética;
- Parcerias;
- Participação;
- Orientação para o cliente;
- Abrangência;
- Orientação para os resultados; e
- Melhoria Contínua (APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade, s.d.).

Neste sistema são apresentados 2 níveis de Certificação: EQUASS Assurance e QUASS Excellence. As diferenças que existiam, primordialmente, entre ambos os níveis de certificação fizeram com que se introduzissem princípios, dimensões, critérios e indicadores, sendo ambos obrigados a cumprir (APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade, s.d.).

Existe uma forte ligação entre ambos os sistemas de certificação o que facilita o desenvolvimento e evolução dos sistemas da qualidade nas organizações prestadoras de serviços sociais.

Os **MAQRS** (Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais) baseiam-se na norma ISO 9001 e nos Modelos de Excelência EFQM - European Foundation for Quality Management (SGQ, 2011).

São oito as Respostas Sociais certificáveis por estes modelos:

- Centro de Acolhimento Temporário (CAT);
- Centro de Atividades Ocupacionais (CAO);
- Centro de Dia (CDD);
- Creche (CRH);
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI);
- Lar de Infância e Juventude (LIJ);
- Lar Residencial (LRD);
- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (PWS Consulting, s.d.).

Os requisitos do SGQ dos serviços prestados pelas Respostas Sociais estão estabelecidos nos MAQRS, que se executam em três produtos: Modelo de Avaliação da Qualidade; Manual de Processos-Chave e Questionários de Avaliação da Satisfação (SGQ, 2011).

A filosofia base destes modelos é a melhoria contínua, sendo que estes são ótimos instrumentos de autoavaliação (SGQ, 2011).

Todas as instituições têm ao dispor o Modelo de Avaliação da Qualidade, no âmbito do Subsistema da Ação Social, administrado pelo ISS (Instituto de Segurança Social), onde se encontram estabelecidos os requisitos necessários para a Implementação do SGQ.

De acordo com o Decreto Lei nº 64/2007, de 14 de março, a certificação da Qualidade contempla três escalões de exigência:

- Nível C – Obrigatório;
- Nível B – Voluntário;
- Nível A – Boas Práticas a caminho da excelência.

CAPÍTULO III - DESENHO METODOLÓGICO E ANÁLISE DE DADOS

A Metodologia tem como principal função analisar e descrever os métodos que irão ser utilizados ao longo da investigação, ou seja, ajuda na compreensão, não dos resultados obtidos, mas sim em todo o processo de obtenção dos mesmos (Coutinho, 2011, pp. 24-25).

Este processo de Metodologia apresenta ainda duas perspetivas, Quantitativa e Qualitativa. No que toca à perspetiva Quantitativa, esta assenta no método dedutivo, permitindo a análise de factos através da medição/avaliação de variáveis (Coutinho, 2011, p. 24). Na perspetiva de Pérez Serrano (1998) citado por Coutinho (2018), só é possível uma análise quantitativa a fenómenos observáveis, quantificáveis e medíveis, adequando-se o objeto de estudo ao método e não o método ao objeto de estudo. No que diz respeito à perspetiva Qualitativa, esta assenta no método indutivo, uma vez que, segundo Pacheco (1993) citado por Coutinho (2018) o investigador tem como objetivo descobrir o propósito da ação, podendo exibir variadas opiniões.

Posto isto, para a presente investigação irá ser utilizada a perspetiva Quantitativa uma vez que se aplicará uma Grelha de Verificação, com o objetivo de apurar a situação atual da instituição, que será composta por variáveis medíveis.

III. 1 - Métodos de Abordagem e Procedimentos

Quanto ao tipo de Investigação esta é caracterizada como Investigação Aplicada, uma vez que o estudo se destina a perceber quais os serviços que poderão ser melhorados criando o Manual do Sistema de Gestão da Qualidade. Desta forma vai ser possível aperfeiçoar o funcionamento do Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva, bem como continuar a passar uma boa imagem da instituição para a sociedade.

III.2 - Técnicas Utilizadas

Os principais tipos de pesquisa presentes neste estudo serão a Pesquisa Bibliográfica e a Pesquisa Documental, ou seja Documentos internos da instituição.

Segundo Bisquerra (1989) citado por Coutinho (2018) as Técnicas, num processo de investigação, apresentam-se como “procedimentos de atuação”, ou seja, meios que assistem o método, uma vez que dentro deste podem – se utilizar várias técnicas.

Assim, no presente estudo serão aplicadas entrevistas informais, de forma a perceber quais as regras aplicadas para o funcionamento da instituição, será também utilizada a técnica da Observação Participante que consiste na aplicação de uma Grelha de Verificação, baseada no Modelo de Avaliação da Qualidade, criado pelo “Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais”. Este programa tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais (Creche, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar Residencial, Centro de Atividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário), no que toca aos vários intervenientes – clientes, colaboradores, parceiros e sociedade e o seu próprio desempenho.

O Modelo de Avaliação da Qualidade, modelo base da presente investigação, baseia-se nos princípios de gestão da qualidade, onde se encontram estabelecidos os requisitos necessários à Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais.

O Modelo apresenta os seguintes objetivos:

- Promover o incentivo à melhoria dos serviços prestados pelas Respostas Sociais;
- Avaliar o desempenho das organizações e averiguar as oportunidades de melhoria permitindo atingir melhores resultados;
- Auxiliar na Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Neste sentido, a Grelha de Verificação apresenta todos os requisitos necessários à Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, constituindo uma ferramenta essencial à análise das lacunas que cada Resposta Social apresenta. Assim, torna-se possível encontrar soluções para a melhoria da qualidade dos serviços.

A presente grelha foi preenchida de forma presencial, juntamente com a Diretora Técnica da Instituição, fazendo a recolha dos documentos comprovativos.

III. 3 - Delimitação do Universo

O Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva (CSPCP), caracterizado como uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), situa-se na freguesia de Castelo de Penalva, concelho de Penalva do Castelo, distrito de Viseu.

A presente instituição surgiu por iniciativa do pároco da freguesia, Padre Manuel Clemente, devido às necessidades sentidas por parte dos idosos, bem como o isolamento dos mesmos (CSPCP, 2019).

A ERPI iniciou a sua atividade no ano 2005, na Residência Paroquial, depois de realizadas algumas adaptações, em instalações provisórias, com capacidade para 9 utentes (CSPCP, 2019). Posteriormente, e em concordância com o Instituto de Segurança Social, as novas instalações abriram portas à comunidade em fevereiro de 2009. Este espaço destaca-se pela familiaridade, aconchego e alegria que proporcionam aos idosos e a todos os que desejem integrar este espaço. A qualidade de vida dos utentes é a principal prioridade, por isso existe uma preocupação constante com a formação dos seus colaboradores e escolha de atividades lúdicas semanais que visam o bem estar e longevidade aos seus clientes. Atualmente, esta estrutura tem cinquenta e três clientes (CSPCP, 2019).

Relativamente à População Universo em estudo, esta é Finita, uma vez que o estudo/projeto apenas abrange o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva, ou seja, Direção e todos os Recursos Humanos que desempenham funções na mesma.

No que concerne à amostragem, esta não será necessário calcular, visto que os instrumentos e pesquisa serão aplicados a todo o Universo em estudo.

CAPÍTULO IV – INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS / APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

Toda a recolha de informação foi baseada em entrevistas informais com os colaboradores da instituição, observação participante, bem como através da aplicação de uma Grelha de Verificação do Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos (MAQRS) da Segurança Social (Anexo I).

Tendo em conta que o objetivo do estudo se baseia na criação do Sistema de Gestão da Qualidade para o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva, a Grelha de Verificação aplicada assenta em oito Critérios essenciais: 1º Liderança, Planeamento e Estratégia; 2º Pessoas; 3º Parcerias e Recursos; 4º Processos da Estrutura Residencial para Idosos; 5º Resultados Clientes; 6º Resultados Pessoas; 7º Resultados Sociedade; 8º Resultados Chave do Desempenho.

De acordo com o MAQRS do Instituto de Segurança Social, para que uma instituição consiga atingir o Nível de Certificação mais baixo (Nível C), deverá cumprir alguns itens dos Critérios 1, 2, 3 e 4, uma vez que os Critérios 5, 6, 7 e 8 dizem respeito aos Níveis A e B de Certificação.

Neste sentido, após a aplicação da Grelha de Verificação constatou-se que, de acordo com o funcionamento atual da instituição, o Nível de Certificação a trabalhar seria o Nível C, uma vez que existem ainda diversos itens a melhorar.

Relativamente ao primeiro critério (Liderança, Planeamento e Estratégia) é possível verificar que, no que toca à Documentação Estratégica (Missão, Visão, Valores, Política da Qualidade, Planos de Atividades, Organogramas e Objetivos) tudo se encontra bem definido em documentos Internos da Instituição (Manual de Acolhimento – Anexo III e Regulamento Interno – Anexo II). Apenas existem dois itens a melhorar, nomeadamente, a definição das funções para cada nível de gestão e a elaboração de relatórios para verificar se estão a ser atingidos os objetivos definidos.

No que concerne ao segundo critério (Pessoas) é possível constatar que, tudo o que toca a Recursos Humanos da Instituição, para atingir o Nível C de Certificação, está a ser executado, nomeadamente, cumprimento de requisitos legais, definição de perfis de cada grupo profissional, funções e responsabilidades de cada colaborador/técnico e criação de

seguros de acidentes de trabalho. Todavia, a instituição não tem definido o perfil dos voluntários e raramente promove ações de gestão emocional dos colaboradores.

No que diz respeito ao terceiro critério (Parcerias e Recursos) é possível verificar que, nada é executado formalmente no que toca à Gestão de Parcerias.

Todavia a Gestão de Recursos Financeiros é realizada de forma clara, sendo sempre estabelecido um orçamento anual, de acordo com o Plano de Atividades a desenvolver; são elaborados, periodicamente, relatórios financeiros (situação financeira atual, previsão no final do ano, balanço e previsão de cash-flow) e existem documentos para todas as funções financeiras e contabilísticas. Mas, de acordo com as respostas obtidas, não existe sistema para a gestão de contas de devedores e credores uma vez que estes não existem.

No que toca à Gestão de Informação é possível constatar que está definida a forma de identificação dos colaboradores que contactam com o cliente; estão disponíveis em local visível e acessível, todas as informações importantes para o funcionamento da instituição (nome do diretor técnico, quadro de colaboradores e respetivos horários, horário de funcionamento e das atividades, regulamento interno, ementas e dietas, indicação da existência de Livro de Reclamações, publicitação dos apoios financeiros da Segurança Social, licença de funcionamento da instituição, tabela de comparticipações das famílias, valor da mensalidade dos clientes e minuta dos contratos). Qualquer documento/informação pertinente ao cliente estará disponível e sempre que solicitado será facultada uma cópia. No contacto com o cliente, em todo e qualquer momento, será respeitada a sua individualidade, privacidade, dignidade e confidencialidade, aceitando e trabalhando as suas sugestões de melhoria. Existe ainda um Livro de Reclamações e a respetiva metodologia de gestão das mesmas, bem como os respetivos registos. No entanto, o cliente nem sempre é informado de cada fase de tratamento da sua reclamação. A Informação e Comunicação Interna, entre colaboradores e entre colaboradores e direção/equipa técnica, é realizada através do Placard Informativo e Livro de Ocorrências, sendo que todas as reuniões ficam registadas em Livro de Atas, cumprindo sempre a legislação relativa à proteção de dados pessoais.

Relativamente à Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais, é possível verificar que no que toca às Instalações, tudo é assegurado de forma eficiente e eficaz, procedendo ao respetivo registo. No acompanhamento aos equipamentos é possível concluir que todos cumprem com a legislação aplicável, e encontrando-se definidos todos os planos de

limpeza, bem como afixadas todas as regras de segurança dos equipamentos. No entanto, não estão identificados os dispositivos de medição e calibração dos mesmos, uma vez que não se aplica nos equipamentos constantes na instituição. No que toca aos Materiais, estes também cumprem a legislação e normas técnicas aplicáveis, sendo respeitados todos os itens relacionados com o Nível C de certificação.

No que diz respeito à Segurança da instituição, todos os itens são respeitados de forma eficaz, nomeadamente, segurança dos idosos, segurança noturna, prevenção de situações de infeções, violência, fuga e roubo, sendo definidas formas de atuação perante estas situações, situações de negligência, abusos e maus tratos, Segurança Higiene e Saúde no Trabalho e Segurança contra incêndios.

Em relação ao quarto critério (Processos da Estrutura Residencial para Idosos) é possível verificar que, ainda existem alguns pontos a melhorar para atingir o Nível C de Certificação. De acordo com as respostas da Grelha de Verificação, a instituição possui identificados os seus processos-chave, cumprindo todos os requisitos legais, estando definidos os objetivos operacionais para cada processo-chave, mantendo registos datados e assinados dos mesmos.

No que diz respeito à fase de Candidatura pode-se constatar que existe um responsável pelo atendimento ao cliente, assegurando condições de privacidade, confidencialidade e conforto. No atendimento, o cliente tem acesso a toda a informação relacionada com o funcionamento da instituição, sendo realizada uma visita às instalações. A seleção dos candidatos é realizada pelo presidente da Direção em conjunto com a Diretora Técnica, de acordo com os critérios de admissibilidade e priorização que se encontram contemplados no Regulamento Interno da Instituição. Assim, existe uma Lista de Candidatos e uma lista de critérios onde estão contemplados os critérios de priorização no posicionamento da lista de candidatos e critérios de exclusão da mesma. Numa fase inicial de admissão e acolhimento, o responsável qualificado pelo mesmo, realiza uma avaliação diagnóstica das necessidades e expectativas do cliente, na sua plenitude, sendo mantidos registos datados e assinados, fazendo parte integrante do processo individual do cliente. Numa fase posterior, é celebrado um contrato da prestação do serviço, assinado por todas as partes, onde são identificadas todas as condições, anexando a este o Regulamento Interno, entregando o original ao cliente. Após a admissão do cliente é elaborado o processo individual do mesmo, onde consta toda a documentação pertinente ao processo, exceto a carta de

admissibilidade e carta de aprovação, uma vez que a instituição contacta telefonicamente o utente aquando da seleção. Sempre que seja solicitado, será facultada uma cópia do processo individual, podendo o cliente ter acesso sempre que o desejar. No programa de acolhimento, a instituição já respeita, de forma eficaz, todos os itens a ele relacionado.

Relativamente à fase de elaboração do Plano Individual, a instituição já executa todas as fases relacionadas com o mesmo. Assim, numa fase inicial, o responsável qualificado para o efeito, avalia as necessidades e os potenciais desenvolvimentos do cliente de acordo com alguns critérios, tais como: bem-estar emocional, relacionamento interpessoal, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos, deveres e obrigações. Neste sentido, o Plano Individual (PI), elaborado em conjunto com o cliente, contém os dados de identificação do cliente, os objetivos gerais, a descrição das atividades a realizar ao longo da intervenção, identificação de riscos e as ações a implementar. Todavia, a instituição apenas realiza revisão do PI anualmente. No que toca ao Apoio Psicossocial, quando necessário, deve ser contemplado no PI sendo definidas as dimensões de intervenção, nomeadamente: avaliação e intervenção psicológica, acompanhamento social e apoio informativo e formativo. No entanto, este apoio apenas é realizado pelo técnico de serviço social, uma vez que a instituição não tem psicólogo. Todavia, quando se considera necessário, é realizado o encaminhamento do cliente para Psicologia. Quando existe a necessidade de saída do cliente, existe um técnico responsável por este processo, elaborando um programa de saída, em articulação com o cliente e/ou pessoas significativas, cumprindo toda a legislação em vigor.

No que diz respeito à fase de Planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal é possível verificar que, anualmente, o responsável qualificado elabora um Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal (PADP) para cada cliente, tendo em conta as suas necessidades e expectativas, concretizando ainda a sua implementação, monitorização, avaliação e revisão. Este plano é desdobrado em planos de atividades individuais, que contemplem nomeadamente: atividades lúdicas, culturais, sociais, intelectuais/formativas, espirituais/religiosas, quotidianas e desportivas. Para cada uma das atividades, o responsável define os objetivos, descrição, local de realização, calendarização, horários e recursos, assegurando que estão reunidas todas as condições para a realização das mesmas. Todavia, quando existem alterações ao PADP, os clientes

não são informados das mesmas, nem existem registos datados e assinados no que diz respeito à participação do cliente na realização das atividades.

Os Cuidados Pessoais e de Saúde são respeitados na íntegra, respeitando tudo o que se encontra definido, relativamente aos cuidados de Higiene Pessoal e Imagem, Cuidados de Saúde e Administração de Terapêutica, estando a instituição preparada para atingir o Nível C de certificação.

No que toca à Nutrição e Alimentação, a ementa é elaborada, por um responsável, de forma semanal. As refeições são variadas e adequadas às necessidades dos clientes, respeitando as dietas especiais prescritas pelo médico/dietista. A ementa é afixada em local visível, e sempre que haja alguma alteração os clientes são informados. No que toca à Preparação, Confeção e Distribuição das Refeições, os responsáveis cumprem todos os requisitos legais aplicáveis, respeitando as regras de higiene na preparação dos pratos e manutenção da temperatura do prato. Relativamente ao transporte de alimentos entre estabelecimentos, este não se aplica uma vez que, este serviço é inexistente, tal como acontece com as refeições que são adquiridas no exterior. De acordo com as necessidades dos clientes, é assegurada a hidratação e fornecimento de líquidos. Também o apoio na Alimentação e Promoção da Autonomia é assegurado, promovendo a autonomia do próprio cliente, estando definida a forma de atuação em situações de emergência, relacionadas com a ingestão de alimentos. Encontram-se também definidas as regras para a administração de alimentos por sonda, havendo registos datados e assinados relacionados com o apoio prestado.

Relativamente ao Apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana, estão definidos responsáveis pelo tratamento das roupas, respeitando algumas regras, nomeadamente: Recolha, Verificação e Seleção, Lavagem, Secagem, Reparação, Engomagem e Distribuição. Encontram-se também definidas as regras, para quando, numa eventualidade, o tratamento da roupa é realizado por entidade externa à instituição. Todavia, a instituição, não contempla registos datados e assinados, relativos às diferentes fases de prestação de serviço. Está definido um responsável qualificado pelo acompanhamento do cliente ao exterior, respeitando todas as regras de acompanhamento, cumprindo a legislação em vigor. São ainda mantidos registos datados e assinados relativos ao acompanhamento ao exterior. No que toca ao apoio na Aquisição de Bens e Serviços, também existe um responsável qualificado que, para intervir na aquisição de bens e serviços, cumpre com

todas as regras e condições gerais de segurança, sendo estas divulgadas junto do cliente e/ou pessoas significativas. Neste sentido, a instituição respeita todos os itens de forma íntegra para o Nível C de Certificação. Ao longo de todo o alojamento do cliente são respeitadas uma série de itens, nomeadamente: perfil do cliente para atribuição do espaço individual, acesso ao espaço individual, condições de privacidade e confidencialidade, liberdade de expressão e de opinião, gestão de conflitos, segurança, proteção e horários a cumprir, informações básicas de segurança e higiene. Todas estas regras têm como base o respeito pelos ritmos, hábitos e preferências do cliente, encontrando-se registos datados e assinados relativos à ocorrência de situações anómalas. No que toca à Organização e Higiene do Espaço Individual, as regras relativas a este ponto encontram-se definidas no PI do cliente, mantendo-se registos datados e assinados relativos à ocorrência de situações anómalas.

No que toca à Medição, Análise e Melhoria, ainda no quarto critério, verifica-se que existem ações de melhoria implementadas na instituição, todavia estas não se encontram documentadas.

No que concerne ao quinto critério (Resultados Clientes), apesar de este não ser pertinente para o Nível C de certificação, é possível verificar que a instituição se preocupa com o grau de satisfação dos clientes, todavia essa preocupação não é registada formalmente, podendo-se verificar apenas no dia-a-dia de funcionamento da instituição.

Relativamente ao sexto critério (Resultados Pessoas), apesar de também este não ser pertinente para o Nível C de certificação, é possível constatar que a instituição revela preocupação acerca do grau de satisfação e motivação dos colaboradores, todavia esta não fica registada formalmente, verificando-se apenas no dia-a-dia de funcionamento da instituição.

No que diz respeito ao sétimo critério (Resultados Sociedade), que também não se verifica pertinente para o Nível C de certificação, é possível constatar que todas as atividades desenvolvidas pela instituição são do conhecimento de toda a comunidade, promovendo o seu envolvimento, com o objetivo de satisfazer a comunidade, tendo sempre em conta a sua opinião e as suas propostas de melhoria. Todavia, o desempenho ambiental ainda terá de ser um pouco mais trabalhado uma vez que ainda não se encontra definida uma boa política ambiental.

No que toca ao oitavo e último critério (Resultados Chave do Desempenho, é possível verificar que existem resultados que evidenciam o desempenho da instituição, de acordo com os objetivos propostos. Todavia, este não se considera pertinente para a certificação Nível C.

Após a Interpretação e Análise dos Resultados da Grelha de Verificação torna-se pertinente proceder à Apresentação da Proposta da Criação do Sistema de Gestão da Qualidade para o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva. Neste sentido, serão apresentados inicialmente, os Processos de Gestão, seguindo-se os Processos Chave e terminando com os Processos de Suporte.

Relativamente à Gestão de Recursos Financeiros (PG01 – Gestão económico-financeira, Gestão Orçamental), esta realiza-se de forma clara. Todavia sugere-se uma melhoria no que toca à Gestão Orçamental. Neste sentido, propõe-se continuar a elaborar o Plano Orçamental Anual, criar um registo de Angariação de Fundos e continuar a realizar a análise e aprovação de contas.

Neste sentido, tudo o que diz respeito à Documentação Estratégica (PG02 – Gestão Estratégica, Gestão da Organização) propõe-se manter aquilo que a instituição já tem definido. Todavia, com a criação do Manual de Qualidade (MQ) sugere-se que sejam definidas as funções para cada nível de gestão e a elaboração de relatórios de verificação do cumprimento dos objetivos propostos, bem como a elaboração do Plano Estratégico e do Plano de Comunicação (Plano de Marketing).

No que concerne à Gestão de Parcerias (PG02 – Gestão Estratégica, Gestão de Parcerias), e tendo em conta que nada é executado formalmente, propõe-se a criação de um registo com os possíveis parceiros, bem como a criação do protocolo de parceria.

Na Gestão de Informação (PG03 – Gestão da Qualidade), apesar de alguns itens se encontrarem em funcionamento, propõe-se a melhoria com a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade. Neste sentido, sugere-se que exista um controlo de documentos e registos que contemple a Lista de Documentos SGQ, Controlo de documentos internos e externos, registo de distribuição de documentos, um controlo dos próprios registos e a realização de um Relatório no sentido de se verificar a eficácia do SGQ. Propõe-se ainda a criação de um registo de não-conformidades, ações corretivas e preventivas, bem como uma melhoria na gestão de reclamações e tratamento de sugestões, nomeadamente, a criação da carta de resposta à reclamação, um registo anual de reclamações, e um registo

de sugestões. Relativamente à Comunicação Interna, para além do Livro de Ocorrências já existente, sugere-se a criação de um Registo de Informação Interna, Diligências e Atas de Reunião, em substituição do Livro de Atas.

No que concerne aos Processos-Chave da instituição, é possível verificar que existem alguns itens a melhorar apresentando a seguinte proposta: Sugere-se a período do Acolhimento como PC01, contemplando: a fase do Atendimento com a criação de um registo de Atendimento, Ficha de Inscrição e uma Carta de Pedido; a fase da Avaliação para a Admissão, onde se encontra o registo com as condições e critérios de admissão e critérios de saída da lista de espera, a lista de candidatos, o relatório de avaliação de requisitos, a Carta de Aprovação e o Relatório de Aprovação dos Candidatos. Nesta fase propõe-se ainda uma pequena alteração ao Regulamento Interno, designadamente a Norma VII – Critérios de Priorização. O período do Acolhimento contempla ainda a fase do Processo de Admissão, onde se sugere o preenchimento de uma ficha de caracterização económica e familiar, a celebração do contrato de alojamento e a Ficha de Admissão; e a fase do Acolhimento propriamente dito, que contempla o preenchimento do registo de pertences, a caracterização do cliente, a avaliação diagnóstica, o programa de avaliação do acolhimento inicial e o Plano Individual.

Propõe-se a fase do Alojamento como PC02 que contempla os Registo de Informações Sociais, bem como alguns registos de apoio, designadamente o registo de visitas, o registo e relatório de visitas ao cliente, o registo de períodos de ausência e o registo de atividades instrumentais da vida quotidiana.

A fase da Alimentação é apresentada como PC03, que se apresenta subdividida noutras quatro fases: Preparação de ementas, onde se propõe o levantamento das necessidades alimentares especiais e a elaboração da ementa semanal; Receção, Armazenamento e Conservação dos Produtos Alimentares, onde consta o controlo de receção de materiais e produtos, controlo de validades, registo de temperatura dos alimentos e registo de temperatura dos equipamentos de armazenamento; Preparação e Confeção de Alimentos, onde consta o controlo da temperatura na zona de preparação e confeção dos alimentos, controlo de tempo da preparação ou confeção ao consumo dos alimentos e controlo de óleos da fritura; e Apoio na Alimentação e Promoção da Autonomia, que contempla o registo alimentar diário e a recolha de testemunhos.

A Higiene Pessoal é apresentada como PC04 onde se inclui os Cuidados de Higiene e Imagem e o registo de higiene dos espaços individuais.

Relativamente à fase de realização de Atividades, esta caracteriza-se como PC05, onde se abordam as atividades realizadas no interior da instituição bem como no exterior. Neste sentido, no que toca à realização de atividades, sugerem-se algumas melhorias, ou seja, continuar a elaborar o Plano Anual de Atividades, criar a Planificação e Avaliação dessas atividades, bem como criar um registo de presenças que será aplicado em cada atividade concretizada. No que concerne às atividades realizadas no exterior, o processo anterior também será realizado, sendo que se propõe ainda a criação de um registo destas atividades, em específico, bem como a criação de uma ficha de incidentes críticos que possam ocorrer no exterior da instituição, aquando a realização das atividades.

Por fim, mas não menos importante, sugerem-se os cuidados de saúde como o PC06, onde se podem encontrar três grandes grupos na área da saúde, nomeadamente: Atividades de Estímulo Cognitivo e Físico pessoal, onde consta uma lista das principais necessidades especiais, bem como um Registo da realização de atividades de estimulação; Administração de Terapêutica, que contempla o Plano Terapêutico de cada cliente, o registo de controlo da medicação, o registo de administração terapêutica, o registo de hipoglicémia e o registo de sinais vitais; Por fim, os cuidados de saúde e em situação de emergência, designadamente, uma lista de situações de emergência e as suas regras de atuação, um registo de primeiros socorros, um registo de hospitalizações e um registo de consultas médicas.

No que diz respeito à proposta dos Processos de Suporte contempla-se a Gestão de Recursos Humanos como PS01. Apesar de a instituição estar a cumprir todas as normas legais propõe-se, na área de Recrutamento e Seleção de Colaboradores, a criação de uma Matriz de Avaliação, um Guião de Avaliação de Entrevista de Seleção e Carta de Agradecimento e Exclusão. Na área das regras de conduta dos colaboradores propõe-se a criação de um registo de sanções disciplinares. No que diz respeito à gestão de horários e escalas de trabalho sugere-se a melhoria de alguns registos, nomeadamente: indisponibilidade do colaborador, horário mensal, escala de serviço semanal, pedido de troca de horário e registo de marcação de férias. No que respeita à área da Formação propõe-se a melhoria de alguns registos e a criação de outros, designadamente: identificação das necessidades de formação, registo das ações de formação, registo de

presenças da ação de formação, avaliação da ação de formação e o respetivo questionário de satisfação. No que toca ao Voluntariado, e tendo em conta que na atualidade não existem voluntários, torna-se pertinente a criação de fichas de inscrição, no caso do seu surgimento.

Sugere-se ainda como PS02 os Serviços Administrativos/Contabilidade, que contempla o Atendimento, Faturação e Contabilidade. No Atendimento propõe-se a repetição do que está explícito na fase d Acolhimento; a Faturação engloba o registo de produtos adquiridos e o Registo de Serviços Prestados; a Contabilidade engloba tudo o que diz respeito às Demonstrações Financeiras, criando-se um registo de envio de documentação TOC.

No que toca à Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais (PS03 – Manutenção) tudo é assegurado de forma eficiente e eficaz, propondo-se apenas a melhoria nos respetivos registos, nomeadamente a criação da lista de equipamentos, registo de manutenção dos equipamentos, registo de falhas e avarias dos equipamentos, registo de limpeza das viaturas e verificação mecânica, controlo de estado e quilómetros das viaturas, registo de limpeza das instalações, registo de limpeza da cozinha e lavandaria.

No que respeita à Segurança (PS03 – Manutenção) apenas se sugere a melhoria do registo de verificação das instalações técnicas e de Segurança, bem como a aplicação do registo de não conformidades sempre que necessário.

O Economato é proposto como PS04 que tem como objetivo realizar a Gestão de Stocks. Neste sentido, surge a necessidade de criar uma Lista de Fornecedores, um registo de Controlo de Receção de materiais e produtos, um Registo de Gestão de Stocks, um Registo de Consumíveis, e um Registo de Consumo de Bens Alimentares.

No que toca ao Tratamento de Roupas este propõe-se como PS05, criando para este efeito a Ficha de Registos da Lavandaria, controlando a roupa que entra e sai.

Em suma, propõem-se melhorias no funcionamento da instituição para que se consiga atingir o Nível C de certificação.

Em termos gerais, a estrutura geral do SGQ criado, contempla um Manual da Qualidade e uma estrutura documental, conforme tabela *infra*.

Tabela 6 – Lista de Documentos SGQ

	Instruções de Trabalho (IT)	Impressos
PG01 – Gestão Económico-financeira	IT01.PG01 – Gestão Orçamental	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PG01 - Plano orçamental anual; • IMP02.IT01.PG01 - Angariação de fundos; • IMP03.IT01.PG01 - Análise de contas; • IMP04.IT01.PG01 - Aprovação de contas.
PG 02 – Gestão Estratégica	IT01.PG02 – Gestão da organização	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PG02 - Plano Estratégico (BSC); • IMP02.IT01.PG02 - Plano de Comunicação (Plano de Marketing); • IMP03.IT01.PG02 - Acompanhamento dos Planos de Gestão; • IMP04.IT01.PG02 - Avaliação dos Planos de Gestão.
	IT02.PG02 – Gestão de Parcerias	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PG02 - Lista de Possíveis Parceiros; • IMP02.IT02.PG02 - Protocolo de Parceria.
PG 03 – Gestão da Qualidade	IT01.PG03 – Controlo de Documentos e Registos	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PG03 - Lista de Documentos SGQ; • IMP02.IT01.PG03 - Controlo de Documentos Internos e Externos; • IMP03.IT01.PG03 - Distribuição de Documentos; • IMP04.IT01.PG03 - Controlo de Registos; • IMP05.IT01.PG03 - Relatório.
	IT02.PG03 – Não conformidades, Ações Corretivas/Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PG03 - Registo Não conformidades, Ações Corretivas/Preventivas
	IT03.PG03 – Gestão de Reclamações	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PG03 - Registo Não conformidades, Ações Corretivas/Preventivas; • IMP01.IT03.PG03 - Modelo Carta de Resposta à Reclamação; • IMP02.IT03.PG03 - Registo Anual de Reclamações.
	IT04.PG03 – Tratamento de Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT04.PG03 - Registo de Sugestões; • IMP01.IT02.PG03 - Registo Não conformidades, Ações Corretivas/Preventivas.
	IT05.PG03 – Informação e Comunicação Interna	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT05.PG03 - Informação Interna; • IMP02.IT05.PG03 - Diligências; • IMP03.IT05.PG03 - Ata Reunião.

PC 01 - Acolhimento	IT01.PC01 - Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC01 – Registo de Atendimento; • IMP02.IT01.PC01 - Ficha de Inscrição; • IMP03.IT01.PC01 - Carta de Pedido.
	IT02.PC01 – Avaliação para Admissão	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PC01 – Condições e Critérios de Admissão e Critérios de Saída da lista de espera; • IMP02.IT02.PC01- Lista de Candidatos; • IMP03.IT02.PC01- Relatório de Avaliação de requisitos; • IMP04.IT02.PC01 – Carta de Aprovação; • IMP05.IT02.PC01 - Relatório de Aprovação dos Candidatos.
	IT03.PC01 – Processo de Admissão	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT03.PC01 - Ficha de Caracterização Económica e Familiar; • IMP02.IT03.PC01 - Contrato de alojamento ERPI; • IMP03.IT03.PC01- Ficha de Admissão.
	IT04.PC01 - Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT04.PC01 - Registo de Pertences; • IMP02.IT04.PC01 - Caracterização; • IMP03.IT04.PC01 - Avaliação Diagnóstica; • IMP04.IT04.PC01 - PAAI – Programa e Avaliação do Acolhimento Inicial; • IMP05.IT04.PC01 - PI – Plano Individual;
PC 02 - Alojamento	IT01.PC02 – Informação para parceiros	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC02 – Informação Social;
	IT02.PC02 – Registos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PC02 - Registo de Visitas; • IMP02.IT02.PC02 - Registo e Relatório de Visitas ao cliente; • IMP03.IT02.PC02 - Registo de períodos de ausência; • IMP04.IT02.PC02 - Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana.
PC 03 - Alimentação	IT01.PC03 – Preparação de ementas	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC03 - Necessidades Alimentares Especiais; • IMP02.IT01.PC03 - Ementa Semanal
	IT02.PC03 – Receção, Armazenamento e Conservação de Produtos Alimentares	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PC03 - Controlo de Receção de materiais e produtos; • IMP02.IT02.PC03 - Ficha de Controlo de Validades; • IMP03.IT02.PC03 - Ficha de Registo de Temperatura dos Alimentos; • IMP04.IT02.PC03 - Ficha de Registo de Temperatura dos Equipamentos de Armazenamento.
	IT03.PC03 – Preparação e Confeção de Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT03.PC03 - Controlo da temperatura na zona de preparação e confeção de alimentos; • IMP02.IT03.PC03 - Controlo de tempo: da preparação/confeção ao consumo dos alimentos; • IMP03.IT03.PC03 - Controlo dos óleos da fritura.

	IT04.PC03 – Apoio na Alimentação e Promoção da Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT04.PC03 - Registo Alimentar Diário; • IMP02.IT04.PC03 - Recolha de Testemunhos.
PC 04 – Higiene Pessoal	IT01.PC04 – Cuidados de Higiene e Imagem	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC04 – Higiene Pessoal e Cuidados de Imagem.
	IT02.PC04 – Organização e Higiene dos Espaços Individuais	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PC04 - Limpeza e Desinfecção dos Espaços Individuais: Registo.
PC 05 - Atividades	IT01.PC05 - Plano de Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC05 - Plano Anual de Atividades: Cronograma; • IMP02.IT01.PC05 - Planificação e Avaliação das Atividades; • IMP03.IT01.PC05 - Registo de Presenças.
	IT02.PC05 – Acompanhamento ao Exterior	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PC05 - Registo de Atividades na Comunidade; • IMP02.IT02.PC05 - Ficha de Incidentes Críticos no Exterior.
PC 06 – Cuidados de Saúde	IT01.PC06 - Atividades de Estímulo Cognitivo, Físico e Sensorial Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC06 - Lista de Necessidades Especiais; • IMP02.IT01.PC06 - Atividades de Estimulação.
	IT02.PC06 – Administração de Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PC06 - Plano Terapêutico; • IMP02.IT02.PC06 - Controlo de Medicação; • IMP03.IT02.PC06 - Registo de Administração de Terapêutica; • IMP04.IT02.PC06 - Registo de Hipoglicémia; • IMP05.IT02.PC06 - Registo de Sinais Vitais.
	IT03.PC06 – Cuidados de Saúde e em Situação de Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT03.PC06 - Situações de Emergência – Regras Gerais de Atuação; • IMP02.IT03.PC06 - Registo de Primeiros Socorros; • IMP03.IT03.PC06 - Registo de Hospitalizações; • IMP04.IT03.PC06- Registo de Consultas Médicas.
PS 01 – Gestão de Recursos Humanos	IT01.PS01 – Recrutamento e Seleção de Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PS01 - Matriz de Avaliação Curricular; • IMP02.IT01.PS01 - Guião de Avaliação de Entrevista de Seleção; • IMP03.IT01.PS01 - Carta de Agradecimento e Exclusão.
	IT02.PS01 – Regras de Conduta dos Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamento Interno da Instituição • IMP01.IT02.PS01 – Registo de Sanções Disciplinares.
	IT03.PS01 – Gestão de Horários e Escalas de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT03.PS01 - Indisponibilidade do colaborador/a; • IMP02.IT03.PS01 - Horário Mensal; • IMP03.IT03.PS01 - Escala de Serviço Semanal; • IMP04.IT03.PS01 - Pedido de Troca de Horário; • IMP05.IT03.PS01 - Registo de Marcação de Férias.

	IT04.PS01 - Formação	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT04.PS01 - Identificação de Necessidades de Formação; • IMP02.IT04.PS01 - Registo da Ação de Formação; • IMP03.IT04.PS01 - Ficha de Registo de Presenças da Ação de Formação; • IMP04.IT04.PS01 - Avaliação da Ação de Formação; • IMP05.IT04.PS01 - Questionário de satisfação.
	IT05.PS01 - Voluntariado	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT05.PS01 – Inscrição de Voluntários; • IMP02.IT05.PS01 – Bolsa de voluntários.
PS 02 – Serviços Administrativos/Contabilidade	IT01.PC01 - Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PC01 - Atendimento – informação ao cliente; • IMP02.IT01.PC01 - Carta de Pedido; • IMP03.IT01.PC01 - Ficha de Inscrição.
	IT02.PS02 - Faturação	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PS02 - Registo de Produtos Adquiridos; • IMP02.IT02.PS02 - Registo de Serviços Prestados.
	IT03.PS02 – Contabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT03.PS02 - Registo de envio de documentação TOC
PS 03 - Manutenção	IT01.PS03 – Manutenção de Instalações e Equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PS03 - Lista de Equipamentos; • IMP02.IT01.PS03 - Registo de Manutenção dos Equipamentos; • IMP03.IT01.PS03 - Registo de Falhas e Avarias dos Equipamentos; • IMP04.IT01.PS03 - Registo de Limpeza das viaturas e Verificação Mecânica; • IMP05.IT01.PS03 - Controlo de Estado e Quilómetros das Viaturas; • IMP06.IT01.PS03 - Registo de Limpeza, Desinfecção e Desinfestação das instalações; • IMP07.IT01.PS03 - Registo de Limpeza, Desinfecção e Desinfestação da cozinha; • IMP08.IT01.PS03 - Registo de Limpeza, Desinfecção e Desinfestação da Lavandaria.
	IT02.PS03 – Gestão de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT02.PS03 - Verificação das Instalações Técnicas e de Segurança; • IMP01.IT02.PG03 - Registo Não Conformidades, Ações Corretivas/preventivas.
PS 04 - Economato	IT01.PS04 – Gestão de Stocks	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PS04 - Lista de Fornecedores; • IMP01.IT03.PC03 - Controlo de Receção de Materiais e Produtos; • IMP02.IT01.PS04 - Gestão de Stocks; • IMP03.IT01.PS04 - Registo de Consumíveis; • IMP04.IT01.PS04 - Registo de Consumo de Bens Alimentares.
Lavandaria	IT01.PS05 – Tratamento de roupa	<ul style="list-style-type: none"> • IMP01.IT01.PS05 - Ficha de Registos da Lavandaria.

Fonte: Elaboração Própria

Após a apresentação da proposta do Manual de Sistema de Gestão da Qualidade, propõe-se ainda, algumas alterações e melhoria do Regulamento Interno. Neste sentido, a proposta de melhoria é apresentada para a Norma VII – Critérios de Priorização, em que para cada critério fica definido um Valor de Ponderação, no sentido de facilitar o Processo de Admissão do Cliente.

Para além desta Norma ainda se propõe melhoria na Norma XIX – Quadro de Pessoal, uma vez que esta não contemplava as funções de todo o pessoal (Equipa Técnica e Colaboradores). Assim, criaram-se as funções para toda a equipa técnica, bem como para todas as categorias do restante pessoal.

Com todas as propostas que desenvolvemos e apresentamos, consideramos que a organização em estudo deterá as ferramentas necessárias para implementar um SGQ e alcançar a sua certificação, com o intuito da melhoria contínua da prestação dos serviços aos seus clientes.

CONCLUSÃO

Tal como é definido por alguns autores, o Terceiro Setor tem como objetivo a satisfação das necessidades básicas da população, tais como a Cultura e Lazer, a Educação, os Serviços Sociais, Saúde, Ambiente, Habitação, Proteção Social e meio ambiente, primando sempre pela Qualidade.

Tendo em conta estes objetivos, existem autores que defendem a Sustentabilidade como contributiva para o desenvolvimento económico, social e meio ambiente.

Os conceitos Qualidade e Sustentabilidade são difíceis de agilizar na prática. No entanto, as mudanças económicas e sociais vêm despontar um novo desafio às IPSS, designadamente as práticas de gestão, tornando-se possível verificar que o maior desafio das organizações sociais é a sua Sustentabilidade.

Posto isto, torna-se pertinente adotar novas estratégias, tendo em conta que a resistência à mudança se mostrará muito vincada. Os focos de qualquer organização deverão ter em conta a satisfação dos clientes e das equipas multidisciplinares.

Atualmente, o SGQ tem-se vindo a mostrar como um elemento essencial à sustentabilidade das organizações sociais, uma vez que se baseia, essencialmente, na Melhoria Contínua. Neste sentido, e tendo em conta que a Gestão da Qualidade contribui para a qualificação das pessoas e para o aumento da produtividade, poder-se-á concluir que a implementação do SGQ promoverá a sustentabilidade da organização, tal como defende Deming quando põe em causa o modelo tradicional, em que a qualidade é vista como algo que aumenta os custos.

Neste sentido, foram propostos três objetivos, na realização deste estudo, tendo-se cumprido na sua totalidade, uma vez que foi possível verificar a importância da Gestão da Qualidade para o 3º Setor, visto que esta garante a qualidade dos serviços prestados e conhecer a realidade organizacional da instituição em estudo ao nível do seu funcionamento e procedimentos. Assim, foi apresentada uma proposta para Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

Perante o estudo realizado, e de acordo com o funcionamento da instituição é possível verificar também a veracidade das hipóteses colocadas, uma vez que a ISO 9001:2015 e a sua adequação com o MAQRS se verifica como a norma mais ajustada à instituição, visto que muito do trabalho já se encontra a ser desenvolvido, mesmo sem certificação.

De acordo com esta afirmação, a ISO 9001:2015 irá auxiliar na definição de termos específicos ao processo de certificação da instituição, verificando a veracidade da hipótese 2.

Assim, confirmamos a verificação teórica da última hipótese, em que afirmamos que o desenvolvimento do Manual de SGQ ajudará na futura implementação da Qualidade e a sua respetiva certificação.

Um dos constrangimentos associado a este estudo prendeu-se com o facto de não trabalhar diretamente na área, provocando a existência de carência de informação, aquando da sua solicitação à IPSS em estudo. Um outro constrangimento encontrado foi a falta de receptividade por parte da Direção, na futura implementação do Sistema de Gestão da Qualidade. Perante esta situação, a Gestão da Qualidade foi colocada como Processo de Gestão de forma estratégica, para que assim a instituição, futuramente, aquando da sua implementação seja coagida a realizar todos os procedimentos implementados pela Gestão da Qualidade.

Em forma de conclusão, verifica-se a Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade como um trunfo estratégico para a organização, através da criação de medidas de melhoria contínua nos serviços, uma vez que a Qualidade, nos dias de hoje, é um caminho ambicionado por todas as organizações.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

- António, N. S., Teixeira, A., & Rosa, Á. (2016). *Gestão da Qualidade* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade. (s.d.). Certificação EQUASS.
- Bernardinis, F. (Julho de 2017). Terceiro Setor e os Novos Modelos de Estado. Lisboa.
- Capricho, L., & Lopes, A. (2007). *Gestão da Qualidade* (1ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Cardoso, D. P. (Outubro de 2017). Projeto de Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade baseado na norma NP EN ISO 9001:2015. Porto.
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas. (2019). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- CSPCP. (2019).
- Cunha, A., & Nogueira, M. C. (2017). O caminho para a sustentabilidade das IPSS . *Working Papers*. Porto: ISSSP.
- Dias, H. (2018). A gestão das IPSS do concelho de Guimarães - perfis e motivações. *Dissertação de mestrado*. Porto: Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Porto.
- Município de Penalva do Castelo. (s.d.). Demografia. Penalva do Castelo, Viseu, Dão Lafões.
- Município de Penalva do Castelo. (s.d.). Freguesia de Castelo de Penalva. Penalva do Castelo, Viseu, Dão Lafões.
- Pires, A. R. (2016). *Sistemas de Gestão da Qualidade* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- PWS Consulting. (s.d.). Modelos de Avaliação das Respostas Sociais.
- Ruas, J. (2017). *Como fazer Propostas de Investigação, Monografias, Dissertações e Teses*. Escolar Editora.

- Sacilotto, T. D. (2015). A gestão de recursos humanos no terceiro setor. *Dissertação de mestrado*. Coimbra: Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra.
- Santos, G. (2018). *Sistemas Integrados de Gestão. 3ª*. Porto: Engebook.
- Santos, P. M. (18 de fevereiro de 2016). Sustentabilidade das Organizações. *3º Simpósio Saber Envelhecer*. Viseu: Do autor.
- Schmidt, L., Truninger, M., Guerra, J., & Prista, P. (Agosto de 2016). Primeiro Grande Inquérito Sobre Sustentabilidade. Lisboa.
- SGQ. (18 de Outubro de 2011). Certificação da Qualidade. *Respostas Sociais*. SGS.
- Soares, C., Fialho, J., Chau, F., Pestana, H., & Gageiro, J. (2012). A Economia Social e a sua Sustentabilidade como Fator de Inclusão Social. s.n.

ANEXOS

Anexo I – Grelha de Verificação

Critério 1 – Liderança, Planeamento e Estratégia					
	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidas as declarações da Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade da IPSS?	X				Manual de Acolhimento
b) A Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade da IPSS são:					
<ul style="list-style-type: none"> • Escritas em linguagem simples, com caracteres facilmente legíveis e clara de modo a que os clientes entendam; 	X				Manual de Acolhimento
<ul style="list-style-type: none"> • Expostas em lugar visível para os clientes, colaboradores e público em geral; 	X				Manual de Acolhimento
<ul style="list-style-type: none"> • Estão disponíveis permanentemente a todos os intervenientes. 	X				Manual de Acolhimento
c) Existe um organograma da IPSS?	X				
d) Estão definidas as funções, responsabilidades e autonomias para cada nível de gestão?				X	
e) Estão definidos os objetivos estratégicos e operacionais da IPSS?	X				
f) Os objetivos da IPSS são estabelecidos com base na análise de informação relevante, nomeadamente:					
<ul style="list-style-type: none"> • Orientações Estratégicas; 			X		
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados obtidos na prestação de serviços; 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios de auditorias internas e externas; 			X		
<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios de satisfação dos clientes, colaboradores e parceiros/comunidade; 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Orientações dos parceiros com que a IPSS se relaciona; 				X	
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados das atividades e medição e monitorização dos processos; 			X		
<ul style="list-style-type: none"> • Reclamações e sugestões de melhoria; 				X	

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

• Ações de fiscalização.	X				
g) Os objetivos operacionais são desdobrados em planos e atividades para cada serviço?	X				
h) Os serviços e colaboradores têm conhecimento dos objetivos, planos e atividades, da sua responsabilidade?	X				
i) Os objetivos, planos e atividades de cada serviço foram estabelecidos através da negociação interna com os colaboradores e em articulação com os clientes?		X			
j) São elaborados relatórios para verificar se estão a ser atingidos os objetivos definidos?		X			
k) Esta estabelecida uma metodologia de comunicação dos objetivos estratégicos, planos e relatórios de atividade a todas as partes interessadas?		X			
l) Estão estabelecidos e são quantificados os objetivos da qualidade?		X			
m) Esta definido um Plano da Qualidade onde são identificados e planeados os recursos necessários, para atingir os objetivos da qualidade e ações de melhoria definidas?		X			
n) O Plano da Qualidade é comunicado a todas as partes interessadas?			X		

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 2 – Pessoas					
	S	N	P	NA	Observações
a) A IPSS cumpre os requisitos legais aplicáveis a gestão de recursos humanos, nos termos do Código do Trabalho?	X				Advogada
b) Está definido o perfil de cada grupo profissional?	X				
c) Está definido o perfil dos voluntários?		X			
d) Estão definidas as funções e responsabilidades de cada colaborador (incluindo voluntários e estagiários)?	X				Contrato de Trabalho
e) Está definida a forma como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento dos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	X				Não inclui voluntários nem estagiários
f) O pessoal que se encontra diretamente a trabalhar com o cliente, possui o perfil definido para o desempenho da sua atividade?	X				Regulamento Interno
g) O Diretor Técnico da IPSS possui formação técnica e académica adequada e, preferencialmente, experiência profissional de relevo para o exercício da sua atividade?	X				Regulamento Interno
h) Está definida a metodologia para o recrutamento e seleção dos colaboradores?		X			
i) O recrutamento é efetuado, de acordo com os objetivos estratégicos da IPSS?	X				Regulamento Interno
j) A metodologia de recrutamento contempla, nomeadamente a realização de testes psicotécnicos?		X			
k) Existe um manual de acolhimento e está definida a metodologia de integração de novos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?		X			
l) São definidos os objetivos de desempenho, quer individuais quer de equipa, através de negociação interna com todas as partes interessadas?		X			
m) Está definida a metodologia de desenvolvimento profissional e avaliação de desempenho dos colaboradores e esta é conhecida e aceite pelos colaboradores?		X			
n) A metodologia referente a avaliação de desempenho prevê um sistema de reconhecimento dos colaboradores?		X			
o) Está definida uma metodologia para a identificação das necessidades de formação, elaboração do plano de formação e avaliação da eficácia da formação?		X			
p) Existe evidência de que os colaboradores são incentivados, a terem iniciativas e que participam em atividades de melhoria contínua?		X			

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<p>q) Esta definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos colaboradores? A metodologia estabelece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodicidade (mínima anual) • Indicadores relacionados com a satisfação dos colaboradores • Sistemas de recolha de informação e o método de validação dos questionários • Análise e tratamento dos dados recolhidos 				
	X			
	X			
	X			
r) Na sequência da avaliação da satisfação dos colaboradores, são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e ações a serem tomadas?	X			
s) Existe evidência de que as ações foram efetivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos colaboradores?	X			
t) São estabelecidos seguros de acidentes de trabalho para os colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	X			
u) São promovidas periodicamente ações de gestão emocional dos colaboradores?			X	
v) São desenvolvidas ações de promoção da saúde mental dos colaboradores?	X			
w) É promovida anualmente a avaliação psicológica de todos os colaboradores e, em caso de necessidade, é promovido o seu acompanhamento?	X			

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 3 – Parcerias e Recursos					
3.1 – GESTÃO DE PARCERIAS	S	N	P	NA	Observações
a) É realizado, periodicamente, um levantamento dos recursos existentes na comunidade?		X			
b) São identificadas as entidades / organizações, com as quais se pode estabelecer parcerias?		X			
c) Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias com as entidades/organizações, de acordo com as necessidades a satisfazer e os objetivos estratégicos da IPSS?		X			
d) É estabelecido com cada um dos parceiros a respetiva intervenção específica e duração?		X			
e) Está definida a metodologia de participação dos parceiros na avaliação das necessidades do cliente?		X			
f) Está definida a metodologia de participação dos parceiros no planeamento das atividades?		X			
g) É realizada a avaliação periódica da participação dos parceiros relativamente aos protocolos estabelecidos?		X			
h) São elaborados relatórios periódicos da intervenção dos parceiros na concretização dos objetivos estabelecidos?		X			
i) Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos colaboradores? A metodologia estabelece:					
• Periodicidade (mínima anual)		X			
• Indicadores relacionados com a satisfação dos colaboradores		X			
• Sistemas de recolha de informação e o método de validação dos questionários		X			
• Análise e tratamento dos dados recolhidos		X			
j) Na sequência da avaliação da satisfação dos parceiros, são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e ações a serem tomadas?		X			
k) Existe evidência de que as ações foram efetivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos parceiros?		X			
3.2 – GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS					
	S	N	P	NA	Observações
a) É estabelecido anualmente um orçamento, de acordo com o Plano de Ação/Atividades a desenvolver?	X				TOC
b) É elaborado periodicamente um relatório financeiro? O relatório inclui, nomeadamente:					
• Situação financeira atual	X				TOC
					TOC

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

• Previsão no final do ano	X				
• Balanço	X				TOC
• Previsão de cash-flow	X				TOC
c) Existe um registo atualizado da situação fiscal perante o Estado? O registo inclui, nomeadamente:					
• Situação de IRC	X				TOC
• Situação de IVA	X				TOC
• Pagamento a Segurança Social e as Finanças	X				TOC
d) Existem procedimentos documentados para todas as funções financeiras e contabilísticas?	X				TOC
e) Estes procedimentos são revistos anualmente e sempre que necessário?	X				TOC
f) Existe um sistema para gestão das contas de devedores e de credores dentro dos objetivos da IPSS? O sistema inclui por exemplo:					
• Emissão periódica e atualizada de faturas				X	Não existem devedores nem credores
• Análise de prazos de cobrança				X	Não existem devedores nem credores
• Procedimentos escritos para recuperação de créditos				X	Não existem devedores nem credores
• Revisão dos créditos de cobrança duvidosa, pelo menos de seis meses				X	Não existem devedores nem credores
3.3 – GESTÃO DA INFORMAÇÃO					
	S	N	P	NA	Observações
3.3.1 – Informação e Comunicação com o Cliente					
a) Está definida forma de identificação dos colaboradores que contactam com o cliente (presencial e telefónico)?	X				
b) Estão disponíveis em local visível e acessível, de acordo com a legislação em vigor:					
• Nome do Diretor Técnico	X				
• Quadro de colaboradores e respetivos horários	X				
• Horário de funcionamento e das atividades	X				
• Regulamento Interno	X				
• Mapa das ementas e dieta	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<ul style="list-style-type: none"> • Indicação da existência de Livro de Reclamações 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Publicitação dos apoios financeiros da Segurança Social 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Alvará, licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento ou Acordo de Cooperação 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Tabela de comparticipações das famílias e respetiva fórmula de cálculo ou mensalidade 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Valor da mensalidade dos clientes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos da rede privada lucrativa 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Minuta do contrato 	X				
<p>c) Existe informação disponível e acessível para o cliente e é facultada cópia sempre que solicitado, sobre:</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • Plano de atividades de animação social, cultural e recreativa 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de candidatura/admissão 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de avaliação das necessidades 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Metodologias de reclamações e sugestões 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus tratos 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços disponíveis, preço e sua forma de atualização 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Horário da prestação de serviços 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Acordo de Cooperação 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Organograma 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de férias dos colaboradores 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre a qualificação profissional dos colaboradores 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das entidades a contactar em caso de necessidade (p.e. INEM, Centro de Saúde, Bombeiros) 	X				
<p>d) O cliente tem acesso à seguinte informação:</p>					

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do(s) colaborador(es) de referência e seu(s) substituto(s) • Identificação do responsável pelo acompanhamento e supervisão • Identificação dos colaboradores dos parceiros intervenientes na prestação do serviço • Processo individual • Original do contrato • Informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados a satisfação das necessidades (p.e. teatro, banco, centro de saúde) • As regras e condições de acompanhamento do cliente ao exterior • As regras e condições gerais de segurança para o apoio na aquisição de bens e serviços em nome do cliente 	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
e) Em todos os contactos com o cliente é respeitada a etnia, cultura, religião, língua, sexo, idade, orientação sexual e estilo de vida?	X				
f) É considerado em todos os contactos com o cliente, o respeito pela sua privacidade e dignidade?	X				
g) É assegurada a confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pelo cliente?	X				
h) Existe um procedimento documentado que estabeleça as ações a implementar, em caso de quebra de confidencialidade?	X				
i) Na avaliação inicial são identificadas as necessidades / dificuldades específicas na comunicação com o cliente?	X				
j) Quando identificada a necessidade/dificuldade (p.e. surdez, cegueira, demência), são disponibilizados os meios facilitadores para a comunicação com o cliente?			X		
k) Está estabelecido um sistema que permita ao cliente, a apresentação de ideias, sugestões (p.e. caixa de sugestões, reuniões com os clientes)?	X				
l) Está definida uma metodologia para o tratamento das sugestões de melhoria?	X				
m) A metodologia de recolha de informação e de apresentação de ideias é comunicada a todas as partes interessadas (p.e. colaboradores, clientes, parceiros)?		X			
n) São divulgados aos clientes e/ou pessoas significativas os resultados da implementação de sugestões de melhoria?		X			
3.3.2 - Reclamações	S	N	P	NA	Observações
a) Existe um Livro de Reclamações?	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

b) Esta definida uma metodologia de gestão de todas as reclamações escritas ou verbais (p.e. receção, análise, resolução e tratamento de reclamações)?	X				
c) O cliente é informado em cada fase do tratamento da sua reclamação?			X		A melhorar
d) São efetuados registos de todas as reclamações, bem como das ações necessárias relativas ao seu tratamento?	X				
e) Dado o caso, os registos das reclamações, fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
3.3.3 – Informação e Comunicação Interna	S	N	P	NA	Observações
a) Os responsáveis pela prestação direta e indireta dos serviços ao cliente (p.e. cozinha, lavandaria) recebem, em tempo útil, a informação necessária ao desempenho das suas funções?	X				Placard Informativo
b) Esta definido um sistema de organização do fluxo de informação interna e externa?		X			
c) Esta estabelecido um sistema (p.e. livro de ocorrências) que assegure a transmissão diária de informação relevante sobre o cliente, entre colaboradores da Estrutura Residencial e entre estes e os serviços externos que prestam serviços? Os registos de informação fazem parte do processo individual do cliente?	X				Livro de Ocorrências
d) São realizadas periodicamente (p.e. quinzenal, mensal) reuniões de equipa técnica (colaboradores e coordenação) para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação dos serviços, troca de informação relevante sobre o cliente, definição de formas de atuação e prevenção de situações anómalas detetadas?	X				Livro de Ocorrências
e) É promovida a participação dos colaboradores externos (p.e. saúde) nas reuniões?		X			
f) São realizadas periodicamente (p.e. trimestral, semestral) reuniões entre a equipa técnica e a gestão, para análise de informação e dos resultados obtidos?		X			
g) São elaborados resumos/atas das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis?	X				Livro de Atas
h) São identificados, de forma regular, sistemas que permitam uma melhoria do nível de qualidade, rapidez e precisão da informação, tendo em conta o desenvolvimento de novas tecnologias de informação?		X			
3.3.4 - Registos	S	N	P	NA	Observações
a) É cumprida a legislação relativa a proteção de dados pessoais?	X				
b) Esta definido um procedimento documentado para controlo dos registos, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e as responsabilidades para:					
• Identificação (agregação dos registos de forma a serem facilmente identificados)		X			

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

• Armazenamento (local, suporte e condições de armazenamento em locais próprios e seguros que garantam a sua confidencialidade)		X			
• Recuperação (facil acesso ao pessoal autorizado)		X			
• Proteção (condições de arquivo que não permitam a sua degradação)	X				
• Tempo de retenção		X			
• Eliminação		X			
c) Esta elaborada e atualizada uma lista de todos os registos?		X			
3.3.5 – Gestão dos Documentos e Dados	S	N	P	NA	Observações
a) Esta definido um procedimento documentado para a gestão dos documentos e dados, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e responsabilidades para:					
• Elaboração, aprovação, edição, revisão e distribuição dos documentos		X			
• Segregação dos documentos obsoletos		X			
• Controlo da documentação de origem externa		X			
• Sistema de segurança de informação (p.e. passwords, backups, arquivo com acesso condicionado)		X			
3.4 – GESTÃO DAS INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	S	N	P	NA	Observações
3.4.1 - Instalações					
a) É cumprida a legislação relativa as condições de acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada?	X				
b) É cumprida a legislação relativamente as condições de instalação e funcionamento da Resposta Social?	X				
c) São asseguradas as condições adequadas para a prática das atividades planeadas (p.e. salas, iluminação, condições ambientais)?	X				
d) É elaborado um plano de manutenção das instalações?		X			
e) Estão definidos planos de limpeza, desinfeção e desinfestação das instalações?	X				Registos de Limpeza
f) Esta definido um plano para arrumação dos espaços?	X				Registos de Limpeza
g) Esta definida a periodicidade para a limpeza, desinfeção, desinfestação e arrumação dos espaços?	X				Registos de Limpeza
h) Os clientes e colaboradores têm conhecimento da periodicidade de limpeza das instalações sanitarias e da desinfestação das instalações?	X				Registos de Limpeza

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

i) Estão definidos os responsáveis pela limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações e arrumação dos espaços?	X				Registos de Limpeza
j) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a realização da limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações e arrumação dos espaços?	X				Registos de Limpeza
3.4.2 - Equipamentos:	S	N	P	NA	Observações
a) Estão identificados os equipamentos (p.e. viaturas de transporte coletivo, equipamentos de cozinha, equipamento de refrigeração dos alimentos, material das atividades ocupacionais, ajudas técnicas, geradores elétricos de emergência, caldeiras) utilizados pela Resposta Social?			X		
b) Os equipamentos cumprem a legislação aplicável?	X				
c) É elaborada uma ficha/registo com a sua caracterização, fornecedor e contacto em caso de avaria?			X		
d) Está definido um plano de manutenção e verificação regular dos equipamentos (p.e. viaturas, equipamentos de cozinha)?	X				
e) Está definido um plano de limpeza e desinfeção diária dos equipamentos de cozinha (p.e. grelhadores, fornos)?	X				Registos de Limpeza
f) As regras de segurança dos equipamentos estão afixadas em local visível e com caracteres facilmente legíveis?	X				
g) São identificados os dispositivos de medição que necessitam de calibração?				X	
h) Estão identificados quanto ao seu estado de calibração?				X	
i) É elaborado um plano de calibração para estes dispositivos?				X	
j) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a manutenção, intervenções, calibrações e verificações dos equipamentos?				X	
3.4.3 - Materiais:	S	N	P	NA	Observações
a) Esta definida uma metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços? Nomeadamente para os seguintes produtos:					
• Alimentos		X			
• Medicamentos		X			
• Consumíveis para prestação de serviços, produtos de limpeza, material de higiene pessoal		X			
b) Os materiais e mobiliário cumprem a legislação e normas técnicas aplicáveis?	X				
c) A zona de armazenamento dos alimentos está separada das zonas de armazenagem de produtos de limpeza ou	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

químicos, zona para vasilhame e zona para o depósito do lixo?					
d) Os níveis dos stocks de matérias são controlados e regularmente monitorizados?	X				
e) A segurança dos stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados?	X				
f) Estão definidos os métodos e os responsáveis, pelo processo de compra de produtos e serviços (p.e lavandaria, manutenção, transporte, formação, animação)?	X				
g) Os documentos de compra especificam claramente os requisitos/características dos produtos e serviços a adquirir?	X				
h) Estão definidos os métodos e os responsáveis pela verificação/inspeção dos produtos e serviços adquiridos?	X				
i) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a verificação/inspeção dos produtos e serviços adquiridos?	X				
j) Esta definida a metodologia para avaliação e seleção periódica dos fornecedores dos produtos e/ou serviços?		X			
k) Existe uma lista de fornecedores selecionados?		X			
3.5 - SEGURANÇA	S	N	P	NA	Observações
a) Na Resposta Social existe um sistema de deteção contra intrusão e vigilância, devidamente autorizado pelas autoridades competentes?		X			
b) A central do sistema está ligada a PSP ou empresa de segurança?		X			
c) Esta estabelecida uma metodologia para:					
• Controlo dos acessos exterior e interior ao edifício	X				
• Identificação, proteção e segurança dos bens do cliente	X				
• Controlo de chaveiros e aspetos relacionados	X				
• Articulação com autoridades policiais e n° de urgência	X				
d) Estão implementadas medidas de segurança noturna?	X				
e) Estão estabelecidos planos operacionais para a prevenção e controlo:					
• Surtos de infeção	X				
• Violência	X				
• Fuga	X				
• Roubo	X				
f) Em casos de surtos de infeção está prevista a existência de zonas de isolamento?	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

g) Estão definidas as formas de atuação, em situação de emergência (p.e acidentes, hemorragias, epilepsia)?	X				
3.5.1 – Situações de Negligência, Abusos e Maus tratos	S	N	P	NA	Observações
a) Esta definida uma política para a garantia dos direitos dos clientes e/ou pessoas significativas para a prevenção de situações de negligência, abusos e maus tratos, que promova o bem estar e desenvolvimento global dos clientes?	X				
b) Esta definida uma metodologia para a prevenção e gestão de situações de negligência, abusos e maus tratos? A metodologia contempla a forma de atuação, nomeadamente:					
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o cliente é vítima de situações de negligência, violência física, psíquica e verbal, por parte dos colaboradores 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Na gestão de situações de conflito entre os clientes 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Quando é detetado que os clientes são vítimas de maus tratos, por parte de pessoas significativas ou outros 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o colaborador é vítima de situações de violência física, psíquica e/ou verbal, por parte dos clientes e/ou pessoas significativas 	X				
c) Esta definida uma metodologia de informação as autoridades competentes das situações de negligência, abusos e maus tratos?	X				
3.5.2 – Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	S	N	P	NA	Observações
a) É cumprida a legislação relativa às condições de segurança, higiene e saúde no trabalho?	X				
3.5.3 – Segurança Contra Incêndios	S	N	P	NA	Observações
a) É cumprida a legislação relativa a segurança contra incêndios?	X				Medidas de autoproteção
b) Existe um sistema de deteção contra incêndios?	X				
c) O sistema de deteção contra incêndios está ligado a rede de bombeiros?		X			
d) Efetuam-se exercícios práticos de simulações de incêndio, envolvendo os colaboradores e os clientes?	X				
e) Todas as simulações são avaliadas e é elaborado um relatório escrito?		X			
f) Estão estabelecidas regras para a evacuação de pessoas (colaboradores, clientes, visitantes) que necessitem ser transportados?	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 4 – Processos da Estrutura Residencial para Idosos					
4.1 - GENERALIDADES	S	N	P	NA	Observações
a) Estão identificados os processos-chave da Estrutura Residencial?	X				
b) Estão descritos e documentados os processos-chave da Estrutura Residencial?		X			
c) Estão definidas as funções e responsabilidades dos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários) relativamente às atividades e tarefas a realizar?	X				
d) São cumpridos todos os requisitos legais e/ou regulamentares aplicáveis aos processos?	X				
e) Estão identificados indicadores para cada processo-chave?		X			
f) Estão definidos os objetivos operacionais para os processos-chave da Estrutura Residencial?	X				
g) Na realização dos processos são consideradas boas práticas existentes?				X	
h) São mantidos registos datados e assinados relativos à realização dos processos?	X				
i) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
4.2 - CANDIDATURA	S	N	P	NA	Observações
4.2.1 - Atendimento					
a) Está definido responsável pelo atendimento do cliente?	X				
b) São asseguradas condições de privacidade, confidencialidade e conforto, no atendimento do cliente?	X				
c) São transmitidas informações sobre a Estrutura Residencial e o seu funcionamento? O cliente tem conhecimento, nomeadamente: do regulamento interno, preço das atividades, valor de admissão, mensalidade praticada e comparticipações, critérios de admissão e priorização das candidaturas, lista de espera, horários de funcionamento, serviços e atividades disponíveis, admissão de animais de estimação, os objetos pessoais permitidos, abrangência do seguro disponibilizado pelo estabelecimento, documentação a apresentar para realizar a candidatura?	X				
d) É proporcionada uma visita às instalações da Estrutura Residencial?	X				
4.2.2 – Seleção dos Candidatos					
a) Estão definidos os responsáveis pela avaliação e decisão sobre a candidatura do cliente à Estrutura Residencial?	X				Direção em conjunto com a DT
b) Estão definidos, em Regulamento Interno, os critérios de admissibilidade na Estrutura	X				A melhorar

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação de Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Residencial?					
c) Estão definidos os critérios de priorização da Estrutura Residencial (p.e sinalização pela rede social de suporte)?	X				Regulamento Interno
d) É realizada a avaliação inicial dos requisitos do cliente (p.e entrevista presencial)?	X				
e) É assegurada a participação do cliente e/ou pessoas significativas na avaliação inicial dos seus requisitos?	X				
f) É constituído um registo de candidaturas que integre os elementos necessários a sua avaliação, nomeadamente:					
• Sinalização pela rede social de suporte e respetivo processo individual	X				
• Motivos para a admissão na Estrutura Residencial	X				
• Dados pessoais	X				
• Informação sobre situação de saúde	X				
• Identificação de necessidades especiais (p.e comunicação, locomoção)	X				
• Resultados da avaliação inicial	X				
4.2.3 – Lista de Candidatos	S	N	P	NA	Observações
a) Esta estabelecida uma lista de candidatos a Estrutura Residencial?	X				Lista de Candidatos
b) Estão definidos os critérios para:					
• Priorização no posicionamento na lista de candidatos	X				Lista de Critérios
• Retirada da lista de candidatos	X				Lista de Critérios
c) Os critérios de priorização e retirada da lista de candidatos são divulgados?	X				
d) Esta estabelecida uma metodologia de informação periódica aos clientes e/ou pessoas significativas sobre a sua posição na lista de candidatos e da sua retirada da lista?		X			
e) A lista de espera é periodicamente atualizada?	X				Lista de Candidatos
4.3 – ADMISSÃO E ACOLHIMENTO	S	N	P	NA	Observações
4.3.1 – Avaliação das necessidades e expectativas iniciais					
a) Esta definida a metodologia de avaliação diagnóstica das necessidades e expectativas do cliente?	X				
b) Estão definidos os responsáveis pela avaliação (a equipa e respetivo coordenador)?	X				
c) Os responsáveis pela avaliação estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
d) Estão definidos os critérios para a avaliação?					

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<p>Considera-se, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do agregado familiar do cliente • Situação socioeconómica do cliente e agregado • Identificação do contexto habitacional • Descrição das condições de vida do cliente • Relatório médico com indicação da situação atual de saúde e indicação terapêutica • Cuidados de medicina física e de reabilitação • Capacidades funcionais do cliente • Diferentes necessidades e interesses do cliente ao nível quotidiano, social, cultural, emocional, de saúde, físico, económico e espiritual • Hábitos, estilo de vida, preferências e expectativas sobre as atividades quotidianas do cliente (alimentares, ocupação do tempo, atividades lúdicas, culturais) • Representações do cliente sobre o envelhecimento, o seu projeto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores da resposta social 					
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
e) Nesta avaliação é assegurada, sempre que necessário, a articulação com os colaboradores de entidades e serviços exteriores à Estrutura Residencial, que acompanham estes clientes?	X				
f) É assegurada a participação e respeitada a vontade do cliente e/ou pessoas significativas, na avaliação das suas necessidades e expectativas?	X				
g) São mantidos registos, datados e assinados, da avaliação? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
4.3.2 - Contrato	S	N	P	NA	Observações
a) A Estrutura Residencial estabelece um contrato escrito com o cliente e/ou pessoas significativas, onde são definidos os termos e condições relativos à prestação do serviço, especificando:					
<ul style="list-style-type: none"> • Direitos e deveres de ambas as partes 	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

• Data de início	X				
• Condições de renovação, alteração, suspensão e/ou rescisão da prestação do contrato	X				
• Identificação da pessoa responsável pelo cliente	X				
• Serviços e atividades contratualizados, local e periodicidade	X				
• Indicação da mensalidade e/ou valor de admissão, quando aplicável, indicando quais os serviços incluídos e não incluídos na mensalidade	X				
• Identificação das regras de utilização em caso de cedência de materiais ou equipamento, como ajudas técnicas (p.e preço, tempo de utilização, danificação)	X				
• Nível de partilha da informação pessoal com as pessoas significativas, colaboradores e/ou outras entidades	X				
• A responsabilidade pela gestão dos bens financeiros do cliente	X				
b) O regulamento interno é anexado ao contrato? O contrato é assinado por ambas as partes?	X				
c) É entregue um original do contrato ao cliente e arquivada uma cópia no processo individual?	X				
d) Quando da celebração do contrato é estabelecido um acordo com o cliente relativamente a lista de bens pessoais que o cliente pretende utilizar?	X				
e) Quando há alteração ao contrato, a Estrutura Residencial assegura-se de que a documentação relevante é alterada e que o cliente e intervenientes são informados dessas alterações e que estas são aceites e assinadas por ambas as partes?	X				
f) São mantidos registos, datados e assinados, relativos as alterações ao contrato? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
4.3.3 – Processo Individual do Cliente	S	N	P	NA	Observações
a) Após a admissão é elaborado o processo individual do cliente, que deve conter, nomeadamente:					
• Ficha de informação disponibilizada ao cliente	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

• Ficha de Inscrição	X				
• Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos	X				
• Carta de Admissibilidade e Carta de Aprovação		X			
• Cópia do Contrato	X				
• Identificação, endereço e telefone da pessoa de referência do cliente (familiar, representante legal ou outro)	X				
• Documentos apresentados no processo de candidatura e admissão	X				
• Dados de identificação e caracterização social do cliente	X				
• Identificação do profissional de saúde de referência e respetivos contactos em caso de emergência	X				
• Identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente em caso de emergência/necessidade	X				
• Ficha de Avaliação das Necessidades e Expetativas Iniciais	X				
• Relatório do Programa de Acolhimento do Cliente	X				
• Relatório de Avaliação das Necessidades e dos Potenciais do cliente	X				
• Plano Individual (PI) e respetiva revisão	X				
• Relatório(s) de monitorização e avaliação do PI	X				
• Registos da prestação dos serviços e participações nas atividades (p.e livro/folhas de registo)	X				
• Registos das ocorrências de situações anómalas (p.e livro/folhas de registo)	X				
• Registo de períodos de ausência	X				
• Registo da cessação da relação contratual, com a indicação da data e motivo da cessação e, sempre que possível, os	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

documentos comprovativos					
b) O cliente tem acesso ao processo individual? Quando solicitado é facultada cópia?	X				
4.3.4 – Programa de Acolhimento	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidos os conteúdos e os responsáveis pelo programa de acolhimento inicial do cliente?	X				
b) Está definido um profissional responsável pela integração do cliente?	X				
c) Estão definidas as funções e responsabilidades do profissional responsável?	X				
d) É dado a conhecer a equipa de profissionais que irão contactar diretamente com o cliente?	X				
e) É realizada uma visita com o cliente às instalações Estrutura Residencial?	X				
f) São dadas a conhecer as regras de funcionamento da Estrutura Residencial, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os elementos intervenientes na prestação do serviço?	X				Manual de Acolhimento e Regulamento Interno
g) São criadas condições para a participação das pessoas significativas do cliente no programa de acolhimento?	X				
h) Estão definidos os critérios para atribuição do espaço privado por perfil de dependência, conveniência e relação?	X				
i) Estão definidos os critérios para a personalização dos espaços privados, nomeadamente, utilização de mobiliário do cliente, respeitando sempre os direitos dos outros clientes, no caso de quartos partilhados?	X				
j) É permitido o acesso aos espaços privados, nomeadamente, para ajuda na instalação do cliente, acompanhamento noturno, respeitando sempre a intimidade e descanso dos outros clientes?	X				
k) É estabelecido um acordo com o cliente relativamente aos horários das visitas, convívios, acompanhamento noturno com as pessoas significativas do cliente?	X				
l) Os objetos pessoais do cliente são devidamente identificados, verificados, protegidos e salvaguardados?	X				
m) É realizada uma avaliação do programa de acolhimento?	X				
n) É assegurada a participação do cliente e/ou pessoas significativas na avaliação do programa de acolhimento?	X				
o) Está estabelecida uma metodologia de informação às pessoas significativas dos registos relativos ao programa de acolhimento?	X				
p) São mantidos registos, datados e assinados, relativos ao programa de acolhimento? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.4 - PLANO INDIVIDUAL	S	N	P	NA	Observações
4.4.1 - Avaliação das Necessidades e dos Potenciais de Desenvolvimento do Cliente					
a) Esta definida a metodologia de avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente?	X				
b) Esta definida a equipa e respetivo coordenador responsáveis pela avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente?	X				
c) Os responsáveis pela avaliação estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
d) Estão definidos os critérios para a avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente? Considera-se, nomeadamente, as seguintes dimensões:					
• Bem-estar emocional	X				
• Relacionamento interpessoal	X				
• Bem-estar material	X				
• Desenvolvimento Pessoal	X				
• Bem-estar físico	X				
• Autodeterminação	X				
• Inclusão social	X				
• Direitos, deveres e obrigações	X				
4.4.2 - Plano Individual	S	N	P	NA	Observações
a) É elaborado o Plano Individual (PI) do cliente após a sua admissão?	X				
b) O PI contém, nomeadamente, os seguintes elementos:					
• Dados de identificação do cliente	X				
• Objetivos gerais de intervenção e respetivos indicadores	X				
• Descrição das atividades a realizar por dimensão de intervenção	X				
• Sinalização das intervenções a realizar com o cliente e respetivos objetivos gerais, objetivos específicos e indicadores	X				
• Identificação, âmbito de participação e responsabilidades dos elementos interventores na implementação do PI (p.e	X				

Legenda: S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

cliente, pessoas significativas, colaboradores, instituições parceiras)					
• Identificação de riscos e as ações a implementar	X				
c) Estão definidos os responsáveis pela elaboração, implementação, coordenação, avaliação e revisão do PI?	X				
d) Os responsáveis estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
e) O PI é elaborado com a participação do cliente e/ou pessoas significativas?	X				
f) Na elaboração do PI é assegurada, sempre que necessário, a articulação com os colaboradores de entidades e serviços exteriores à Estrutura Residencial?	X				
g) Existe evidência de que o cliente e/ou pessoas significativas tem conhecimento do PI?	X				
h) Esta prevista a assinatura do PI, por parte de todos os intervenientes na sua elaboração?	X				
i) É realizada semestralmente, e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do PI?		X			Revisão Anual
j) A avaliação e revisão do PI é realizada com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cliente e/ou pessoas significativas?	X				
k) Os intervenientes e serviços com responsabilidade na implementação do PI têm conhecimento, em tempo adequado, das suas revisões?	X				
l) É efetuado um registo de avaliação e revisão do PI?	X				
m) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a avaliação e revisão do PI? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
4.4.3 – Apoio Psicossocial	S	N	P	NA	Observações
a) Quando especificado no PI, é assegurado o apoio psicossocial ao cliente?	X				
b) Na prestação do apoio psicossocial são definidas as dimensões de intervenção com o cliente? Considera-se, nomeadamente:					
• Avaliação e intervenção psicológica	X				
• Acompanhamento social	X				
• Apoio informativo e formativo	X				
c) A prestação do apoio é articulada entre o psicólogo e o técnico de serviço social, para assegurar uma efetiva abordagem holística ao cliente?				X	Não existe Psicólogo
d) Quando a Estrutura Residencial não tem psicólogo é realizado encaminhamento do cliente?	X				
e) É assegurada orientação/informação/educação/formação das pessoas significativas, relativamente a aspetos	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

psicossociais relacionados com o cliente?					
f) São mantidos registos, datados e assinados, da prestação do apoio psicossocial, da sua revisão e avaliação?	X				
g) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
4.4.4 – Preparação da Saída e Acompanhamento	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidos os conteúdos e os responsáveis por um programa de saída do cliente da Estrutura Residencial? O programa especifica as ações a desenvolver, nomeadamente:					
• Com entidades externas	X				
• Para gestão emocional dos grupos de pares e colaboradores, relativa a situação do cliente	X				
• Saída do cliente por doença	X				
b) O programa de saída é elaborado em articulação com o cliente e/ou pessoas significativas?	X				
c) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à saída do cliente da Estrutura Residencial?	X				
d) Os registos fazem parte integrante do processo individual?	X				
e) Estão definidas as ações específicas a realizar em situações de morte (verificação de óbito, articulação com outras entidades para aspetos legais)?	X				
f) É cumprida a legislação em vigor relativa ao tratamento do espólio do cliente (material e financeiro)?	X				
4.5 – PLANEAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL	S	N	P	NA	Observações
a) É elaborado anualmente um Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal (PADP) destinado a cada cliente ou grupo de clientes, considerando, nomeadamente:					
• Avaliação das necessidades de atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal	X				
• Plano de Atividades da Organização	X				
• Planos Individuais	X				
• Recursos existentes na comunidade, próxima e alargada	X				
• Recursos disponibilizados pelos parceiros, formais e informais	X				
• Resultados de monitorizações e avaliações	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	do PADP de períodos anteriores?				
b)	Estão definidos os responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PADP?	X			
c)	Os responsáveis estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X			
d)	É promovida a participação do cliente e/ou pessoas significativas na elaboração do PADP?	X			
e)	O PADP é desdobrado em planos de atividades para cada cliente ou grupo considerado atividades tipo? Nomeadamente:				
	• Lúdicas e recreativas (p.e. realização de jogos, música, leitura)	X			
	• Culturais (p.e. ir ao cinema, teatro, concertos, museus)	X			
	• Sociais (p.e. passeios, férias, voluntariado)	X			
	• Intelectuais/formativas (p.e. participar em conferências, seminários)	X			
	• Espirituais/religiosas (p.e. rezar, Reiki, Tai Chi)	X			
	• Quotidianas (p.e. cuidar de plantas, arranjos de costura)	X			
	• Desportivas (p.e. ginástica, natação, yoga, hidroterapia)	X			
f)	Para cada atividade tipo e produtos estão definidos os objetivos, descrição, local de realização, calendarização, horários, recursos (internos e externos) e responsáveis?	X			
g)	A Estrutura Residencial assegura-se de que estão reunidas todas as condições para a prática de determinadas atividades (p.e. seguro obrigatório, atestado médico de aptidão)?	X			
h)	Estão definidas as regras para a participação dos clientes em atividades não previstas no PADP?	X			
i)	É da responsabilidade do cliente e/ou pessoas significativas a decisão de participação nas atividades inscritas no PADP?	X			
j)	Quando há alterações ao PADP, está definida uma metodologia que assegure que o cliente e todos os intervenientes são informados dessas alterações e que estas são aceites?		X		
k)	São asseguradas as condições para a participação do cliente nas atividades a realizar no exterior (p.e. transporte, acompanhamento, seguros)?	X			
l)	Estão definidos os responsáveis e respetivas funções, pelo acompanhamento dos clientes nas	X			

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

atividades a realizar no exterior?					
m) Esta definida a forma de atuação em situações de emergência, relacionadas na realização das atividades?	X				
n) É realizada trimestralmente, e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do PADP?	X				
o) A avaliação e revisão do PADP é realizada com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cliente e/ou pessoas significativas?		X			
p) Os intervenientes e serviços com responsabilidade na implementação do PADP, têm conhecimento, em tempo adequado, das suas revisões?	X				
q) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a participação do cliente na realização das atividades avaliação/revisão do PADP?	X				
r) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?		X			
4.6 - CUIDADOS PESSOAIS E DE SAÚDE	S	N	P	NA	Observações
4.6.1 - Cuidados de higiene Pessoal e Imagem					
a) Estão definidos os cuidados de higiene e imagem para cada cliente de acordo com o Plano Individual?	X				
b) Esta definido o responsável pela supervisão dos cuidados de higiene e imagem de cada cliente?	X				
c) Os responsáveis pela higiene e cuidados de imagem dos clientes estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
d) Estão definidas as regras relativas aos cuidados de higiene e imagem de acordo com as necessidades do cliente (p.e. idade, capacidades motoras)?	X				
e) Estão definidas as regras relativas aos cuidados de higiene e imagem a clientes com necessidades especiais?	X				
f) Estão definidas as regras relativas aos cuidados de higiene e imagem específicos (p.e. higiene oral, pele, unhas das mãos e dos pés, barba, cabelo)?	X				
g) Quando especificado é assegurado que o cliente diabético recebe cuidados aos pés e unhas por profissional competente?	X				
h) É promovida e desenvolvida a autonomia progressiva dos clientes na realização dos cuidados de higiene e imagem?	X				
i) Estão definidas as regras para a supervisão dos cuidados de higiene e imagem realizados pelos clientes com essa autonomia?			X		
j) É assegurado o carácter individual dos utensílios e instrumentos utilizados nos cuidados de higiene pessoal e imagem, bem como a sua esterilização?	X				
k) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a higiene e cuidados de imagem dos clientes e dado o caso, da ocorrência de situações anómalas?	X				
l) Os registos fazem parte integrante do processo	X				

Legenda: S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

individual do cliente?					
4.6.2 – Cuidados de Saúde	S	N	P	NA	Observações
a) Está organizado o processo individual de saúde do cliente contendo, nomeadamente, informação médica (dieta, medicação, alergias e outros) e relatórios médicos?	X				
b) Estão definidos os cuidados de saúde para o cliente de acordo com o Plano Individual? Nomeadamente:					
• Cuidados clínicos e de enfermagem	X				
• Acesso a cuidados especiais de saúde	X				
• Acesso e/ou prestação de cuidados de reabilitação	X				
• Apoio na execução dos planos individuais de saúde (p.e. consultas médicas, ensino e acompanhamento por colaboradores de enfermagem)	X				
c) Está definido o responsável pela supervisão dos cuidados de saúde de cada cliente?	X				
d) Os responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
e) São identificados os serviços e/ou colaboradores externos necessários à prestação dos cuidados de saúde?	X				
f) Está definida uma metodologia de coordenação dos cuidados de saúde a prestar pela Estrutura Residencial e pelos serviços externos?	X				
g) É assegurada a articulação com o médico na prestação dos cuidados de saúde?	X				
h) Está definida a forma de atuação em situações de emergência médica ou de doença do cliente?	X				
i) São mantidos registos, datados e assinados, relativos aos cuidados de saúde dos clientes?	X				
j) Os registos fazem parte integrante do processo individual de saúde do cliente?	X				
k) O processo individual de saúde está arquivado em espaço próprio e de acesso reservado apenas ao pessoal de saúde?	X				
4.6.3 – Administração da Terapêutica	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidos a forma e âmbito de prestação de um serviço de assistência medicamentosa?	X				
b) Está definido o responsável pela gestão, controlo da assistência medicamentosa e administração de medicamentos?	X				
c) Sempre que necessário, é definido um plano de administração terapêutica, para cada cliente, de acordo com a prescrição, declaração médica ou termo de responsabilidade do significativo?	X				
d) Os medicamentos trazidos pelos clientes são	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação de Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

identificados, manuseados de forma segura, armazenados numa área específica, segura e salvaguarda as condições de preservação?					
e) Estão definidas as regras para a administração segura de medicamentos e deteção de eventuais efeitos secundários?	X				
f) Esta definida a forma de atuação em situações de emergência, relacionadas com os efeitos secundários da administração de medicamentos?	X				
g) São mantidos registos, datados e assinados, da administração de medicamentos e dado o caso, da ocorrência de situações anómalas?	X				
h) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	X				
4.7 - NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO	S	N	P	NA	Observações
4.7.1 - Ementa					
a) Esta definido o responsável pelo serviço de refeições na Estrutura Residencial?	X				
b) O responsável pelo serviço de refeições tem conhecimento, em tempo útil, de:					
• Ementa	X				
• Número de refeições a confeccionar	X				
• Tipo de regimes particulares, nomeadamente dietas especiais e/ou modos alternativos de administração da alimentação e quantidade?	X				
c) Esta definido o responsável pela preparação da ementa?	X				
d) A ementa é elaborada, no mínimo, com uma periodicidade semanal?	X				
e) As ementas são elaboradas com aconselhamento dum nutricionista ou outro profissional de saúde?	X				
f) As refeições são variadas e adequadas as necessidades dos clientes?	X				
g) São elaboradas dietas especiais, prescritas pelo médico e/ou dietista?	X				
h) A ementa é divulgada ou afixada em local visível de forma a poder ser consultada pelos clientes e/ou pessoas significativas?	X				
i) Os clientes são informados das eventuais alterações a ementa?	X				
j) As dietas são afixadas junto do local de confeção das refeições?	X				
k) Os horários das refeições são definidos considerando o ritmo de vida e hábitos dos clientes?	X				
l) É facultado as pessoas significativas dos clientes a possibilidade de tomar refeições com o cliente?	X				
4.7.2 - Preparação, Confeção e Distribuição das Refeições	S	N	P	NA	Observações
a) Estão estabelecidos os métodos e regras para a	X				

Legenda: S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não Aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

preparação, confecção, distribuição de refeições?					
b) Estão definidos os responsáveis pela preparação, confecção e distribuição das refeições?	X				
c) Os responsáveis pela preparação, confecção e distribuição das refeições estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
d) Em todas as fases de preparação, confecção e distribuição de refeições são cumpridos os requisitos legais aplicáveis?	X				
e) São estabelecidas regras de boas práticas na preparação e confecção dos alimentos?	X				
f) Está definido o responsável pelas provas das refeições (verificar estado de cozedura, sabor e temperatura)?	X				
g) Estão estabelecidas regras relativas ao empratamento e distribuição das refeições? Nomeadamente, no que diz respeito a:					
• Higiene na preparação do prato	X				
• Disposição cuidada e harmoniosa dos alimentos no prato	X				
• Manutenção da temperatura do prato	X				
• Transporte dos alimentos entre estabelecimentos fisicamente separados				X	Não existe
h) Quando as refeições são adquiridas no exterior estão estabelecidas regras para:					
• Receção				X	
• Preservação e Armazenamento				X	
• Aquecimento				X	
• Empratamento e distribuição				X	
i) É assegurada a hidratação ou fornecimento de líquidos de acordo com as necessidades dos clientes?	X				
j) Está definida a forma de atuação em caso de ocorrência de situações que inviabilizem o normal fornecimento de refeições?	X				
4.7.3 – Apoio na Alimentação e Promoção da Autonomia	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidas as regras e é assegurado o apoio na alimentação dos clientes de acordo com as suas necessidades (p.e. capacidades motoras, deglutição)?	X				
b) É promovida a autonomia progressiva do cliente na sua alimentação?	X				
c) Está definida a forma de atuação em situações de emergência, relacionadas com a ingestão de	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação de Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

alimentos (p.e. intoxicações, mau estar, engasgamento)?					
d) Estão definidas as regras para a administração da alimentação por sonda?	X				
e) Os responsáveis pelo apoio na alimentação estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
f) É realizada a avaliação do apoio na alimentação e promoção da autonomia? Está definida a periodicidade da avaliação?	X				
g) O cliente e/ou pessoas significativas do cliente são envolvidos na avaliação?			X		
h) O cliente e/ou pessoas significativas tem conhecimento, verbal e escrito dos resultados da avaliação?		X			
i) São mantidos registos, datados e assinados, relativos ao apoio prestado, e dado o caso, da ocorrência de situações de emergência?	X				
j) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	X				
4.8 – APOIO NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA QUOTIDIANA	S	N	P	NA	Observações
4.8.1 – Tratamento da roupa					
a) Os responsáveis pelo tratamento das roupas estão qualificados para o desempenho das suas funções?	X				
b) Estão estabelecidos os métodos e regras para o tratamento da roupa da Estrutura Residencial, nomeadamente para:					
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha (periodicidade, métodos de recolha e identificação da roupa) 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Verificação e seleção (verificação do tipo de nódoas, material e seleção do tipo de lavagem aconselhado) 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem (programa, temperatura e detergente) 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Secagem (métodos de secagem possíveis em cada época) 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Reparação 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Engomagem (seleção das temperaturas) 	X				
<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição (periodicidade, verificação da identificação, método de distribuição) 	X				
c) Quando o tratamento das roupas é realizado por entidade externa à Estrutura Residencial, estão estabelecidas regras para:					
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha (periodicidade, métodos de recolha 	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

e identificação da roupa)					
• Receção	X				
• Armazenamento	X				
• Separação	X				
• Distribuição e entrega da roupa	X				
d) São mantidos registos, datados e assinados, relativos às diferentes fases da prestação do serviço?		X			
4.8.2 – Acompanhamento ao Exterior e Transporte	S	N	P	NA	Observações
a) Sempre que necessário e quando especificado no PI é assegurado o acompanhamento do cliente ao exterior?	X				
b) Está definido o responsável pelo acompanhamento do cliente ao exterior?	X				
c) O responsável pelo acompanhamento ao exterior está qualificado para o desempenho das suas funções?	X				
d) Estão definidas as regras de acompanhamento e as condições (p.e. circular pelo interior do pátio, ajudas técnicas a utilizar, tempo de permanência no exterior) em que o cliente se pode deslocar ao exterior?	X				
e) As regras e condições de acompanhamento são divulgadas, comunicadas e validadas junto do cliente e/ou pessoas significativas e dos colaboradores?	X				
f) Sempre que a Estrutura Residencial assegure o transporte dos clientes ao exterior, este está de acordo com a legislação em vigor?	X				
g) São mantidos registos, datados e assinados, relativos ao acompanhamento ao exterior e, dado o caso, da ocorrência de situações anómalas?	X				
h) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	X				
4.8.3 – Apoio na Aquisição de Bens e Serviços	S	N	P	NA	Observações
a) No PI está definido o âmbito de intervenção dos colaboradores na aquisição de bens e serviços em nome do cliente?	X				
b) Está definido o responsável pelo apoio na aquisição de bens e serviços?	X				
c) O responsável pelo apoio está qualificado para o desempenho das suas funções?	X				
d) Estão definidas as regras e condições gerais de segurança para o apoio na aquisição de bens e serviços?	X				
e) As regras e condições gerais de segurança são divulgadas, comunicadas, e validadas, junto do cliente e/ou pessoas significativas e dos	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

colaboradores?					
f) São registadas todas as transações financeiras realizadas pelos colaboradores, em nome do cliente? São solicitados os comprovativos das aquisições de bens e serviços?	X				
g) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	X				
4.8.4 - Alojamento	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidas as regras gerais relativas ao alojamento? As regras contemplam, nomeadamente:					
• Perfil do cliente para atribuição do espaço individual	X				
• Acesso ao espaço individual	X				
• Condições de privacidade e confidencialidade	X				
• Liberdade de expressão e de opinião	X				
• Gestão de conflitos	X				
• Segurança, proteção e horários a cumprir	X				
• Informações básicas de segurança e higiene	X				
b) As regras estabelecidas garantem uma flexibilidade de modo a respeitar os ritmos, hábitos e preferências do cliente?	X				
c) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a ocorrência de situações anómalas?	X				
d) É realizada uma avaliação global das ocorrências registadas?	X				
e) O cliente e/ou pessoas significativas do cliente são envolvidos na avaliação?	X				
f) O cliente e/ou pessoas significativas têm conhecimento, verbal e escrito dos resultados da avaliação?	X				
g) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	X				
4.8.4.1 - Organização e Higiene do Espaço Individual	S	N	P	NA	Observações
a) Quando estabelecido no PI, estão definidas regras para a organização e higiene dos espaços individuais pelo cliente?	X				
b) São identificados os meios necessários (humanos e/ou materiais) para o apoio aos clientes na organização e higiene dos espaços individuais, considerando as suas capacidades físicas, motoras e emocionais?	X				
c) São mantidos registos, datados e assinados, relativos a ocorrência de situações anómalas?	X				
d) É realizada uma avaliação global das ocorrências	X				

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

registadas?					
e) O cliente e/ou pessoas significativas do cliente são envolvidos na avaliação?	X				
f) O cliente e/ou pessoas significativas tem conhecimento, verbal e escrito dos resultados da avaliação?	X				
g) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	X				
4.9 – MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA	S	N	P	NA	Observações
a) Esta definida a metodologia para a medição e monitorização dos processos chave identificados?		X			
b) Esta definida uma metodologia para o envolvimento dos clientes, colaboradores e dos parceiros/comunidade (p.e. inquéritos, entrevistas) na melhoria dos processos e serviços?		X			
c) Esta definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos clientes, relativamente aos serviços prestados pela Estrutura Residencial? A metodologia contempla:					
• Tipificação dos clientes			X		
• Periodicidade (mínima anual)		X			
• Indicadores relacionados com a satisfação do cliente		X			
• Sistemas de recolha de informação (p.e. questionários, entrevistas, reuniões) e o método de validação dos questionários			X		
• Análise e tratamento dos dados recolhidos		X			
d) São estabelecidos indicadores internos com o objetivo de medir o grau de satisfação dos clientes, tais como:					
• N° de reclamações	X				
• Tempo de resposta as reclamações		X			
• N° de sugestões recebidas e adotadas	X				
• Compromissos de qualidade		X			
e) São mantidos os registos relativos a avaliação da satisfação dos clientes?			X		
f) Na sequência da avaliação da satisfação dos clientes são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e ações a serem tomadas?		X			
g) Esta estabelecido um procedimento para a realização de auditorias internas?			X		
h) Esta estabelecido um procedimento que defina o modo de resolução de não conformidade/situações anómalas?			X		

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<p>i) Esta estabelecida uma metodologia para a recolha e análise dos dados, resultantes, nomeadamente, de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades de medição e monitorização dos processos • Realização de auditorias internas e externas • Análise de inquéritos aos clientes • Análise de inquéritos aos parceiros/comunidade • Análise de inquéritos aos colaboradores • Análise de reclamações • Análise de sugestões de melhoria • Ações de fiscalização 		X			
		X			
				X	
			X		
			X		
	X				
	X				
	X				
<p>j) São implementadas ações corretivas e preventivas face aos resultados da recolha e análise de dados e sempre que são detetadas situações de não conformidade/anómalas/ mau funcionamento do serviço?</p>	X				
<p>k) Existe evidência de que as ações foram efetivamente implementadas e contribuíram para a melhoria do desempenho da Estrutura Residencial?</p>			X		

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 5 – Resultados Clientes					
	S	N	P	NA	Observações
a) Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação dos clientes relativamente a:					
• Satisfação global	X				Dialogo
• Cortesia e igualdade de tratamento	X				Dialogo Observação
• Recetividade	X				Observação
• Acessibilidade	X				Observação
• Profissionalismo	X				Observação
• Comunicação e Informação	X				Observação
• Flexibilidade	X				Observação
• Recolha de sugestões	X				Observação
• Tratamento das Reclamações	X				Dialogo
• Comportamento dos colaboradores	X				Observação
• Participação das pessoas significativas	X				Fotografias
• Prestação dos serviços	X				Observação
• Relação entre a Resposta Social e os diversos intervenientes	X				Atividades desenvolvidas
b) Existem indicadores de resultados relativos a avaliação de outros aspetos relacionados indiretamente com a satisfação dos clientes, tais como:					
• N° de reclamações e respetivo tratamento			X		
• Tempo médio de resposta às reclamações		X			
• N° de ações de formação para melhoria da comunicação com o cliente	X				
• N° de ações para envolvimento dos clientes na melhoria dos processos e serviços			X		
• N° de sugestões recebidas e adotadas	X				
		X			

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<ul style="list-style-type: none"> • Compromissos com a qualidade (cartas da qualidade) • N° de ações para melhorar o rigor e a transparência da informação 				
			X	
c) Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?		X		
d) Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes são comparados com os resultados obtidos dentro e fora da organização?		X		
e) Os resultados da avaliação da satisfação do cliente e das ações implementadas estão disponíveis e são do conhecimento de todas as partes interessadas?			X	

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 6 – Resultados Pessoas					
	S	N	P	NA	Observações
a) Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação e motivação dos colaboradores, relativamente a aspetos da gestão da Resposta Social, tais como:					
• Ambiente de trabalho	X				Observação
• Condições de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho	X				Observação
• Informação/Comunicação	X				Dialogo Observação
• Perspetivas de carreira			X		
• Sistemas de avaliação			X		
• Sistemas de reconhecimento			X		
• Formação	X				Ações de Formação
• Satisfação geral	X				Observação
• Motivação	X				Dialogo
b) Existem indicadores de resultados relativos a avaliação de outros aspetos relacionados indiretamente com a satisfação dos colaboradores, tais como:					
• Níveis de absentismo ou doença			X		
• Rotatividade do pessoal	X				Horários
• N° de horas de formação	X				Registo de Formações
• N° de promoções internas		X			
c) Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?		X			
d) Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores são comparados com os resultados obtidos dentro e fora da organização?		X			
e) Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores estão disponíveis e são do conhecimento de todos os colaboradores?			X		

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 7 – Resultados Sociedade					
7.1 – DESEMPENHO SOCIAL	S	N	P	NA	Observações
a) É divulgada a comunidade informação sobre as atividades da Resposta Social?			X		
b) Estão estabelecidas formas de participação da comunidade, nas atividades da Resposta Social, tais como:					
• Plenários		X			
• Reuniões temáticas			X		
• Festas comemorativas	X				
• Cursos de Formação			X		
• Planeamento das atividades	X				
• Execução das atividades	X				
• Emissão de sugestões para melhoria do funcionamento			X		
c) São desenvolvidas ações que promovam o envolvimento da Resposta Social, na comunidade, nomeadamente através do apoio (financeiro ou outro) a atividades locais e sociais?	X				
d) Estão desenvolvidas formas específicas de apoio (p.e. proporcionar estágios, oferta de emprego)?			X		
e) Existem dados concretos, sobre a opinião que a comunidade envolvente tem sobre a Resposta Social, nomeadamente:					
• Importância para a população	X				
• Relação com a população envolvente	X				
• Oferta de emprego, estágios			X		
• Impacto da Resposta Social na melhoria da qualidade de vida da comunidade	X				
• Grau de satisfação	X				
7.2 – DESEMPENHO AMBIENTAL	S	N	P	NA	Observações
a) Está definida uma política ambiental e existem resultados relativos ao desempenho ambiental, relativos nomeadamente a:					
• Redução de desperdícios		X			
• Utilização de materiais reciclados			X		

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de reciclagem de materiais • Medidas de poupança de energia • Utilização de energias renováveis • Grau de compromisso com padrões ambientais 				
			X	
	X			
			X	
		X		

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 8 – Resultados Chave do Desempenho					
	S	N	P	NA	Observações
a) Existem resultados que evidenciem o desempenho da Resposta Social, face aos objetivos estabelecidos, nomeadamente:					
• Resultados de desempenho dos processos chave	X				
• Impacto na promoção da autonomia do cliente	X				
• Resultados de auditorias internas e externas	X				
• Resultados de inspeções					
• Satisfação dos parceiros			X		
• Melhor utilização das tecnologias de informação			X		
• Envolvimento das partes interessadas			X		
b) Existem resultados relativos ao desempenho financeiro da Resposta Social, nomeadamente:					
• Grau de execução orçamental			X		
• Grau de realização dos objetivos financeiros	X				
• Resultados de auditorias financeiras			X		
c) Os resultados de desempenho chave são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?		X			
d) Os resultados de desempenho chave são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização?		X			

Legenda: S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não Aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Anexo II – Regulamento Interno



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

REGULAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMENTO Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas C.S. P. de Castelo de Penalva

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

NORMA I Âmbito de Aplicação

O Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva – Lar de São Pedro é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem como fins a promoção da caridade cristã, da cultura, da educação e a integração comunitária e social, na perspetiva dos valores do evangelho, de todos os habitantes da comunidade onde está situada, especialmente dos mais pobres, e tem por objeto social, entre outros, a prestação de serviços de assistência social e de proteção de idosos em lar de terceira idade, adiante designada por ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas). O Lar está sediado no Largo de São Pedro, em Castelo de Penalva. Possui acordo de cooperação para esta resposta social, celebrado com o Centro Distrital de Viseu, em 30/09/2009.

O Presente regulamento visa definir as regras e os critérios de funcionamento pela utilização do equipamento e serviços da ERPI.

NORMA II Legislação Aplicável

O Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva, instituição prestadora de serviços rege-se igualmente pelo estipulado nos seguintes princípios normativos:

1. Portaria nº 196A/2015 – modelo que regula as comparticipações dos utentes nas IPSS;
2. Orientações Técnicas em vigor;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penlva

3. Decreto-Lei n.º 156/2005 de 15 de Setembro, republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 371/2007 de 06 de Novembro- regula o livro de reclamações;
4. Contrato Coletivo de Trabalho para as IPSS.
5. Protocolo de Cooperação em vigor;
6. Portaria n.º67/2012 de 21 Março- define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as Estruturas residenciais para pessoas idosas.
7. Decreto-lei n.º33/2014 de 4 Março que altera o decreto-lei n.º 64/2007 de 11 de Março, alterado e republicado pelo decreto-lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro- regulamenta a instalação, funcionamento e fiscalização.

NORMA III

Objetivos do Regulamento

O presente Regulamento Interno de Funcionamento visa:

1. Promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados;
2. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento/estrutura prestadora de serviços;
3. Promover a participação ativa dos clientes ou seus representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais.

NORMA IV

Serviços Prestados e Atividades Desenvolvidas

1. A ERPI é uma resposta social, desenvolvida dentro da própria instituição, por isso desenvolvem-se atividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento coletivo. Este pode ser temporário e ou permanente e possui o fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres através de atividades ocupacionais.
2. Para atingir estes e outros objetivos a ERPI tem capacidade para 53 pessoas.
3. São objetivos da ERPI:
 - 3.1 - Contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos clientes e familiares;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

- 3.2 - A prestação de cuidados individuais e adequados a cada cliente, ao nível da satisfação das necessidades básicas, apoio biopsicossocial de modo a contribuir para a sua adequação a esta nova realidade, bem como gerar o bem-estar do mesmo na instituição;
 - 3.3 - Proporcionar serviços permanentes e adequados caso a caso;
 - 3.4 - Contribuir para a manutenção do bem-estar do cliente, evitando assim, o retardamento do processo de envelhecimento;
 - 3.5 - Fomentar a interação com os familiares e ou responsáveis dos clientes e com as comunidades, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
 - 3.6 - Promover a participação do cliente na instituição, melhorando a sua auto estima através do reforço positivo, e assegurar a sua participação nas AVD'S.
 - 3.7 - Fomentar a interação dos clientes entre os seus pares.
4. Por forma a atingir os objetivos pressupostos, a ERPI assegura os serviços seguintes:
- 4.1 - Alojamento em quarto duplo ou individual;
 - 4.2 - Alimentação (pequeno almoço; almoço; lanche; jantar, reforço alimentar ao deitar);
 - 4.3 - Cuidados de higiene e conforto;
 - 4.4 - Lavagem e tratamento das roupas (pessoal e de camas);
 - 4.5 - Vigilância 24 horas por dia, durante a sua permanência no lar;
 - 4.6 - Acompanhamento médico e de enfermagem;
 - 4.7 - Ocupação, animação e recreação;
 - 4.8 - Transporte e acompanhamento aos Hospitais e Centro de Saúde bem como a consultas e exames auxiliares de diagnóstico;
 - 4.9 - Fisioterapia;
 - 4.10 - Assistência Religiosa.
5. O mapa semanal das ementas encontra-se afixado no placar da receção e no placar da entrada da cozinha.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

6. O serviço da Higiene pessoal será ajustado caso a caso e de acordo com a periodicidade que satisfaça as necessidades do cliente.
7. Os clientes devem trazer os utensílios de higiene pessoal como por exemplo a escova dos dentes, o secador, a máquina de barbear, o pente ou escova para o cabelo, entre outros que considerem necessários.
8. Deverão trazer também todos os produtos de uso pessoal que considerem necessários como por exemplo, champô, gel de banho, perfume, creme de corpo e ou rosto, entre outros.
9. O tratamento das roupas consiste na recolha da roupa suja e entrega da mesma roupa devidamente limpa. O serviço funciona diariamente, embora não seja obrigatória a entrega da roupa diariamente, pois depende, do tempo da secagem e da quantidade de roupa. Todas as peças de roupa estão identificadas com uma letra ou um número atribuído pela instituição, por isso têm de ser previamente marcadas.
10. O familiar responsável pelo cliente deve elaborar uma listagem onde conste toda a roupa que o utente trouxer para a instituição. As entregas posteriores de roupa devem ser entregues à Diretora Técnica, Assistente Social, ou outro responsável que a esteja a substituir.
11. Do ponto anterior decorre o acréscimo da roupa à listagem anterior e que se encontra na lavandaria.
12. Adverte-se que dada a complexidade do Lar e o desgaste de muitas peças de uso pessoal, não pode a instituição ser responsabilizada pela sua alteração ou extravios excecionais.
13. Os clientes têm atividades de convívio, ocupação, estimulação e de âmbito funcional, dinamizadoras dentro e fora da instituição.
14. Existe um mapa de atividades mensais e semanais, afixado na instituição em local bem visível.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

CAPÍTULO II PROCESSO DE ADMISSÃO DOS CLIENTES

NORMA V

Condições de Admissão

São condições de admissão neste estabelecimento/serviço:

1. Vontade livre do cliente em ser admitido;
2. Possuir idade igual ou superior a 65 anos, salvo casos excecionais a considerar individualmente;
3. Estar dentro dos critérios de admissão estabelecidos.

NORMA VI

Candidatura

1. Para efeitos de admissão, o cliente deverá candidatar-se através do preenchimento de uma Ficha de Inscrição que constitui parte integrante do processo de cliente, devendo fazer prova das declarações efectuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:
 - 1.1. Cartão de cidadão ou na sua falta;
 - 1.2. Bilhete de Identidade do cliente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.3. Cartão de Contribuinte do cliente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.4. Cartão de Beneficiário da Segurança Social do cliente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.5. Cartão de Utente dos Serviços de Saúde ou de subsistemas a que o cliente pertença;
 - 1.6. Boletim de vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do cliente, quando solicitado;
 - 1.7. Comprovativo dos rendimentos do cliente e do agregado familiar, quando necessário;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

- 1.8. Outra documentação que o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva considere relevante.
2. O período de candidatura decorre no seguinte período: das 9h às 17h todos os dias no gabinete técnico.
 - 2.1. O horário de atendimento para candidatura é o seguinte: 9h às 17h todos os dias no gabinete técnico.
3. A ficha de identificação e os documentos probatórios referidos no número anterior deverão ser entregues no Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva das 9h às 17h.
4. Em situações especiais pode ser solicitada certidão da sentença judicial que determine a tutela/curatela.
5. Em caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação de candidatura e respetivos documentos probatórios, devendo todavia ser desde logo iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

NORMA VII

Critérios de Priorização

Para cada critério de Priorização no processo de admissão está definido um valor de Ponderação, sendo analisados e pontuados da seguinte forma:

1. Pessoas e grupos social e economicamente desfavorecidos – 18 pontos;
2. Falta de condições habitacionais ou outras que impossibilitem a permanência do idoso no seu domicílio, mesmo com apoio ao nível do Centro de Dia ou Apoio Domiciliário – 15 pontos;
3. Naturalidade ou residência na área geográfica, definida nos estatutos da instituição – 14 pontos;
4. Isolamento social e/ou geográfico – 13 pontos;
5. Comprovada ausência de apoio familiar – 11 pontos;
6. Desajustamento e/ou conflito familiar grave – 11 pontos;
7. Idoso que tenha cônjuge internado na mesma instituição – 10 pontos;
8. Ascendente de funcionários e dirigentes ou ex-dirigentes da instituição – 8 pontos.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

Nota: A prioridade de admissão será encontrada pela conjugação dos vários itens, em caso de empate, poderá funcionar a data inscrição.

NORMA VIII

Admissão

1. Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo responsável técnico deste estabelecimento/serviço, a quem compete elaborar a proposta de admissão, quando tal se justificar, a submeter à decisão da entidade competente.
2. É competente para decidir a Direção do Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva, representada pelo seu Presidente Pe. Manuel José de Matos Clemente.
3. Da decisão será dado conhecimento ao cliente no prazo de 15 dias.
4. No ato da admissão são devidos os seguintes pagamentos: a mensalidade do respetivo mês em que integra a instituição.

NORMA IX

Acolhimento dos Novos Clientes

1. Tendo em conta a mudança que o internamento em ERPI implica, associada ao impacto emocional para o cliente e família, devido às modificações nas rotinas diárias, compete à Equipa Técnica, acompanhar o cliente nas diversas fases da sua adaptação e integração contribuindo para a sua adaptação e integração. Deverá existir o envolvimento da família e ou pessoa responsável nesta nova etapa do cliente.
2. O acolhimento deverá ser individualizado. Aquando da chegada do cliente o mesmo deverá ser apresentado aos outros clientes e colaboradores da instituição, deverá ver novamente as instalações, esclarecer todas as dúvidas e ser-lhe explicado novamente o funcionamento e regras da instituição. Ao mesmo tempo será entregue o manual de acolhimento onde consta toda a informação instituição relevante.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penvalva

NORMA X

Processo Individual do Cliente

1. Para melhor conhecimento dos aspetos físico, psicológico e social do cliente e acompanhamento da sua evolução no Lar de Idosos, deverá ser organizado um Processo Individual e confidencial o qual deve conter para além da identificação pessoal, elementos sobre a situação social e financeira, necessidades específicas do cliente, bem como outros elementos relevantes e de acordo com a legislação em vigor.
2. De acordo com o estipulado no artigo nº9 da portaria nº67/2012 de 21 de Março, o Processo Individual do cliente deve conter os seguintes elementos: identificação do residente; data de admissão; identificação do médico assistente; identificação e contacto do representante legal ou dos familiares; identificação da situação social; exemplar do contrato de prestação de serviços; processo de saúde que possa ser consultado de forma autónoma; plano individual de cuidados (PIC), o qual deve conter as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela elaboração, avaliação e revisão do PIC; Registo de períodos de ausência, bem como de ocorrências de situações anómalas; cessação do contrato de prestação de serviços com indicação da data e motivo.
3. O Processo Individual deve estar atualizado e é de acesso restrito.
4. O Processo Individual do cliente integra também todos os documentos constantes na norma VI do presente Regulamento.

NORMA XI

Listas de Espera

1. Perante a inexistência de vagas, será preenchida a Ficha de Inscrição com os contactos e dados do cliente bem como do seu representante legal, por forma a este ser contactado aquando da existência de uma vaga.
2. Deverá também ser informado sobre a posição que ocupa na lista de espera.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

CAPÍTULO III INSTALAÇÕES E REGRAS DE FUNCIONAMENTO

NORMA XII Instalações

1. O Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva está sediado no Largo de São Pedro- 3550-039 Castelo de Penalva e as suas instalações são compostas por:

❖ **Piso 0**

- ✓ Recepção;
- ✓ Gabinete do Diretor;
- ✓ Gabinete Técnico;
- ✓ Gabinete Médico e de Enfermagem;
- ✓ Vestiários;
- ✓ Sala de pessoal;
- ✓ Lavandaria;
- ✓ Cozinha;
- ✓ Refeitório;
- ✓ Sala de convívio;
- ✓ Biblioteca e sala de informática;
- ✓ Sala de Fisioterapia;
- ✓ Sala de *Snoezelen*;
- ✓ Instalações sanitárias;

❖ **Piso1**

- ✓ Quartos duplos, individuais e de casal com casa de banho privativa;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

- ✓ Salas de estar/convívio;
- ✓ Salão de cabeleireiro;
- ✓ Instalações sanitárias;
- ✓ Hidromassagem;
- ✓ Arrumos;
- ✓ Rouparia;

❖ Piso -1

- ✓ Quartos duplos, individuais e de casal com casa de banho privativa;
- ✓ Capela;
- ✓ Salas de estar/convívio;
- ✓ Sala de cinema e atividades ocupacionais;
- ✓ Instalações sanitárias;
- ✓ Hidromassagem;
- ✓ Arrumos;

❖ Piso-2

- ✓ Churrasqueira e salão de festas;
- ✓ E no exterior jardim geriátrico;

2. As áreas de Instalações para o pessoal e de serviço são reservadas aos funcionários;
3. Os clientes têm acesso às salas de convívio, biblioteca/sala de informática, sala de fisioterapia, capela, sala de cinema, refeitório, instalações sanitárias, ao seu quarto, jardim geriátrico e ainda ao gabinete técnico e da direção bem como ao gabinete médico e de enfermagem sempre que necessário.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

NORMA XIII

Horários de Funcionamento

A ERPI funciona 24 horas por dia, durante todos os dias do ano ininterruptamente.

NORMA XIV

Entrada e Saída de Visitas

1. O horário de visitas no período da manhã é das 10h às 11h30; e no período da tarde das 14h às 16h, diariamente. Contudo, se por algum motivo alguém não tiver possibilidade de o fazer nestes períodos e em casos pontuais, terá que solicitar a autorização para a visita noutra horário, à Diretora técnica, Assistente Social, ou a quem a estiver a substituir.
2. As visitas decorrem preferencialmente nas salas de convívio destinadas aos clientes, podendo decorrer nos quartos, apenas quando o estado clínico (permanente ou transitório) do cliente, não permita a sua receção nos referidos locais. Não devendo neste caso, ultrapassar três visitas.
3. Os visitantes devem sempre cumprir as regras de funcionamento da instituição, bem como a privacidade e o bem-estar dos outros clientes.

NORMA XV

Pagamento da Mensalidade

1. O pagamento da mensalidade/comparticipação é efetuado no seguinte período: diariamente das 9h às 17h na Secretaria da Instituição, ou por transferência bancária.
2. O pagamento da mensalidade deve ser efetuado até ao oitavo dia do mês a que se refere.
3. O não pagamento da mensalidade dentro do prazo anterior estipulado fica sujeito a um agravamento do valor a cobrar de 20% no primeiro mês em falta e de 50% caso se trate do segundo mês consecutivo.
4. O não pagamento das despesas no prazo máximo de trinta dias, a contar da data limite de pagamento (até ao oitavo dia de cada mês), ficam os representantes legais, sujeitos ao pagamento de juros à taxa legal em vigor.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

5. À mensalidade acresce o pagamento de despesas dos demais serviços prestados, nomeadamente medicação, fraldas, transporte em ambulância, taxas moderadoras e outros serviços não abrangidos na mensalidade.

NORMA XVI

Tabela de Comparticipações/Preçário de Mensalidades

1. A tabela de comparticipações familiares foi calculada(o) de acordo com a legislação/normativos em vigor e encontra-se afixada(o) em local bem visível, isto é calculando o rendimento “*per capita*” dos utentes;
2. De acordo com o disposto na portaria n.º196- A/2015, o cálculo do rendimento “*per capita*” do utente é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$RC = \frac{RAF}{12} - D$$

Sendo que:

RC= Rendimento *per capita* mensal;

RAF = Rendimento do agregado familiar (anual);

D = Despesas mensais fixas;

No que respeita às despesas mensais fixas, consideram-se para o efeito:

- O valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento líquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;
 - O valor da renda de casa ou de prestação mensal devida pela aquisição de habitação própria ou permanente;
 - Despesas com os transportes, até ao valor máximo da tarifa de transporte da zona de residência;
 - As despesas com a saúde e aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica.
3. A comparticipação familiar devida pela utilização dos diversos serviços é determinada pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento “*per capita*” do utente de acordo com o seguinte:



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

3.1 A determinação da comparticipação do cliente para a retribuição dos serviços prestados pela ERPI corresponderá a 75%, podendo ir até aos 90% do rendimento "per capita" para os clientes que se encontrem nas situações seguintes:

- Idosos dependentes que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas, nomeadamente os atos relativos a cuidados de higiene pessoal, uso de instalações sanitárias, alimentação, vestuário e locomoção;
- Idosos necessitados de cuidados específicos de recuperação ou de saúde de carácter permanente, que aumentem significativamente o respetivo custo;

Esta avaliação é efetuada caso a caso, através da Escala de *Barthel* e que nos indica os seguintes níveis: Nível I- 75%; Nível II – 80%; Nível III 85% e o nível IV caso tenha sido requerido ou atribuído o complemento de dependência de 1º grau – 90%.

4. A prova dos rendimentos declarados será efetuada mediante a apresentação dos documentos adequados à mesma, nomeadamente, a declaração de IRS, o comprovativo da reforma anual.
5. A prova das despesas fixas do agregado familiar é comprovada através da apresentação dos respetivos documentos.
6. De modo a introduzir critérios de equidade e responsabilização familiar, salvaguardando os critérios impostos no ponto anterior, caberá ao CSPCP levar em consideração, para cálculo das mensalidades, os rendimentos apresentados pelos descendentes, de acordo com a documentação solicitada para o efeito.
7. Quando existam descendentes em linha reta, ou existindo estes mas não possam ou não queiram assumir o compromisso de apoio ou o seu paradeiro seja desconhecido, pode ser acordado mediante outorga ou acordo escrito o pagamento da comparticipação familiar com as pessoas singulares que sejam consideradas herdeiros nos termos das categorias previstas no Código Civil, desde que voluntariamente queiram assumir essa obrigação.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

8. Iniciando-se a frequência da ERPI na primeira quinzena do mês, o cliente é responsável pelo pagamento da totalidade da mensalidade, mas só deverá retribuir metade da mesma no caso da frequência se iniciar na segunda quinzena do mês.
9. Em caso de falecimento ou saída da ERPI, é devida a totalidade da comparticipação no caso de o facto ocorrer na 2ª quinzena do mês, devendo apenas retribuir metade da mesma, caso os factos ocorram na 1ª quinzena do mês.
10. Há lugar a uma redução de 10% na comparticipação familiar mensal quando o período de ausência devidamente fundamentado exceda 15 dias seguidos.
11. As comparticipações familiares, em regra são objeto de revisão anual até ao final do 1º trimestre; Esta revisão tem por base o valor da inflação ou outras razões excecionais relacionadas com os clientes. E os utentes ou o seu responsável serão informados com 15 dias de antecedência.

NORMA XVII

Refeições

1. As refeições do CSPCP são servidas no refeitório Piso 0, com a exceção dos clientes acamados em que será servida nos respetivos quartos, de acordo com o horário estipulado, salvo alguma alteração ocasional de funcionamento:
 - Pequeno-almoço - 9h00;
 - Almoço -12h00;
 - Lanche 16h00;
 - Jantar 19h00;
 - Ceia às 21h00 nas respetivas copas dos Pisos.

No entanto, todos os clientes acamados e diabéticos têm direito a reforço alimentar por voltas das 24h00 nos respetivos quartos.

2. A ementa semanal encontra-se afixada no placar da receção e no placar da entrada da cozinha, junto ao refeitório.
3. As dietas dos clientes são efetuadas mediante prescrição médica e de acordo com as indicações do mesmo.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penhalva

4. Por razões de segurança e/ou foro médico, quer os clientes quer as suas visitas não devem trazer quaisquer alimentos sem conhecimento e consentimento da Diretora Técnica.
5. Não é permitido aos clientes terem alimentos no quarto, exceto um tamaruere pequeno com umas bolachas e fruta;
6. É proibido aos clientes e aos seus familiares trazerem bebidas alcoólicas.

NORMA XVIII

Passeios ou Deslocações

1. O desenvolvimento de passeios e ou deslocações em grupo, é da responsabilidade da instituição, por norma estão previstas no Plano Anual de Atividades e conforme o tipo de deslocação assim são convidados os clientes a participar.
2. Os passeios promovidos pela instituição são gratuitos e incluem a alimentação e bebidas.
3. Durante os passeios os clientes são acompanhados por funcionárias da instituição.

NORMA XIX

Quadro de Pessoal

1. O quadro de pessoal deste estabelecimento/estrutura prestadora de serviços encontra-se afixado em local bem visível, contendo a indicação do número de recursos humanos (d direcção técnica, equipa técnica, pessoal auxiliar e voluntários), formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação/normativos em vigor.
2. O Centro é obrigado a escolher os próprios agentes de entre as pessoas que partilhem, ou pelo menos respeitem, a identidade católica da instituição.
3. Um dos requisitos na admissão de pessoal para contrato de trabalho é possuir Carta de Condução.
4. A Equipa de Trabalho é composta por:
 - 4.1 - Um Diretor Técnico: a quem compete, em geral, dirigir a instituição, segundo as orientações da Direção, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão dos funcionários, atendendo à



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, nomeadamente:

4.1.1 - No âmbito da Gestão:

- a) Providenciar para que a alimentação seja confeccionada e servida nas melhores condições, elaborando semanalmente as ementas, em articulação com o setor da cozinha e do economato e procedendo à sua afixação nos termos da legislação em vigor;
- b) Cabe ao Diretor criar condições que levem os representantes dos clientes à participação efetiva na elaboração das ementas;
- c) Caso se considere necessário, administrar o fundo de maneiço que lhe seja atribuído para pequenas aquisições, de caráter urgente devidamente justificadas, através da prestação de contas;
- d) Solicitar aos serviços competentes, nomeadamente à Segurança Social, seu interlocutor privilegiado, informação/esclarecimentos de natureza técnica, inerentes ao funcionamento, tendo em vista a sua melhoria;
- e) Promover reuniões de trabalho com os clientes e com o pessoal, dispensando especial atenção à questão do relacionamento (interpessoal) de forma a prevenir a conflitualidade;
- f) Auscultar o pessoal no que respeita à sua formação e propor e/ou promover ações de formação de acordo com as necessidades e interesse manifestados;
- g) Participar nas reuniões da Direção, quando convocado;
- h) Propor a admissão de pessoal sempre que o bom funcionamento do serviço o exija;
- i) Propor à Direção a aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento do estabelecimento, bem como a realização de obras de conservação e reparação, sempre que se tornem indispensáveis;
- j) Colaborar na definição de critérios justos e objetivos para a avaliação periódica da prestação de serviços do pessoal com vista à sua promoção;
- k) Zelar pela aplicação efetiva do regulamento interno;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penhalva

4.1.2 - No âmbito do Serviço Social:

- a) Estudar a situação socioeconómica e familiar dos candidatos à admissão, recorrendo obrigatoriamente, a visita domiciliária;
- b) Estudar a comparticipação do cliente de acordo com as normas orientadoras das comparticipações familiares;
- c) Proceder ao acolhimento dos clientes com vista a facilitar a sua integração;
- d) Organizar e manter atualizado o processo individual de cada cliente, fazendo parte do mesmo, para além das peças já referidas, toda a informação de carácter confidencial (à qual a Direção e o pessoal técnico devem ter acesso);
- e) Fomentar e reforçar as relações entre clientes, os familiares, os amigos e a comunidade em geral;
- f) Tomar conhecimento da saída dos clientes;

4.1.3 - No âmbito da Animação / Ocupação:

- a) Elaborar o plano anual de atividades com a participação de outros técnicos e dos próprios clientes;
- b) Incentivar e organizar as atividades abertas à comunidade, fomentando o intercâmbio entre instituições sobre tudo ao nível do concelho;
- c) Dinamizar as atividades sociais e de animação dos clientes.

4.2 – Responsável da Qualidade:

- a) Assegurar a implementação do Manual da Qualidade;
- b) Coordenar as ações de elaboração, revisão e distribuição dos documentos;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

- c) Analisar, em conjunto com a Direção, as não conformidades internas;
- d) Preparar e planificar o plano anual de auditorias, acompanhando a implementação de ações corretivas/preventivas, verificando a sua eficácia;
- e) Fechar as não conformidades;
- f) Fazer o tratamento estatístico dos indicadores da qualidade;
- g) Garantir a Melhoria Contínua.

4.3 - Um Enfermeiro: prestar cuidados de enfermagem aos clientes nas variadas circunstâncias:

- a) Administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico;
- b) Apoiar na execução das tarefas de higiene e cuidado pessoal aos clientes mais dependentes e com necessidades de cuidados especiais;
- c) Controlo da medicação, quantidades e validades;
- d) Colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde (Farmácia);
- e) Efetuar marcações de consultas de especialidade, sempre que necessário;
- f) Proceder à avaliação dos sinais vitais dos clientes;
- g) Participação na elaboração e elaboração dos planos individuais dos clientes;
- h) Participar na escolha do material e equipamento a adquirir pela instituição, para a prestação de cuidados;
- i) Orientar o restante pessoal na prestação de cuidados básicos.

4.4 – Um Fisioterapeuta: Utilizar técnicas e métodos, designadamente exercícios terapêuticos, treino funcional para as atividades da vida diária, técnicas de facilitação neuromuscular, cinesiterapia respiratória, drenagem e outros, a fim de



Centro Social Paroquial de Castelo de Penlva

evitar a incapacidade quanto possível e obter a máxima recuperação funcional do indivíduo. Pode utilizar outras técnicas, como o *Stoerelen* e a Hidromassagem.

4.5 - Um Médico: efetuar a observação médica, nomeadamente:

- a) Requisitar exames auxiliares de diagnóstico;
- b) Elaborar o próprio diagnóstico;
- c) Enviar o cliente para médicos especialistas, sempre que necessário;
- d) Estabelecer terapêutica medicamentosa adequada às diferentes doenças e lesões do organismo;
- e) Participar na avaliação das necessidades e desenvolvimento do cliente.

4.6 - Do Restante Pessoal

4.5.1 – Encarregado de Serviços Gerais

Incumbe ao Encarregado:

- a) Responsabilizar-se pelo arranjo dos quartos;
- b) Distribuir e arrumar as roupas dos clientes;
- c) Colaborar nas atividades de animação / ocupação dos clientes;
- d) Acompanhar os clientes a consultas ou deslocações;
- e) Requisitar, receber, controlar e distribuir os artigos de higiene e conforto;
- f) Desempenhar outras tarefas atribuídas pela Direção ou pelo Diretor Técnico.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

4.5.2 – Ajudantes de Ação Direta

Incumbe ao Ajudante de Ação Direta:

- a) Receber os clientes e fazer a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;
- b) Proceder ao acompanhamento diurno e/ou noturno dos clientes, dentro e fora dos estabelecimento, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- c) Assegurar a alimentação regular dos clientes;
- d) Recolher e cuidar dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;
- e) Prestar cuidados de higiene e conforto aos clientes e colaborar na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, aplicando cremes medicinais, executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas;
- f) Substituir as roupas de cama e da casa de banho;
- g) Reportar à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas;
- h) Registrar os procedimentos efetuados.

4.5.3 – Trabalhador Auxiliar de Serviços Gerais

Incumbe ao Trabalhador Auxiliar de Serviços Gerais:

- a) Proceder à lavagem e tratamentos de roupas;
- b) Zelar pela boa conservação, manutenção e limpeza dos veículos;
- c) Zelar pelo bom estado de conservação e limpeza dos equipamentos de trabalho e jardins;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

- d) Proceder à limpeza, higiene, arrumação de todo o edifício e de outras tarefas inerentes à sua função.

4.7 - Pessoal da Cozinha

4.6.1 – Cozinheiro(a):

Incumbe ao Cozinheiro(a):

- a) Preparar e confeccionar as seguintes refeições: pequeno-almoço; almoço; lanche; jantar.
- b) Distribuir as refeições;
- c) Apoiar na limpeza da cozinha e anexos;
- d) Apresentar superiormente a listagem do material necessário ao funcionamento da cozinha;
- e) Colaborar na elaboração de ementas;
- f) Requisitar os géneros necessários à confeção das refeições.
- g) Efetuar os registos e cumprir as normas do HACCP.

4.6.2 – Ajudante de Cozinha:

Incumbe ao Ajudante de Cozinha:

- a) Ajudar na confeção das refeições em colaboração com o(a) cozinheiro(a);
- b) Proceder à limpeza da cozinha e anexos;
- c) Substituir o cozinheiro nas suas faltas e impedimentos;
- d) Efetuar os registos e cumprir as normas do HACCP.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penhalva

4.8 – Voluntários

Incumbe aos voluntários:

- a) Realizar atendimento telefónico;
- b) Auxiliar nas atividades inerentes à sua área de atuação;
- c) Cumprir as Normas de Higiene e Segurança;
- d) Responder com prontidão e disponibilidade às solicitações da hierarquia;
- e) Participar em reuniões para as quais é convocado.

5. Direitos dos Trabalhadores

- a) Ser tratado com igualdade no acesso ao emprego;
- b) Receber a retribuição devida;
- c) Receber todos os créditos laborais a que tenha direito e ver cumprido os direitos constantes no código do trabalho.

6. Deveres dos Trabalhadores

- a) Respeitar e tratar o empregador, os superiores hierárquicos, os companheiros de trabalho e as pessoas que se relacionem com a instituição, com urbanidade e probidade;
- b) Comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade;
- c) Realizar o trabalho com zelo e diligência;
- d) Participar de modo diligente em reuniões, ações de formação profissional que lhe sejam proporcionadas pelo empregador;
- e) Cumprir as ordens e instruções do empregador respeitantes a execução ou disciplina do trabalho, bem como a segurança e saúde no trabalho, que não sejam contrárias aos seus direitos ou garantias;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

- f) Guardar lealdade ao empregador e zelar pelo bom nome da instituição.
- g) Zelar pela conservação e boa utilização de bens relacionados com o trabalho que lhe forem confiados pelo empregador.
- h) Respeitar a privacidade e o espaço dos clientes e ter ética profissional.

NORMA XX

Direção Técnica

A Direção Técnica deste estabelecimento/estrutura prestadora de serviços compete a um técnico, nos termos da legislação específica relativa à resposta social, cujo nome, formação e conteúdo funcional se encontra afixado em lugar visível.

Ao Diretor cabe a responsabilidade de coordenar tecnicamente o funcionamento da instituição de acordo com as orientações facultadas pela Direção.

O Diretor Técnico deve ser substituído, nas suas ausências por um dos elementos do quadro de pessoal a indicar pela Direção da Instituição.

O Diretor Técnico deve ser Licenciado na área das Ciências Sociais, do Comportamento ou Serviços Sociais de acordo com a legislação em vigor.

NORMA XXI

Regras Gerais de Funcionamento

1. Os horários das refeições e das visitas devem constar de documento escrito e exposto em local visível;
2. As dietas dos clientes, sempre que prescritas pelo médico, são de cumprimento obrigatório;
3. Os clientes devem comunicar ao Diretor Técnico sempre que pretendam ausentar-se da instituição;
4. A passagem de turno para turno deve ser efetuada por escrito em Livro Próprio que se encontra na receção;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penelva

5. O Diretor Técnico deverá promover reuniões periódicas com os clientes para informações, auscultação dos seus interesses e sugestões;
6. A fixação e pagamento das comparticipações financeiras dos clientes/ família devem reger-se pelas normas em vigor. A prestação dos serviços deve constar no contrato escrito entre a instituição e o cliente / família.
7. Deve o Diretor Técnico, autorizado pela Direção, estabelecer parcerias locais possíveis, por forma a rentabilizar os recursos existentes, abrindo a instituição à comunidade, introduzindo a flexibilidade necessária e adequando as respostas às necessidades da comunidade onde se insere;
8. Deve existir livro de reclamações nos termos previstos da legislação em vigor.
9. Se o cliente pretender abandonar a instituição, deverá comunicar com 30 dias de antecedência por escrito o motivo do abandono.
10. Uma vez abandonado o Lar só excepcionalmente e no caso de não existirem pedidos em espera, poderá ser solicitada a sua readmissão.
11. As ausências dos clientes deverão ser sempre comunicadas e devem constar no livro de passagem de turno.
12. Em caso de falecimento deverá ser deduzido na mensalidade referente ao mês do falecimento o equivalente aos dias após o quarto desocupado dos bens pessoais do cliente cuja responsabilidade seja dos significativos;
13. As despesas do funeral e sufrágios do cliente serão da responsabilidade dos familiares ou responsáveis do mesmo.



**CAPÍTULO IV
DIREITOS E DEVERES**

**NORMA XXII
Direitos dos Clientes**

São direitos dos clientes:

1. O respeito pela sua dignidade;
2. O respeito pela sua individualidade;
3. O respeito pela sua integridade e desenvolvimento da sua personalidade;
4. O respeito pela sua autonomia;
5. O respeito pela sua capacidade de escolha;
6. O respeito pela sua privacidade e intimidade;
7. Confidencialidade;
8. Igualdade;
9. Participação;
10. Liberdade de expressão;
11. Liberdade religiosa;
12. Autonomia na gestão do seu património.

São ainda direitos:

1. Acolhimento pelo(a) Diretor(a) para uma visita mais pormenorizada ao Estabelecimento e apoio no seu alojamento;
2. Esclarecimento sobre o Regulamento Interno de Funcionamento e os direitos e deveres do cliente;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

3. Receção de documentação pessoal, identificação da pessoa a contactar em casos de necessidade ou emergência;
4. Elaboração de registo de bens e valores do cliente, a ser efetuado pela Direção do Estabelecimento;
5. Apresentação do cliente aos colaboradores e outros residentes, reforçando a informação necessária.

NORMA XXIII

Deveres dos Clientes

São deveres dos clientes:

1. Cumprir as normas do Regulamento Interno e as específicas do Estabelecimento em que estiver alojado e das quais já tomou conhecimento;
2. Zelar pela conservação das instalações e material que lhe for distribuído.
3. Apresentar-se limpo e arranjado.
4. Contribuir para o bem-estar geral do Estabelecimento, devendo evitar situações de conflito quer com os outros residentes, quer com o pessoal em serviço.
5. Respeitar os horários em vigor.
6. Pagar nos prazos estipulados, a mensalidade e ou comparticipação familiar mensal fixada de acordo com a legislação em vigor.
7. Reembolsar o Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva das despesas com medicamentos, fraldas, transportes e outras que lhe digam diretamente respeito.
8. Pagar a mensalidade acordada, sempre que se ausente do lar por hospitalização, férias, ou outra situação em que o seu lugar continue assegurado;
9. Comunicar por escrito à Direção do Lar, com quinze dias de antecedência, quando pretende sair para férias ou definitivamente.

NORMA XXIV

Direitos da Entidade Gestora do Estabelecimento/Serviço

São direitos da entidade gestora do estabelecimento/serviço:

1. Receber os benefícios constantes do contrato de serviços celebrado com os clientes;
2. Ao cumprimento, por parte dos clientes, de todas as normas presentes neste regulamento;



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

3. A que todos os clientes da Instituição contribuam para o seu funcionamento, para o seu bom nome e para que exista um clima diário de acordo com os princípios humanistas que norteiam a vida da Instituição;
4. Mudar os clientes de quarto sempre que tal seja necessário para o melhor funcionamento da Instituição e bem-estar dos clientes;
5. Que sejam cumpridas todas as orientações definidas pela Direção da Instituição.

NORMA XXV

Deveres da Entidade Gestora do Estabelecimento/Serviço

São deveres da entidade gestora do estabelecimento/serviço:

1. Cumprir integralmente o contrato de prestação de serviços celebrado com os clientes;
2. Aplicar os princípios orientadores da Instituição na relação com os clientes;
3. Cumprir todas as normas legais em vigor;

NORMA XXVI

Depósito e Guarda dos Bens dos Clientes

O CSPCP não se responsabiliza por valores ou bens que o cliente possua, exceto se os tenha confiado à sua Guarda.

Os bens pessoais confiados à guarda da instituição constarão de uma lista discriminativa a elaborar e assinar entre as partes. Os bens pessoais ficaram guardados no cofre da instituição.

NORMA XXVII

Interrupção da Prestação de Cuidados por Iniciativa do Cliente

Quando o cliente se ausentar da instituição, a interrupção do serviço deve ser comunicada pelo mesmo, com 2 dias de antecedência.

NORMA XXVIII

Contrato de prestação de serviços



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

Nos termos da legislação em vigor, entre o cliente ou seu representante legal e a entidade gestora do estabelecimento/serviço deve ser celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços, em duplicado, ficando um para o Cliente/Responsável e outro para a instituição, do qual constam os principais direitos e obrigações das partes.

NORMA XXIX

Cessaçãõ da Prestaçãõ de Serviçõs por Facto Nãõ Imputãvel ao Prestador

A cessaçãõ da prestaçãõ de serviçõs por iniciativa do cliente pode acontecer por desistênciã ou morte. No caso de desistênciã o cliente e ou familiar tem de informar a instituiçãõ com a antecedênciã de 30 dias.

NORMA XXX

Livro de Reclamações

Nos termos da legislaçãõ em vigor, este estabelecimento/serviço possui livro de reclamações, que poderã ser solicitado, sempre que desejado, no gabinete tãcnico, competindo ao Diretor Tãcnico a gestãõ do mesmo.



Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES FINAIS

NORMA XXXI

Alterações ao Regulamento

Nos termos do regulamento da legislação em vigor, os responsáveis dos estabelecimentos ou das estruturas prestadoras de serviços deverão informar e contratualizar com os clientes ou seus representantes legais sobre quaisquer alterações ao presente regulamento com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo do direito à resolução do contrato a que a estes assiste.

Estas alterações deverão ser comunicadas à entidade competente para o licenciamento/accompanhamento técnico da resposta social, ISS, IP de acordo com a alínea b) do nº2 do artigo 30º do Decreto-Lei nº 33/2014 de 4 de Março.

NORMA XXXII

Integração de Lacunas

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela Direção do CSP de Castelo de Penalva, tendo em conta a legislação/normativos em vigor sobre a matéria.

NORMA XXXIII

Entrada em Vigor

O presente regulamento interno foi aprovado em reunião de direção 05 de Maio de 2017 e entra em vigor a 06 de Junho de 2017.

O Presidente,

(*Pe. Manuel José de Matos Clemente*)

CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE CASTELO DE PENALVA



Manual de Acolhimento do Cliente

Lar de Idosos

***Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver
muito tempo.***

Charles Saint-Beuve

*Se o meu andar é hesitante
e as minhas mãos trêmulas,
ampara-me.*

*Se a minha audição não é boa,
e tenho de me esforçar para ouvir o que me dizes,
procura entender-me.*

*Se a minha visão é imperfeita
e o meu entendimento escasso,
ajuda-me com paciência.*

*Se minha mão treme
e derrubo comida na mesa ou no chão,
por favor, não te irrites, tentei fazer o que pude.*

*Se me encontrares na rua,
não faças de conta que não me viste.
Pára para conversar comigo. Sinto-me só.*

*Se, na tua sensibilidade,
me vires triste e só,
simplesmente partilha comigo um sorriso e sê solidário.*

*Se te contei pela terceira vez a mesma história
num só dia,
não me repreendas, simplesmente ouve-me.*

*Se me comporto como uma criança,
cerca-me de carinho.*

*Se estou doente e sou um peso,
não me abandones.*

*Se estou com medo da morte e tento negá-la,
por favor, ajuda-me na preparação para o adeus.*

(Autor Desconhecido)

BEM-VINDO

É com o maior prazer que lhe dou as boas vindas!

O Lar do Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva quer ser o seu novo Lar.

Neste dia do seu acolhimento quero, fornecer-lhe as melhores condições de integração para que se sinta, o mais rápido possível, parte desta nova comunidade.

Atendendo à diversidade de questões que se colocam, neste processo de admissão, fornecemos-lhe este manual onde vai encontrar diferentes informações relativas a esta Instituição, nomeadamente os serviços prestados, funcionamento e horários, para que possa participar ativamente no quotidiano desta seu novo Lar.

As dúvidas que venham a surgir-lhe, após a leitura deste documento, devem colocá-las, à Direção do Lar ou à Diretora Técnica ou Assistente Social.

Deste modo espera-mos que corresponda às suas expectativas. Em nome de toda a equipa que o vai servir damos-lhe as boas vindas, esperando que encontre felicidade e conforto neste lar que o recebe afavelmente.

O Presidente
Pe. Manuel Clemente

O LAR E OS SEUS ESPAÇOS....

Hall de Entrada

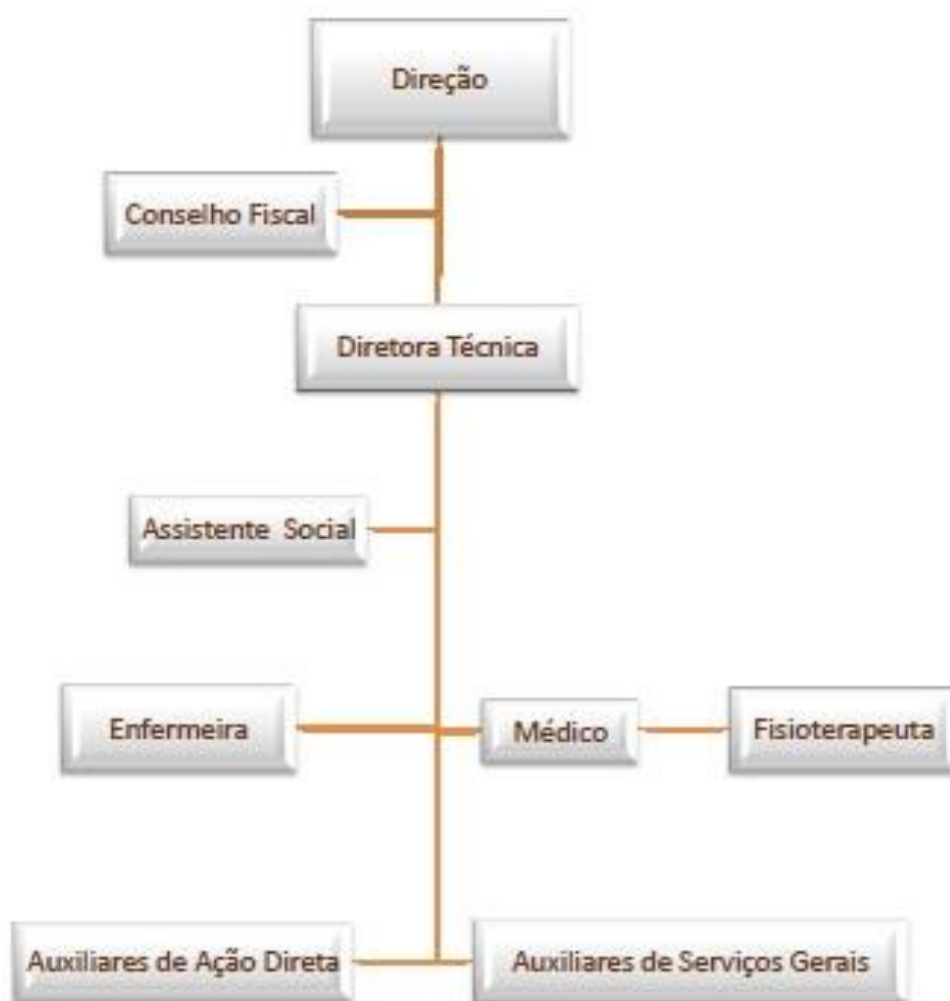


Espaço exterior de convívio

Sala de convívio



Organograma da Instituição



Missão

A Missão do Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva consiste em acolher indivíduos, cuja problemática biopsicossocial não seja possível de outra resposta e não padeçam de doenças infecto - contagiosas ou mentais incompatíveis com o regular funcionamento do estabelecimento, primando a qualidade através da prestação dos cuidados básicos, respeito pela individualidade da pessoa, trabalho em equipa e proporcionando ao idoso condições que fomentem a sua inclusão social. Assim sendo a instituição procura *servir o idoso, apoiar a família e a comunidade.*

Visão

Esta Instituição pretende ser um serviço de referência satisfazendo as expectativas dos clientes e procurando abranger o maior número de pessoas carenciadas possíveis.

Valores

Respeito pela individualidade da pessoa, trabalho em equipa, ética profissional, promoção da vida e saúde e solidariedade social.

Política de Qualidade

Para melhorar os resultados, procura reduzir-se as perdas/desperdícios, envolvendo e motivando todos na Instituição. Assim, o CSPC está a implementar um

Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ), garantido a persecução dos objetivos de qualidade numa perspectiva de melhoria continua.

São Objetivos do Lar:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e familiares;
- Prestar cuidados individualizados e personalizados, ao nível da satisfação das necessidades básicas, apoio biopsicossocial aos clientes, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar social, de uma vivência saudável no estabelecimento.
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Privilegiar a interação com os familiares ou responsáveis dos clientes e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
- Promover estratégias de reforço da auto estima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária.
- Fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Processo de Admissão

São condições de admissão neste estabelecimento\serviço:

1. Vontade expressa em ser admitido ou por solicitação do representante legal;
2. Idade igual ou superior a 65 anos ou estar em situação de incapacidade;
3. Existir vaga no Centro Social Paroquial de Castelo de Penalva;

Serviços Prestados

- Alojamento em quarto duplo ou individual;
- Alimentação;
- Higiene Pessoal;
- Tratamento de Roupa;
- Assistência Médica;
- Cuidados de Enfermagem;
- Atividades de animação \ ocupação;
- Atividades de estimulação cognitiva;
- Fisioterapia
- Assistência Religiosa

O Lar assegura outros serviços, nomeadamente: transporte e acompanhamento nas consultas ao exterior;

Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades;

Horários

- Pequeno-Almoço: 09 horas
- Almoço: 12 horas
- Lanche: 16 horas
- Jantar: 19 horas
- Reforço: 22 horas

Regras Específicas de convivência e de segurança

Cada utente deverá tomar em devida nota que lhe é, interdito:

- O consumo de medicamentos sem prescrição médica;
- O uso de botijas e cobertores elétricos, aquecedores e outros aparelhos que possam fazer perigar a segurança das pessoas e das instalações;
- Fumar dentro das instalações do Lar;
- Ser portador de qualquer arma ou instrumento que, como tal, possa ser usado.

Roupa Pessoal

No que diz às roupas pessoais, os utentes são vivamente aconselhados a seguir as seguintes instruções:

- A roupa pessoal deve conter marca individualizada que permita a respectiva identificação, segundo indicação dos serviços;
- O Cliente ou Pessoa responsável pelo mesmo, deve organizar uma listagem das peças pessoais e entrega-la à direção.

Recursos Humanos

Os recursos humanos constituem um elemento fundamental, para o sucesso de qualquer organização, uma vez que a qualidade dos serviços prestados está intimamente associada à qualidade humana daqueles que os prestam.

Assim sendo, o Centro Social e Paroquial de Castelo de Penalva tem uma equipa multidisciplinar formada por, 21 colaboradores:

- 1 Diretora Técnica
- 1 Assistente Social
- 1 Enfermeira
- 1 Médico
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Sacerdote
- 1 Cozinheira
- 2 Ajudantes de Cozinha
- 6 Ajudantes de Ação Direta
- 7 Auxiliares de Serviços Gerais



Obrigado pela sua escolha!

Largo de São Pedro 3550-039 Castelo de Penhalva

Tel. 232-643022 Email – cspcastpenhalva@sapo.pt