



## *Abordagem Inicial de um Sistema de Qualidade numa IPSS*

Sandra Judite Vieira de Castro

Projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientador: Doutor Rui Alves

Este Projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Viana do Castelo, Junho de 2014





*Abordagem Inicial de um Sistema de Qualidade numa IPSS*

Sandra Judite Vieira de Castro

Orientador: Doutor Rui Alves

Viana do Castelo, Junho de 2014



## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Doutor Rui Alves pela orientação e pelo apoio prestado durante a realização deste trabalho.

Gratulo ao Presidente e à Diretora Técnica do Centro Paroquial e Social de Moure pela oportunidade que me proporcionaram, a disponibilidade e o apoio para realizar este trabalho na instituição.

Agradeço, também, a todos os colaboradores do CPSM, pela colaboração que conseguiram dar, quer ao CPSM quer ao meu trabalho.

Por último, cabe-me agradecer ao Centro Paroquial e Social de Fontão e ao Lar S. Salvador pela disponibilidade e colaboração para responder aos inquéritos.



## **Resumo**

Na última década tem-se verificado uma reestruturação nos métodos de trabalho nas organizações e, de um modo particular, nas IPSS's. Mudanças impostas pelos mercados, pelo Instituto da Segurança Social e pela necessidade de estas organizações serem cada vez mais eficientes e alterarem as suas estratégias de gestão, desenhando uma Visão e criando uma Missão cientes de que a qualidade afeta a vida das organizações, dos colaboradores e dos clientes.

Neste âmbito o diagnóstico realizado em Portugal deixa a descoberto as necessidades de uniformizar a prestação de cuidados e os graves problemas de gestão nesta área. Tendo o Instituto da Segurança Social publicado os “Manuais da Qualidade”, fortemente inspirados no Modelo EFQM e na ISO 9001: 2000, para que as IPSS's os implementassem. O objetivo da implementação destes manuais da qualidade assenta na melhoria do funcionamento da organização, redução de custos e de recursos e melhorar os serviços prestados. Tornando-se necessário o levantamento de todas as atividades, incluindo as atividades financeiras e não financeiras, recorrendo à promoção da melhoria contínua.

Neste âmbito, surge a possibilidade de dar início à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade numa IPSS. Para a realização deste trabalho foi necessário avaliar as necessidades existentes na organização a intervir, mediante os Manuais da Qualidade para alcançar uma certificação de Nível C, nível de certificação obrigatório para se realizarem parcerias de cooperação entre a Segurança Social e as IPSS's.

Durante a implementação do SGQ ao Nível C do critério 1, 2 e 3 do Manual da Qualidade, surgiram contendas cuja análise se tornou importante, nomeadamente a resistência dos colaboradores e dos líderes. Assim, analisou-se a resistência quer dos colaboradores quer dos líderes em vários momentos, ou seja, antes, durante e no fim da implementação do SGQ.

Palavras-chave: Implementação de SGQ, melhoria contínua, SGQ em IPSS, colaboradores



## **Abstract**

In the last decade there has been made a rearrangement on work methods in the organizations, particularly in IPSS's. Changes enforced by the markets, by the Institute for Social Security and the need that organizations have to be more efficient and to change their management strategy, outlining a Vision and creating a Mission. In fact, the quality affects organizations and individuals life and also customers. In this context, the diagnosis that has been made in Portugal reveals that there are serious management problems and it is necessary to standardize care services. Consequently, Social Security Institute published the "Quality Manuals", strongly inspired by the EFQM Model and ISO 9001: 2000, just to be implemented on the IPSS's. The purpose of quality manuals implementation is to improve the well-functioning of the organization, costs and resources reduction and also services improvement. That is why necessary to survey all activities, including those financial and non-financial, applying to encourage continuous improvement.

In this respect, emerges the possibility to implement the Quality Management System in IPSS. Work carried out, in which was necessary to evaluate the organization needs, with the Quality Manuals aid, in order to achieve a Level C certification, since is the level of certification required to undertake cooperative partnerships between Social Security and IPSS's. The application of the C Level from the criterion 1, 2 and 3 of the Quality Manual was achieved. During this work appeared some controversies that seemed to be important to analyze, in particularly the resistance of employees and leaders. Therefore, both employees and leaders were analyzed at the several implementation periods, namely, before, during and after this application.

Word keys: SGQ implementation, continuous improvement, SGQ in IPSS, employees



## Resumen

En la última década, tenemos verificado una reestructuración en los métodos de trabajos en las organizaciones, en particular en las IPSS's. Cambios impuestos por la fuerte competición y por la Seguridad Social por la razón de las organizaciones cada vez más eficiente y cambios de la estrategia de gestión, teniendo una visión y el desenvolvimiento de la misión de las organizaciones. Una buena calidad cambia la vida de las organizaciones y de las personas clientes. En este ámbito el diagnóstico realizado en Portugal deja a descubierto las necesidades de uniformizar la prestación y cuidados y los graves problemas de gestión. Teniendo el instituto de la seguridad social, haciendo público los "Los manuales de Calidad" fuertemente inspirados en el modelo EFQM y en ISO 9001:2000, para que las IPSS's lo implementasen. El objetivo de la implantación de los manuales de calidad, tranquiliza la mejoría del funcionamiento de las organizaciones, reduce los gastos, recursos y mejora de los servicios prestados. Llevando a cabo manejar todas las actividades, incluso actividad financiera, o no financieras, recorriendo a la mejoría continua.

En este ámbito nos proporciona la posibilidad de iniciar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en una IPSS. Trabajo que en lo cual fue necesario hacer una evaluación de las necesidades existentes en la organización, mediante los Manuales de Calidad por el alcance del certificado de Nivel C, siendo este nivel de certificación obligatoria para la realización de parecerías de cooperación entre Seguridad Social y las IPSS's. fue corregida la implementación del nivel C de los criterios 1, 2, y 3 del Manual de Calidad. Del trabajo me surgen puntos que me parecen importantes analizar, nómadamente la resistencia de los colaboradores y de los líderes. Así se analiza tanto por parte de los líderes como de los colaboradores en varios momentos de la implementación, es decir que antes de se implementar la SGQ y la mejoría continua en SGQ en la IPSS y los colaboradores.

Clave: Implementación de la SGQ, mejoría continua, SGQ en la IPSS y los colaboradores.



## **Abreviaturas**

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

BSC - Balanced Scorecard

ISO - International Organization for Standardization

EFQM - Excellence in Europe Foundation for Quality Management

PDCA - Plan-Do-Check-Act

CPSM - Centro Paroquial e Social de Moura

GQT - Gestão da Qualidade Total

ISS - Instituto da Segurança Social

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário



## Índice

Introdução.....	1
Capítulo I.....	5
Revisão Bibliográfica.....	5
História da Qualidade .....	5
Balanced Scorecard.....	7
Iso 9001.....	12
EFQM.....	16
Sistema da Qualidade do Instituto da Segurança Social.....	22
Capítulo II.....	29
Descrição do Centro Paroquial e Social de Moure.....	29
Instituição .....	29
Localização .....	29
Caraterização .....	30
Organização interna .....	30
Capítulo III.....	33
3. Descrição e metodologia do trabalho desenvolvido na implementação do SGQ no CPSM.....	33
3.1- O Critério 1: Liderança .....	35
3.2- Critério 3: Gestão de Recursos e Parcerias .....	38
Capítulo IV.....	51
4. Análise da problemática de implementação do SGQ .....	51
4.1 - Metodologia utilizada para a recolha de dados.....	51
4.2 - Análise de dados .....	54
4.2.1 – Caracterização dos funcionários.....	55
4.2.2 – Análise das questões do inquérito .....	59
4.2.3 – Análise de relações entre questões e funcionários .....	63
4.2.4 – Análise das correlações nas respostas ao inquérito.....	65
4.2.5 – Comparação das respostas de diretores e colaboradores.....	66
4.2.6 Comparação das respostas entre instituições.....	67
4.2.7 – Outras questões do inquérito não tratadas de forma global.....	71
4.2.8 – Conclusões sobre os inquéritos .....	73
Conclusão.....	75

Bibliografia .....	77
Anexos.....	79
Anexo I.....	81
Inquérito Colaboradores.....	81
Anexo II.....	85
Inquérito Liderança .....	85
Anexo III.....	91
Documentos realizados no âmbito da implementação do SGQ no CPSM.....	91

## Índice de tabelas e figuras

Tabela 1: Processo gestão de Recursos e Parcerias, subprocessos e respectivos procedimentos e registros .....	45
Figura 1: Idade média dos funcionários.....	55
Figura 3: Idade dos dirigentes do CPSM, Lar S. Salvador e CPSF.....	56
Figura 4: Quantificação das respostas sobre habilitações literárias.....	57
Figura 6: Habilitações literárias da liderança do CPSM, Lar S. Salvador e CPSF.....	58
Figura 8: Questão "Importância da implementação do SGQ" .....	60
Figura 9: Questão "Tempo para a implementação do SGQ".....	60
Figura 10: Questão "Colaboração na implementação do SGQ".....	61
Figura 12: Questão "Formação sobre o SGQ".....	62
Figura 13: Questão "Missão da instituição" .....	62
Figura 14: Diferenças de opinião entre os participantes dos inquéritos .....	63
Figura 15: Diferenças na resposta das questões entre líderes e colaboradores.....	64
Tabela 2: Teste de Correlações de Spearman.....	65
Tabela 3: Resultados do teste de Mann-Whitney comparando diferenças de opinião entre colaboradores e dirigentes, independentemente da instituição .....	66
Tabela 4: Teste Kruskal-Wallis às diferenças entre o CPSM, Lar S. Salvador e o CPSF no “Tempo de instituição”.....	68
Tabela 5: testes Mann-Whitney comparando o CPSM e o Lar S. Salvador .....	68
Tabela 7: teste Mann-Whitney comparando o Lar S. Salvador e o CPSF .....	70
Figura 16: Liderança “ O SGQ alteração do seu quotidiano?” .....	71
Figura 17: Colaboradores “ O SGQ alterou o seu quotidiano?” .....	72



## **Introdução**

No âmbito do Instituto da Segurança Social, as atividades de apoio social para idosos podem ser desenvolvidas por Estabelecimentos Oficiais, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Estabelecimentos Privados.

Neste contexto, o Instituto da Segurança Social (ISS, I.P.) através da Área de Cooperação e Rede Social, da Área de Investigação e Conhecimento, do Departamento de Proteção Social de Cidadania e do Gabinete da Qualidade, criou Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais, tendo como propósito “garantir aos cidadãos o acesso a serviços sociais de qualidade adequados à satisfação das necessidades de forma corresponsável”.

Assim, a Segurança Social propõe às IPSS a implementação do Sistema de Gestão de Qualidade promovendo um levantamento exaustivo das atividades realizadas, um registo cronológico das mesmas e o processamento da informação recolhida de modo a que se possam identificar as não conformidades e avaliar a qualidade das instituições.

Tendo o Sistema de Gestão da Qualidade como objetivo melhorar o funcionamento da instituição, melhorar os serviços prestados à comunidade e reduzir o desperdício de recursos, este resulta num aumento da eficácia e da eficiência das funções da instituição.

Assim, este Projeto não pretende alcançar a implementação total do SGQ, uma vez que para isso seriam necessários aproximadamente dois anos. Pretende pois dar início à sua implementação e alcançar o maior número possível de fases, para que a instituição possa, posteriormente e de forma autónoma, prosseguir com a implementação.

Para o desenvolvimento deste Projeto, foi dado a conhecer, à direção do Centro Paroquial e Social de Moure (CPSM), o referencial European Quality Assurance for Social Services (EQUASS), tendo sido deliberado pela direção a aplicação do referencial normativo criado pelo Instituto da Segurança Social Portuguesa. O EQUASS é um sistema de garantia, reconhecimento e certificação de qualidade para as instituições que atuam no âmbito social. Foi aprovado pelo Comité Europeu da Qualidade, o qual é gerido pela European Platform for Rehabilitation. É sugerido pelos modelos de excelência, instituindo uma abordagem totalizada, através da qual as organizações se comprometem com os referenciais de excelência do desempenho à certificação externa tendo como pilar a autoavaliação e a aprendizagem organizacional.

O Modelo de Avaliação da Qualidade (MAQ) é um referencial normativo que se baseia nos princípios de gestão da qualidade e onde estão estabelecidos os requisitos

necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais.

A elaboração deste Modelo teve como referências a norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM).

Tem como objetivos ser um instrumento de diferenciação positiva das respostas sociais, instrumento de auto avaliação das respostas Sociais e apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais agregando, num único referencial normativo, todos os requisitos aplicáveis a cada resposta social.

O MAQ diz-nos que “Resultados Excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na condução do Planeamento e Estratégia, das Pessoas, dos Recursos e Parcerias e dos Processos”. Estabelece oito critérios, desenvolvidos para cada tipo de Resposta Social. No entanto, os requisitos dos critérios 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8, são idênticos independentemente do tipo de Resposta Social. Apenas os requisitos do critério 4 – Processos, relativos ao que a organização faz para gerir e melhorar os seus processos, foram estabelecidos para cada tipo de Resposta Social de forma individual.

O MAQ baseia-se na melhoria contínua da qualidade, pelo que foram estabelecidos três níveis de exigência C, B e A, permitindo a sua implementação gradual ao longo de um determinado período de tempo. A Gestão da Qualidade prevê a existência destes três níveis de qualificação para as Respostas Sociais, avaliação realizada por entidades qualificadoras, externas, independentes e acreditadas no âmbito do Sistema Português da Qualidade. De referir que para uma resposta Social obtenha a acreditação terá que obrigatoriamente atingir o nível C, sendo os restantes níveis de diferenciação para a excelência.

Neste sentido, vai ser descrito todo trabalho desenvolvido no Centro Paroquial e Social de Moure. Após a revisão da literatura é descrita a caracterização do CPSM, referido as suas características e o meio em que esta está envolvido. Posteriormente será feita uma descrição de toda a metodologia utilizada para a implementação dos critérios 1 e 3 do MAQ, sendo identificados os Processos e subprocessos e descritos os procedimentos realizados bem como a elaboração dos respetivos registos. De seguida proceder-se-á a uma análise aprofunda sobre a problemática da implementação do SGQ no CPSM.

Através da implementação de um inquérito em três instituições nas quais o SGQ decorre em fases diferentes entre si, foi possível analisar dados referentes à resistência à mudança usando variáveis como a idade, as habilitações literárias e o tempo de instituição.

Por fim serão apresentadas algumas conclusões obtidas da implementação do SGQ em fase inicial e da análise realizada nas instituições.



## **Capítulo I**

### **Revisão Bibliográfica**

#### **História da Qualidade**

A qualidade, apesar de ser um conceito de difícil definição, afeta cada vez mais a vida quer das organizações quer das pessoas que veem a sua vida alterada positivamente quando existe qualidade nos seus serviços e produtos e negativamente pela falta de qualidade nos mesmos.

Uma vez que a qualidade é um processo de comprovação ou negação das expectativas dos clientes, através da monitorização, esta analisa as perceções dos seus clientes, a fim de melhorar o produto ou serviço fornecido, promovendo assim o crescimento organizacional. Neste sentido, a qualidade deverá ser entendida como algo abrangente, pois ultrapassa a qualidade do produto ou serviço, em si. A qualidade exige que a organização tenha em ponderação os fatores ambientais, as relações humanas e o meio em que estas estão envolvidas (Louro, 2009). Atualmente as organizações sobrevivem num mercado altamente competitivo e, para sobreviverem, é necessário distingirem-se quer nos produtos quer nos serviços prestados aos seus clientes, sendo a qualidade nos serviços entendida como aquilo que o cliente vê e sente no momento em que lhe é prestado o serviço (Louro, 2009).

O conceito de qualidade sofreu evoluções ao longo dos séculos. No século XVIII e até ao início do século XX a atividade produtiva era maioritariamente artesanal sendo os artesãos responsáveis pelo produto produzido e pela sua qualidade. Com a industrialização todo o conceito de produção evoluiu, tal como o conceito de qualidade. Surge então, no início do século XX, Fredericj W.Taylor e os seus princípios e fundamentos da administração científica, legitimando a inspeção da qualidade a quem delega a responsabilidade pela qualidade do produto, ou seja, o inspetor da qualidade torna-se responsável pela qualidade dos bens produzidos, ao contrário do que acontecia até então.

Taylor pretendeu assegurar maior rentabilidade e eficiência dos recursos através da administração científica, por si comprovada. Este tipo de gestão foi criada para a indústria, mas adaptável a qualquer organização. Para Taylor, a eficiência quer dos colaboradores quer da organização é um máximo a alcançar, quer através de dividendos quer através do seu desenvolvimento máximo de eficiência, trazendo assim benefícios não só para os colaboradores, mas também para as organizações, pois todos terão ganhos acrescidos (Taylor, 1911).

A gestão científica comprovou que os interesses dos colaboradores e das organizações são compatíveis e comuns e não incompatíveis como muitas vezes se acreditava, ou seja, para que a organização tenha prosperidade é necessário que os colaboradores também a tenham. Assim, quando um colaborador está motivado pode alcançar o seu maior nível de eficiência e produtividade, ou seja, quando uma organização reconhece e motiva a produtividade do colaborador através de melhores salários, melhores condições de trabalho, o colaborador desenvolve o seu trabalho, produzindo mais e melhor, pois o seu grau de motivação é superior. Taylor afirmava que uma organização poderá pagar salários elevados e obter lucros elevados, uma vez que os colaboradores trabalham com maior rapidez e eficiência, quando comparados com organizações concorrentes (Taylor, 1911).

Para Taylor (1911) eliminar o trabalho lento dos colaboradores desinteressados significa reduzir custos à organização e aumentar a sua competitividade, mesmo que a organização tenha que aumentar o salário e reduzir o número de horas em trabalho efetivo, aumentando a responsabilidade dos trabalhadores, diminuir a divisão da responsabilidade do trabalho, ensinar e cooperar em vez de coagir. O aumento da produtividade reduz o custo de produção e conseqüentemente o preço final do produto ou serviço, tornando-o acessível a um número maior de clientes. Centrando-se a administração científica no planeamento e iniciativa, isto é, a gestão das organizações deverá gerir e planear como incentivar os seus colaboradores a produzirem mais rapidamente e eficientemente, atribuindo-lhes o envolvimento necessário à produção e à vida da organização (Taylor, 1911).

O conceito qualidade, no Japão, não tinha o mesmo entendimento em meados do século XX que adquiriu após a Segunda Grande Guerra. Findo o conflito mundial, o Japão era um país devastado pela guerra e com necessidade de se recuperar, dispondo apenas de recursos humanos. Surge um grupo de jovens empresários, cheios de vontade de construir um país rico e próspero. O modelo japonês da qualidade comporta mudanças importantes na sociedade da época, as quais foram adotadas por outros países, sendo este modelo caracterizado como um modelo de *Just-in-Time*, tentando a eliminação de desperdício através da automação de baixo custo, produção de baixo custo. Os seus colaboradores trabalham em grupo para permitir a colaboração e a troca de informação de forma flexível. Os projetos de produtos e de processos são simples a fim de facilitar a produção com fiabilidade, pois só assim é possível uma produção sem stock. Isto é, uma produção sem defeitos permite uma produção sem stock (Watanabe, 1996).

## **Balanced Scorecard**

O sucesso de uma Instituição está no seu propósito, ou seja, na sua missão, visão e estratégia. Ser inovador é importante, mas não é o suficiente, pois é importante prover uma organização de instrumentos que permitam recolher a informação necessária para avaliar a organização e que forneça meios para corrigir eventuais falhas com eficácia e rapidez (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

O Balanced Scorecard agrega todos os modelos de gestão de controlo financeiro e não financeiro, basta que originem indicadores de desempenho. Tendo-se mostrado uma ferramenta útil para gerir organizações proactivamente a curto e longo prazo. A sua eficácia resulta da compreensão e execução dos seus fundamentos pela gestão da organização (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

Podendo-se, dentro de uma organização, com o BSC medir tudo, nomeadamente áreas que não se reportam a valores financeiros, ou seja, permite avaliar atividades não financeiras, tal como a estratégia, os recursos humanos, a satisfação dos clientes (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

Avaliar a estratégia permite à organização avaliar os efeitos das medidas colocadas em prática, se estas decorrem como o esperado ou declararam-se como desperdícios. No caso de existir uma derrapagem de resultados esperados a gestão da organização poderá desenhar uma nova estratégia a executar (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

Sendo que o BSC surge no início dos anos 90, criado por Kaplan e Norton, o seu conceito inovador impulsionou alterações na gestão das organizações, fornecendo um conjunto de indicadores que permitem à gestão das organizações obterem uma visão estratégica, sendo esta traduzida em vários indicadores, isto é, o BSC é um método de gestão estruturado que permite gerir a organização com base nos indicadores (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002). Este permite verificar, através da monitorização, se os objetivos de uma organização são alcançados. Sendo que, este se centra em quatro dimensões: Finanças, Processos Internos, Clientes e Crescimento. Devendo cada dimensão ter os respetivos objetivos, indicadores, metas e ações a realizar (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002). O setor financeiro satisfaz financeiramente a organização e os seus acionistas, o setor processos internos visa satisfazer acionistas e clientes, o setor clientes reflete a preocupação da organização em relação à própria imagem junto dos seus clientes e o alcance da sua visão, e por ultimo o Crescimento leva a organização a questionar e trabalhar para a capacidade de melhora e corrigir os erros existentes (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

O BSC deverá ser um instrumento de monitorização que informa a gestão sobre a organização, indicando onde deve a organização competir, quais os clientes a satisfazer, como interagir para crescer com as pessoas da organização. O BSC permite, através da sua aplicação, maximizar lucros e criar valor (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

Implementar um BSC exige que a direção ou Gestão da organização esteja comprometida em implementar um BSC, para tal tem de definir a Visão e traduzi-la em indicadores, aos recursos humanos caberá minimizar as barreiras de comunicação e promover a comunicação, os recursos deverão ser direcionados para a estratégia planeada, isto é, as unidades de negócio, os recursos humanos, tecnologia, investimento, produto ou serviço. A administração deverá avaliar a estratégia e promover a aprendizagem e a melhoria (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

As organizações sobrevivem num mercado competitivo e complexo, tornando-se necessário um completo método de medida, a fim de orientarem as estratégias a adotar. É necessário formular estratégias financeiras e não financeiras (Kaplan & Norton, 1996). Muitas medidas não financeiras têm limitações, pois fornecem a informação de como a organização trabalhou, mas proporcionam pouca orientação para o futuro, no caso de avaliar a satisfação dos clientes. Estas medidas são genéricas e pouco relacionados com os objetivos estratégicos, pois são estes que ajudaram a organização a alcançar vantagens competitivas e a sustentabilidade (Kaplan & Norton, 1996). Segundo a experiência dos autores, através da observação, as medidas financeiras e não financeiras devem prover de uma estratégia única, pois deverão traduzir a Visão da organização e a estratégia adotada num conjunto de medidas coerentes, estas deverão estar em consonância com os objetivos a alcançar (Kaplan & Norton, 1996).

Usar uma ferramenta não deverá ser para controlar um comportamento e avaliar o desempenho. O BSC deverá ser utilizado para articular a estratégia da organização, para comunicar a estratégia e orientar a organização e os seus colaboradores para o alcance de um objetivo comum. Sendo o BSC útil, também, para os administrativos comunicarem, informarem e aprender (Kaplan & Norton, 1996).

As quatro perspetivas de BSC são: financeiras, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. O BSC tende a equilibrar objetivos de curto e longo prazo, levando à identificação das perspetivas e estratégia organizacional. Ao implementar o BSC a organização permite a tradução da estratégia em objetivos, delinear metas e criar indicadores para medir o alcance dos seus objetivos e das metas traçadas, verificar a

evolução dos indicadores, reavalia-los e se necessário reformular a estratégia, os objetivos ou os indicadores (Lebarcky, Fernandes, Mendes, & Silveira).

O BSC traduz a sua visão em estratégia a adotar e vai analisar quatro perspectivas: financeiro, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. Em cada perspectiva deverá ter o objetivo definido, de acordo com a estratégia da organização, traçar as respectivas metas a alcançar, definir indicadores e quais as atividades ou iniciativas a adotar mediante a leitura dos indicadores (Lebarcky, Fernandes, Mendes, & Silveira).

Claramente, quer os objetivos quer a estratégia serão delineados pela administração da organização, tendo em conta fatores como o meio onde se encontra, o cliente, o produto ou serviço, a dimensão da organização, entre outros. Na perspectiva financeira, tradicionalmente definem-se medidas de curto e longo prazo, não descurando o crescimento rápido, a sustentabilidade e o retorno dos valores investidos (Kaplan & Norton, 1996).

Quando se trata de uma organização em fase de maturação, o seu investimento será menor, pois investe-se para manter a organização em funções. Sendo que os objetivos para cada etapa são diferentes, tratando-se da fase de crescimento. As vendas e o crescimento são muito relevantes para a organização. O BSC ajuda a organização a desdobrar os seus objetivos, criando metas e quais as iniciativas a adotar para alcançar os objetivos pretendidos (Kaplan & Norton, 1996).

Na perspectiva dos clientes são identificados os clientes, segmentos de mercado, qual a concorrência no setor. Deverá ser implementada a estratégia adequada tendo em conta a satisfação, fidelização, conquista de novos clientes e a rentabilidade destes para a organização. As estratégias e medidas adotadas deverão ser personalizadas para o cliente alvo e não generalizadas para todo o mercado, pois importa conquistar novos clientes, fidelizar através da satisfação, não descurando a importância da rentabilidade dos clientes para a sustentabilidade da organização (Kaplan & Norton, 1996).

Numa abordagem tradicional de processos, tentam a monitorização destes e melhorar os processos existentes. O BSC identifica novos processos internos e acompanha os objetivos dos clientes, afastar os processos críticos, introduzir processos de inovação.

Aprendizagem e crescimento permitem identificar a necessidade de criação de infra estruturas para a organização crescer a longo prazo através da melhoria contínua, pois a mercado competitivo em que vivem as organizações exigem melhoria dos seus serviços, sendo que a aprendizagem e o crescimento organizacional refere-se a colaboradores, sistema e procedimentos organizacionais. Sendo o BSC tem revelado lacunas na formação

de colaboradores, sistema e procedimentos. Para colmatar estas lacunas, a organização deverá investir na qualificação e formação dos colaboradores, em tecnologia, nos sistemas de informação e reorganizar os procedimentos organizacionais (Kaplan & Norton, 1996).

A Gestão da Qualidade Total (TQM) é um conjunto de conceitos que permitem o envolvimento de administradores e colaboradores para a melhoria contínua (Hoque, 2003).

Tal como citado em Sousa (2007), Deming e Juran, depois do trabalho ativo na área da qualidade empresarial, durante a II Guerra Mundial, aceitaram implementar na indústria japonesa os seus princípios e técnicas estatísticas de controlo da qualidade. Em duas décadas, o Japão tornou-se um dos gigantes na economia internacional e, perante o milagre japonês, os americanos voltaram-se para as questões da qualidade (Sousa, 2007)

Nos anos 80, várias organizações iniciaram a implementação destes sistemas e dos diversos instrumentos da qualidade associados, mantendo sempre a preocupação de os adaptar a cada realidade organizacional. Deste movimento nasce a TQM, uma nova abordagem de gestão, com uma grande aceitação no sector privado americano (Sousa, 2007)

A TQM aparece, assim, como a mais recente fase do desenvolvimento do conceito de qualidade (Sousa, 2007).

Seja qual for o Modelo adotado pela organização, isto é o TQM ou o BSC, a qualidade é uma estratégia tão importante como a financeira e os recursos humanos. A TQM poderá ajudar a satisfazer as necessidades de clientes, melhorar o produto ou serviço, manter o valor organizacional e satisfazer as necessidades de todas as partes interessadas, ou seja, a TQM só avalia depois de entender as necessidades do cliente, criando a melhoria necessária nos seus processos, sendo necessário uma relação com clientes e fornecedores e a compreensão dos processos da organização (Hoque, 2003). O TQM foca-se na competição com base na construção de relacionamentos e na capacidade de resolução de problemas de insatisfação de clientes. Sendo que a TQM utiliza a qualidade para realizar e mudar, sendo programas de melhoria de eficiência que obrigam a organização à reestruturação (Hoque, 2003).

Como citado em Sousa (2007), segundo McAdam e Leonard (2001), os principais elementos da TQM caracterizam-se pela junção estratégica dos objetivos da organização, pela compreensão e satisfação dos clientes, pelo envolvimento dos trabalhadores de todos os níveis organizacionais, pela motivação da gestão de topo para a qualidade e pela perceção da organização como um conjunto de processos que agregam as relações clientes/fornecedores (Sousa, 2007).

As principais características da TQM, são a orientação para o cliente, a eliminação de erros, a prevenção dos erros, o planeamento de longo prazo, o trabalho em equipa, a tomada de decisões fundamentada em evidências, a melhoria contínua, a estruturação organizacional horizontal e descentralizada e as parcerias com entidades externas (Sousa, 2007).

A TQM refere-se à descentralização controlada de decisão, permitindo a adoção de medidas de desempenho e à implementação de medidas de recompensa (Hoque, 2003). Podendo o BSC ajudar a organização a compreender a visão e a estratégia para todos os setores da organização, sendo a comunicação reforçada, as metas definidas e recompensas de desempenho. Sendo que os objetivos alcançados estão diretamente ligados ao desempenho dos colaboradores, isto é, o desempenho de objetivos e a estratégia para todos os setores da organização estão diretamente relacionados com os colaboradores e estes deverão entender o que deverão realizar e o que lhes será recompensado pelo seu desempenho. O BSC poderá unir o planeamento estratégico o orçamento operacional através de um orçamento para as atividades da gestão. Fornecendo o feedback e a aprendizagem, quando as estratégias estão ligadas aos objetivos e à respetiva monitorização, tornando-se uma estratégia de avaliação, indicando a viabilidade de cada estratégia (Hoque, 2003).

O BSC utiliza indicadores financeiros e não financeiros que fornecem informação à administração da organização como alcançar os seus objetivos e as estratégias a desenvolver. Portanto, uma TQM deve implementar um BSC para que a administração receba informação sobre as melhorias necessárias e capacitar os colaboradores para a melhoria contínua, sendo esta uma estratégia de sucesso (Hoque, 2003).

O BSC evidencia a estratégia e o controlo que permite a orientação para os objetivos de longo prazo. Sendo que a TQM trabalha a dimensão interfuncional, ou seja, as parcerias com clientes, fornecedores, as equipas e negligencia a vertente individual. Usando o BSC, são avaliadas as metas da TQM e alinham-se os interesses dos colaboradores com os interesses da organização, ou seja, a congruência, alinhando os interesses de ambos. As organizações que adotem a TQM e o BSC identificarão os indicadores através de colaboradores que contribuem para a identificação de todos os processos que tem impacto na rentabilidade e contribuem para a melhoria contínua, sendo o BSC um incentivo para a melhoria contínua que a organização poderá alcançar a TQM (Hoque, 2003).

As abordagens da TQM e do BSC abrangem posições relativas à informação, reação, comunicação e controlo de projeto dos gestores e à interação de como alcançar os resultados pretendidos (Hoque, 2003). Sendo que apos o controlo de todas as dimensões

organizacionais o BSC terá melhor desempenho numa organização com o TQM devido à satisfação dos colaboradores (Hoque, 2003).

A TQM é um movimento que, uma vez iniciado, não deve terminar, pois subentende-se como um processo de melhoria contínua da organização. Tem um objetivo inatingível, o qual a organização deverá, continuamente, tentar alcançar (Sousa, 2007).

### **Iso 9001**

A ISO, Federação Mundial Internacional Organisation for Standardisation, da qual fazem parte 130 países, pretende a normalização de atividades relacionadas, assentando numa visão horizontal das organizações e instituindo os processos de trabalho.

A Organização Internacional de Normalização (ISO) é a federação mundial responsável pela elaboração de normas internacionais de standardização, a sua elaboração é da competência dos comités técnicos da ISO e cada país membro só pode ter uma entidade filiada nesta federação. Em Portugal, a entidade nacional filiada é o Instituto Português da Qualidade (IPQ), ao qual cabe a tradução da norma internacional para a língua portuguesa, sendo posteriormente, homologada e publicada em Diário da República (Sousa, 2007).

A família das normas ISO 9001:2008 exige a abordagem por processos e que estes sejam claramente definidos, determinando os recursos necessários para a sua gestão. O SGQ deverá apoiar-se no ciclo PDCA, devendo os processos dividirem-se em processos de realização, processos de suporte, processos de gestão e processos de mediação (Henriques, Cunha, Varajão, & Correia, 2009). Devendo todos os processos e a monitorização destes, fazer parte do SGQ (Henriques, Cunha, Varajão, & Correia, 2009).

Uma organização ao implementar o SGQ deverá fazê-lo assentando numa tomada de decisão e de compromisso, e mantendo essa decisão como estratégia, pois a implementação do SGQ envolve o seu ambiente organizacional, os objetivos de cada organização, os serviços prestados, os processos adotados, a dimensão e a estrutura da organização. A Norma não impõe uniformização da estrutura do SGQ nem a uniformização dos documentos. Os documentos exigidos pela norma são complementares aos requisitos do produto ou serviço (Qualidade, 2008).

A norma ISO fomenta a abordagem por processos com a finalidade de melhorar a eficácia do SGQ e aumentar a satisfação do cliente: As atividades realizadas em conjunto com outras atividades rentabilizam recursos, permitindo gerir as entradas em saídas, o que se traduz num processo. A saída de um processo é a entrada de um outro processo. Sendo

a adoção do sistema de processos e a identificação das interações dos processos designados por “abordagem por processos”. Sendo esta abordagem por processos um método eficaz no controlo da interligação dos processos. Sendo o SGQ defensor da gestão por processos, este permite a interligação dos processos, mostrando a importância do cliente na definição dos requisitos como entradas, a monitorização da satisfação do cliente, a avaliação da percepção do cliente, ou seja a ISO 9001 assenta na lógica do ciclo PDCA. Sendo esta metodologia aplicada a todos os processos. Funcionando o ciclo PDCA da seguinte forma:

- Planear: estabelecer os objetivos e os processos necessários para implementar a estratégia delineada pela organização;
- Executar: implementar os processos planeados pela liderança e gestão da organização;
- Verificar: monitorizar os processos implementados pela organização e verificar a eficiência destes, pois é relevante a análise do resultado obtido na monitorização;
- Atuar: mediante a leitura e análise dos resultados obtidos na monitorização, a gestão da organização poderá ter de levar a cabo ações de melhoria, quer dos seus processos, quer dos seus produtos ou serviços.

A Norma ISO 9001 especifica os requisitos necessários para a implementação do SGQ, focando-se na eficácia do SGQ para ir ao encontro dos requisitos do cliente, ou seja, o seu foco principal é o cliente (Qualidade, 2008).

A Norma ISO 9001 é composta por 8 critérios:

1. Objetivo e campo de aplicação, parâmetro onde a organização deverá demonstrar o seu produto ou serviço e que este vai ao encontro das necessidades e expectativas dos seus clientes, aumento de satisfação e processos de melhoria. Os requisitos são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, sendo que todas as atividades deverão estar definidas em processos, podendo estes ser processos de gestão, processos de suporte e processos operacionais (Qualidade, 2008).
2. Referência normativa onde refere que os documentos inumerados nos números seguintes da norma são indispensáveis para a implementação do SGQ e que os documentos datados a norma aplicada é a referenciada, quando o documento não é datado a norma a vigorar é a última edição do documento referenciado (Qualidade, 2008).
3. Termos e definições que compõem o SGQ (Qualidade, 2008).
4. Sistema de gestão da qualidade: para uma organização implementar um SGQ deverá determinar os processos e a sua sequência e interação, critérios, métodos e

controle e a disponibilização de recursos e informação para assegurar os processos e a monitorização dos mesmos. Deverá a organização garantir a monitorização dos processos através da medição e análise destes e implementar as ações necessárias para alcançar os resultados pretendidos e a melhoria contínua destes. Os documentos requeridos pela norma incluem a definição da política da qualidade da organização e os respetivos objetivos, o manual da qualidade, os procedimentos e os registos e o planeamento e o controle dos processos e documentos (Sousa, 2007).

O Manual da Qualidade deverá incluir no seu texto o seu campo de aplicação, as exclusões, os procedimentos documentados e a descrição da interação dos processos do SGQ. (Sousa, 2007).

É importante referir o controle dos documentos, pois é necessário para aprovar e rever documentos, se as versões atualizadas estão disponíveis, nos devidos locais, e se são legíveis e prevenir a utilização de documentos obsoletos. É importante referenciar o controle de registos, pois são estes documentos que evidenciam a conformidade com os requisitos do SGQ, através de um procedimento que define o controle, identificação, armazenamento, recuperação, retenção e destino dos mesmos (Qualidade, 2008).

5. Responsabilidade da gestão é o parâmetro da norma que incumbe à gestão da organização o seu comprometimento, a comunicação feita à organização deverá ser focada a importância da satisfação do cliente, estabelecer a política da qualidade, os objetivos, conduzir as revisões e garantir os recursos necessários. Devendo a gestão ter estipulado períodos de verificação para rever o SGQ. É necessário verificar as entradas para a revisão, isto é, a gestão deverá verificar os resultados das auditorias, o feedback do cliente, o desempenho dos processos e a conformidade do serviço, as ações corretivas e preventivas e as melhorias a implementar. Com saídas para a revisão deverão ser consideradas todas as decisões de ações de melhoria de processos e melhoria dos serviços prestados ao cliente (Sousa, 2007).
6. Gestão de recursos: a gestão deverá garantir os recursos necessários para a implementação do SGQ, que os recursos humanos da organização tenham a informação adequada e sejam estipuladas as funções de cada membro da organização de acordo com as suas competências, a formação dos colaboradores para melhorar competências operacionais e consciencializar toda a organização da importância das suas atividades, pois estas contribuirão para alcançar os objetivos

da organização. Deverá a Gestão da organização manter infraestruturas adequadas para alcançar a conformidade com os requisitos dos serviços, quer ao nível de equipamentos de processo, equipamento para os serviços de apoio e as instalações. Preservando uma boa gestão do ambiente de trabalho através do respeito pelas condições em que os serviços e atividades são realizados (Sousa, 2007).

7. Realização do produto: a organização deverá mediante os objetivos da qualidade planear o serviço a fornecer ao cliente, estabelecer os processos, respetivos documentos e os recursos necessários para a realização do serviço, definir as atividades para a verificação, validação, monitorização e os registos necessários para mostrar as evidências da realização dos processo da realização dos serviços. O processo relacionado com o cliente a adotar pela organização prende-se com a verificação dos requisitos especificados pelo cliente, os requisitos necessários para a realização do serviço para proporcionar satisfação ao cliente e todos os requisitos adicionais que sejam considerados essenciais pela organização, não podendo a organização descurar a revisão dos requisitos do serviço (Sousa, 2007).

A comunicação com o cliente é importante, pois esta permite à organização emitir e receber informação sobre o serviço prestado ao cliente. A receção da informação poderá ser recebida por meio de inquéritos, encomendas, contratos, reclamações e sugestões (Sousa, 2007).

É neste requisito que a gestão da organização tratar de processos como as compras, que deverão estar conformes os requisitos estipulados na compra (Qualidade, 2008).

Para a produção do serviço a organização deverá disponibilizar de instruções de trabalho, o equipamento o qual deve ser monitorizado. A revisão de todo o processo sempre que se mostre pertinente (Qualidade, 2008).

Deverá ser tratada a propriedade do cliente sempre que algum bem material ou não material seja depositado e confiado à organização, para tal deverá ser identificado, embalado e armazenado (Qualidade, 2008).

A organização deverá garantir o controlo do equipamento de monitorização e de medição do equipamento, para tal devem ser estabelecidos processos que garantam a monitorização dos equipamentos, instalações e materiais. Devendo as monitorizações ser registadas, levando a cabo ações de melhoria sempre que os equipamentos, instalações e materiais o justifiquem (Sousa, 2007).

8. Medição, análise e melhoria: a organização deve planejar e implementar a monitorização, análise e melhorias. Para tal é necessária a demonstração de conformidade com os requisitos do serviço, com a gestão da qualidade a fim de realizar ações com vista à melhoria contínua e a eficácia do SGQ (Qualidade, 2008). A monitorização deverá passar pela análise da perceção do cliente perante os serviços prestados pela organização (Qualidade, 2008).

As auditorias internas devem ser realizadas em período determinado para o efeito, obedecer aos requisitos delineados e ser uma constante na organização que promova a melhoria contínua. Estas ao serem planeadas deverão ser procedimentadas e registadas considerar a importância dos processos e das áreas auditadas, definidos os auditores de modo objetivo e com imparcialidade. Devendo as ações que se considerem pertinentes implementar com vista a eliminar não conformidades ou as ações de melhoria ser verificadas pela gestão da organização a fim de verificar a sua implementação e eficiência (Qualidade, 2008).

A análise de dados, na monitorização do SGQ, é ponto fulcral, pois permite identificar quais as necessidades de melhoria. As fontes a que a gestão da organização deverá recorrer poderão ser a questionários de satisfação do cliente, as sugestões e reclamações, as conformidades do serviço com os respetivos requisitos. Mediante esta análise a organização poderá empreender ações de melhoria através de ações corretivas e preventivas para melhorar o seu SGQ (Sousa, 2007).

As ações corretivas são implementadas com o objetivo de eliminar as não conformidades, através da identificação das causas da não conformidade e registar os resultados das ações implementadas (Sousa, 2007).

As ações preventivas são implementadas mediante uma análise da qual se prevê poder surgir não conformidades, sendo as ações preventivas implementadas antes que ocorram não conformidades, devendo ser registado os resultados obtidos da sua implementação para se rever a sua eficácia (Qualidade, 2008).

## **EFQM**

O Modelo EFQM foi criado por 14 empresas europeias em 1988, sendo em 1991 instituído o prémio de excelência da EFQM (Nogueiro & Saraiva, 2009).

O Modelo de Excelência da EFQM é uma ferramenta de gestão que permite às organizações desenvolverem-se através do processo de auto avaliação e de aprendizagem através da implementação de estratégias, que assentam em várias perspetivas e

pressupostos, tendo em conta as várias partes interessadas da organização e alinhando-as com toda a organização, nomeadamente a liderança, estratégia e planeamento, gestão de pessoas, gestão de processos de produção, aprendizagem e melhoria (Louro, 2009).

Qualquer organização, para alcançar o sucesso deverá incrementar no seu quotidiano um sistema de gestão da qualidade. O Modelo da EFQM é o modelo de excelência da qualidade, sendo considerada uma ferramenta prática e que faculta às organizações a avaliação da posição que ocupam no seu setor, mostrando-lhes os seus pontos fortes e os seus pontos fracos, a integração de iniciativas novas e as existentes e uma estrutura básica para o SGQ (EFQM Publications, 2009).

A EFQM foi criada para promover e reconhecer o sucesso sustentado das organizações e facultar orientações. As orientações assentam num conjunto de três critérios: os Conceitos fundamentais da Excelência, o Modelo de Excelência EFQM e a lógica do RADAR. Sendo que a utilização destes três critérios permite às organizações desenvolverem uma cultura de excelência, às boas práticas e à melhoria e inovação (EFQM Publications, 2009).

Os conceitos fundamentais da excelência traduzem-se nas organizações que prosseguem a sua Missão e avançam para alcançar a sua Visão através do planeamento de ações para alcançar os resultados desejados para a organização. Ou seja, organizações excelentes identificam os resultados a alcançar para efetivarem a sua Missão e progredem favoravelmente para alcançar a sua Visão, satisfazem as necessidades das partes interessadas que servem de *inputs* para revisar a estratégia e as políticas da organização, são examinados os resultados obtidos para avaliar o progresso e a estratégia da organização e adotam mecanismos para prever cenários futuros, definem-se resultados a obter, os indicadores e as metas através da comparação com outras organizações e com a Visão e a Missão, assegura-se a transparência às partes interessadas e a informação necessária aos líderes da organização, sendo esta necessária para a tomada de decisão (EFQM Publications, 2009).

Os clientes, de uma organização excelente, são a sua principal razão de existência, devendo existir empenho para inovar e criar valor, ou seja, as organizações deverão conhecer bem os seus clientes e responderem antecipadamente às suas necessidades, manterem a comunicação e a inovação. A organização deverá ter as ferramentas, as competências, a informação para proporcionar ao cliente satisfação. Nunca deverá ser descuidada a monitorização e as perceções do cliente. Deve a organização ter capacidade de

resposta mediante as necessidades dos clientes, desenvolver produtos ou serviços novos e inovadores, com o envolvimento dos clientes (EFQM Publications, 2009).

Os líderes das organizações excelentes estabelecem um rumo tendo em consideração a estratégia da organização, unem a equipa para que toda a organização rume na mesma direção, equilibram-se os interesses da organização e as conveniências das partes interessadas, as decisões devem ser tomadas atempadamente, solidas e flexíveis. Inspirar a equipa para a cooperação através da criação de uma cultura de envolvimento e sentimento de pertença à organização através da criação de responsabilidade para os colaboradores. A defesa dos Valores da organização, atuando em consonância com estes, quer internamente quer externamente (EFQM Publications, 2009).

Sendo que o modelo EFQM estrutura a gestão das organizações por processos, os quais devem ser capazes de executar a estratégia planeada a fim de agregar valor real às partes interessadas. Os processos criados por cada organização deverão ser analisados e devem adotar abordagens que permitam a gestão de cada processo, desenvolvendo os indicadores de desempenho de cada processo e o objetivo estratégico da organização (EFQM Publications, 2009).

É crucial a valorização das pessoas e a criação de uma cultura de *empowerment* para que seja possível alcançar o equilíbrio de objetivos da organização e os objetivos pessoais, para tal é necessário compreender as capacidades e competências necessárias para alcançar a missão, o visão e os objetivos da organização. A cultura promovida pela organização deverá aprimorar pela sublimação das competências, valorizar a criatividade das pessoas e criar um equilíbrio responsável entre o trabalho e a vida pessoal dos colaboradores. A contribuição dos colaboradores para o seu sucesso organizacional e pessoal e definir os níveis de desempenho necessários para alcançar os objetivos estratégicos da organização (Santos, 2013).

A criatividade e a inovação geram aumento de valor e os níveis de desempenho. As organizações devem estabelecer objetivos e metas, designar abordagens para abarcar as suas partes interessadas e fomentar o empreendedorismo. A inovação deverá ser utilizada e motivada para além das necessidades técnicas, utilizando-a em todos os setores da organização (EFQM Publications, 2009).

As relações de confiança da organização deverão assegurar o sucesso das parcerias criadas. As parcerias poderão abranger clientes, organizações governamentais e fornecedores. As parcerias tornam-se importantes pois a criação de parcerias que permitem à organização aumentar as suas capacidades e gerar criação de valor, criam redes de

trabalho e a possibilidade de criar novas parcerias. Sendo que estas parcerias, que se apoiam mutuamente podem alcançar objetivos em comum e o desenvolver relações com outras organizações sustentadas na confiança e no respeito (EFQM Publications, 2009).

Uma organização excelente preocupa-se integrar na sua cultura responsabilidade por um futuro sustentável através da sustentabilidade económica, social e ecológica.

O modelo EFQM é uma ferramenta baseada em nove critérios, dos quais cinco são “Meios” e quatro são “Resultados”. Os critérios “Meio” abarcam o que a organização faz e os critérios “Resultado” abarcam o que a organização alcança. Sendo que os “Resultados” refletem os “Meio” e estes são melhorados através da leitura dos “Resultado” (Matos, 2010)”.

Os critérios “Meio” são compostos pelos critérios: Liderança, Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos e Processos, Produtos e Serviços (Matos, 2010)

Os critérios “Resultados” são compostos pelos critérios Resultados Clientes, Resultados Pessoas, Resultados Sociedade e Resultados Chave (Matos, 2010).

No critério “Meio” a Liderança deverá planear o futuro, e orientar a organização para a sua concretização através do respeito pelos valores da organização. É a liderança que desenvolve a Missão, Visão e valores de uma organização, esta deve ser comunicada a todos os elementos da organização. Definem, monitorizam, revem e decidem a estratégia a prosseguir, envolvem as partes interessadas internas e externas à organização, desenvolvem a cultura de Excelência da Organização. O critério “Meio” o critério Estratégia refere-se à implementação de uma estratégia para a organização baseada na Missão e na Visão da organização. É desenvolvida a estratégia da organização com foco nas partes interessadas, nas necessidades, capacidades e expectativas organizacionais. A estratégia deverá ser implementada e monitorizada, a fim de avaliar o desempenho organizacional, as competências, os resultados obtidos e analisar a informação para avaliar o impacto da atividade da organização e comparar o desempenho organizacional com *benchmarks* relevantes para a organização (EFQM Publications, 2009).

No critério Pessoas a liderança de organizações excelentes deve valorizar e cultivar uma cultura que permita alcançar objetivos organizacionais e objetivos pessoais através do desenvolvimento de capacidades e promoção da igualdade. Fomentar a comunicação, reconhecimento e recompensas, ou seja, trabalhar a motivação dos seus colaboradores. Pois os recursos humanos são o apoio da estratégia e para tal, a organização deverá ter delineado os níveis de desempenho para atingir a estratégia planeada, assim em consonância com a estratégia, o envolvimento recursos humanos e os restantes recursos

disponibilizados pela organização para alcançar os seus objetivos. Nunca, a organização, deverá descurar o conhecimento, pois compreender capacidades e competências, assegurar a formação das pessoas, permite aos colaboradores desenvolverem capacidades e competências e otimizar os seus recursos pessoais em prol da organização. A responsabilização dos colaboradores através da promoção da cultura de dedicação, criatividade e do sucesso da organização, pois os colaboradores são parte integrante deste sucesso. Aquando da revisão, a melhoria e otimização dos processos da organização, os colaboradores deverão ser chamados a intervir, através de diálogo e colaboração (EFQM Publications, 2009). O critério Parcerias e Recursos em organizações excelentes envolve o planeamento e gestão de parcerias internas e externas à organização, ou seja, a liderança deverá apoiar políticas estratégicas e a eficácia da operacionalidade dos seus processos através da criação de parcerias com todas as partes interessadas, nomeadamente fornecedores, colaboradores, organizações governamentais e não-governamentais. A gestão dos equipamentos e da tecnologia é realizada para que apoiem a persecução da estratégia e da política da organização, pois devem existir na organização políticas de suporte para a gestão das instalações, equipamentos e da tecnologia de modo a que a estratégia organizacional seja apoiada. Sendo, também, de referenciar a informação e o conhecimento deve primar pela gestão de apoio à tomada de decisões eficaz, a disponibilização da informação eficientemente e atempada, transforma dados de desempenho e os processos da organização para se identificar oportunidades de inovação e de melhoria (EFQM Publications, 2009). O critério Processos, Produtos e Serviços valoriza a criação de processos para otimizar o valor das partes interessadas, os produtos e serviços desenvolvem-se para criar valor para o cliente e estes são comercializados eficazmente e as relações com os clientes valorizadas (Matos, 2010).

Nos critérios “Resultados” encontramos o critério Resultado Cliente, no qual se desenvolve um conjunto de indicadores de desempenho e os respetivos resultados, os quais indicam o sucesso ou não da estratégia adotada. Estabelecer metas objetivas para os resultados chave, obtém resultados positivos e sustentáveis ao longo de 3 anos, no mínimo. As perceções que os clientes têm da organização é ponto fulcral, estas são obtidas através de varias fontes, desde estudos de clientes, questionários de avaliação a clientes, avaliação de fornecedores, sugestões e reclamações. É importante a avaliação da perceção do cliente, pois a sua análise permite à organização fazer uma leitura da perceção do cliente sobre a reputação e a imagem da organização, dos seus produtos e serviços, o do serviço de apoio

ao cliente, o relacionamento e o valor do produto ou serviço para o cliente (EFQM Publications, 2009).

O Critério Resultados Pessoas desenvolve um conjunto de indicadores de desempenho e resultados a alcançar para o desenvolvimento da estratégia e políticas da organização baseando-se nas necessidades e expectativas das pessoas. São delineados os resultados dos Processo chave e o alcance de bons resultados. Para tal a percepção das pessoas sobre a organização é importante, proporcionando a possibilidade de a organização efetuar uma leitura da sua eficácia. Devendo a organização medir a satisfação e o envolvimento, o orgulho e o sentimento de pertença e de realização, as competências, a formação, a comunicação eficaz, a definição e comunicação dos objetivos da organização, a gestão de competências e o desempenho e as condições de trabalho (EFQM Publications, 2009).

O Critério Resultado Sociedade desenvolve um conjunto de indicadores que medem o desempenho organizacional, em consonância com os Resultados Chave. Fazendo a leitura da percepção da sociedade, informação obtida por relatórios, inquéritos, artigos na comunicação social. A leitura deverá incidir sobre o impacto ambiental, imagem e reputação, o valor criado para a sociedade (EFQM Publications, 2009).

É desenvolvido no Critério Resultado Chave os resultados financeiros e não financeiros para a organização alcançar. São estabelecidas metas baseadas nas expectativas e necessidades das partes interessadas em consonância com a estratégia delineada. Os resultados chave deverão abranger aspetos como os resultados financeiros, o desempenho organizacional face ao orçamento delineado, o volume de produtos ou serviços realizados e os resultados do processo chave. Não podendo a organização descurar os indicadores, pois estes medirão o desempenho operacional da organização. São estes indicadores que permitem à organização monitorizar, compreender, prever e melhorar os resultados chave da organização (EFQM Publications, 2009).

O Radar é uma ferramenta importante para a gestão questionar e avaliar o desempenho da sua organização. É ainda utilizada para pontuar as candidaturas aos prémios de excelência da EFQM (Santos, 2013).

O Radar é uma ferramenta de gestão que permite uma abordagem estruturada para avaliar o desempenho de uma organização. Para utilizar esta ferramenta, qualquer organização deverá estabelecer os resultados a alcançar com a estratégia delineada, planejar e implementar um conjunto de medidas para alcançar os resultados pretendidos. As medidas a implementar deverão ser planeadas para que a sua implementação seja viável.

Depois de implementar as medidas planeadas, a organização deverá avaliar as medidas implementadas através da monitorização e a análise dos resultados alcançados pela organização (www.apq.pt)<sup>1</sup>

Sendo a ferramenta de gestão Radar utilizada para avaliar as organizações que se candidatem ao prémio de excelência da EFQM. Poderá ser utilizada por organizações que pretendam apenas a autoavaliação. Sendo que a cada critério é-lhe atribuído 10% da pontuação, com a exceção dos critérios Resultados Chave e Resultados Chave (EFQM Publications, 2009).

O modelo EFQM permite a auto avaliação organizacional, para alcançar a excelência, baseando-se nos critérios de orientação para os resultados, nomeadamente a focalização no cliente, a liderança e objetivos, o envolvimento das pessoas, a abordagem por processos, a melhoria contínua e inovação, a tomada de decisão, as parcerias benéficas para a organização, a cooperação com as organizações para compreender as lacunas existentes no seu funcionamento e estimular a identificação de soluções no sentido da melhoria contínua (Louro, 2009).

## **Sistema da Qualidade do Instituto da Segurança Social**

O diagnóstico realizado em Portugal às organizações em 1995 alerta para a necessidade urgente de se realizarem alterações profundas à forma de trabalhar e à organização das respostas sociais. As organizações tinham graves deficiências de gestão, sem uma visão definida, e sem capacidade critica para enfrentar novos desafios. A necessidade de introduzir alterações sobre as formas de trabalho, organização e capacidade de resposta das instituições torna-se urgente (Guia M. S., 2011).

Neste tabelada realidade das IPSS nacionais surge a obrigação de se criar uma harmonização, a nível nacional, das regras de funcionamento e dos serviços prestados, quer se trate de organizações particulares quer se trate de organizações sem fins lucrativos. Neste sentido, em 2003 o Ministério do Trabalho e Segurança Social, os Órgãos representativos das IPSS, assinam o Programa de Desenvolvimento para a Qualidade das Respostas Sociais baseado no Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social e na Lei n.º 32 de 2002 de 20 de Dezembro, que define a criação e implementação de métodos para o desenvolvimento da qualidade e seguranças das respostas sociais promovidas pelas IPSS (Henriques, Cunha, Varajão, & Correia, 2009).

---

<sup>1</sup> [http://www.apq.pt/portal/web/EFQM/Os%20Conceitos%20Fundamentais%20da%20Excel%C3%Aancia\\_2013.pdf](http://www.apq.pt/portal/web/EFQM/Os%20Conceitos%20Fundamentais%20da%20Excel%C3%Aancia_2013.pdf)

No âmbito do Subsistema da Ação Social gerido pelo ISS, I.P – Instituto da Segurança Social, as atividades de apoio social podem ser desenvolvidas por Estabelecimentos Oficiais, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Estabelecimentos Privados.

Foi criado, pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União das Mutualidades Portuguesas, o “Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais”.

Tendo como intuito “garantir aos cidadãos o acesso a serviços sociais de qualidade adequados à satisfação das necessidades de forma corresponsável”.

Neste contexto, o ISS, I.P. através da Área de Cooperação e Rede Social, Área de Investigação e Conhecimento, Departamento de Proteção Social de Cidadania e do Gabinete da Qualidade criou Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais.

O Modelo de Avaliação da Qualidade (MAQ) é um referencial normativo que se baseia nos princípios de gestão da qualidade e onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais. Tem como objetivo ser um instrumento de diferenciação positiva e de auto avaliação das respostas sociais, apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas respostas sociais, agregar num referencial normativo, todos os requisitos aplicáveis a cada resposta social.

Critérios Meios abrangem aquilo que a organização faz:

1. Liderança, Planeamento e Estratégia;
2. Gestão de Pessoas;
3. Recursos e Parcerias;
4. Processos.

Critérios Resultados abarcam o que uma organização alcança, clientes, colaboradores, comunidade, acionistas:

5. Satisfação de Clientes;
6. Satisfação de Pessoas;
7. Impacte na Sociedade;
8. Resultados de Desempenho Chave.

Fundamentalmente o MAQ diz-nos que Resultados Excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na

condução do Planeamento e Estratégia, das Pessoas, dos Recursos e Parcerias e dos Processos.

Os Modelos foram desenvolvidos para cada tipo de Resposta Social, no entanto, os requisitos dos critérios 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8, são idênticos independentemente do tipo de Resposta Social. O requisito do critério 4 – Processos, relativos ao que a organização faz para gerir, melhorar os seus processos, foram estabelecidos para cada tipo de resposta social.

A elaboração deste Modelo teve como referências a norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM). O Modelo baseia-se na melhoria contínua da qualidade, pelo que foram estabelecidos três níveis de exigências. Gestão da Qualidade Nível (C, B e A), permitindo a sua implementação gradual ao longo de um determinado período de tempo.

A avaliação é realizada por entidades qualificadoras, externas, independentes e acreditadas no âmbito do Sistema Português da Qualidade.

Depois de desenvolvido todo o Sistema de Qualificação das respostas sociais, a celebração de novos Acordos de Cooperação será regularizada ao cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C, estabelecidos neste Modelo.

O cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível B e A será voluntário e considerado como um fator de diferenciação positiva das respostas sociais.

Sendo o Modelo apresentado periodicamente avaliado e revisto, face a alterações que o venha a justificar e aos resultados da sua implementação.

Orientação para os resultados:

A Excelência está dependente da forma como se equilibra e satisfaz as necessidades de todas as partes (inclui as pessoas que trabalham na organização, os clientes, os fornecedores e a sociedade em geral, assim como aqueles que têm interesses financeiros na organização).

O Enfoque no Cidadão/cliente onde este é o avaliador final da qualidade do produto e serviço e da fidelização dos clientes. O conceito de cliente abrange as seguintes entidades; cliente, família, representante legal ou outra pessoa próxima designada pelo cliente.

Liderança e Constância nos propósitos: O comportamento dos líderes numa organização gera clareza e unidade de propósitos através de toda a organização e um ambiente no qual a organização e as suas pessoas podem aceder à excelência.

Gestão por Processos e por fatores: o desempenho organizacional é mais eficaz quando todas as atividades inter-relacionadas são compreendidas e sistematicamente geridas, quando as decisões referentes às operações correntes e às melhorias planeadas são tomadas com base em informação verdadeira.

Desenvolvimento e Envolvimento das Pessoas: todo o potencial das pessoas de uma organização pode ser melhor libertado através da partilha de valores e de uma cultura de confiança e de responsabilização, a qual encoraja o envolvimento de todos.

Aprendizagem Contínua, Inovação e Melhoria: o desempenho organizacional é maximizado quando baseado numa gestão e partilha de conhecimentos, através de uma cultura de aprendizagem contínua, inovação e melhoria.

Desenvolvimento de Parcerias: a organização trabalha de forma mais eficaz quando estabelece com os seus parceiros relações de benefícios mútuos, assentes na confiança, na partilha dos conhecimentos e na integração.

Responsabilidade Pública: os interesses a longo prazo da organização e das suas pessoas são melhor servidos se for adotada uma abordagem ética e excedidas, em larga medida, as expectativas e regulamentações da comunidade.

Cada um dos oito critérios tem uma definição, que explica o seu significado geral:

#### **Critérios Meios**

1. Liderança, Planeamento e Estratégia: como a gestão desenvolve e prossegue a missão, a visão e os valores da organização e como a organização formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e ações
2. Gestão das Pessoas: como a organização gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus colaboradores
3. Recursos e Parcerias: como a organização planeia e gere as suas parcerias externas e os seus recursos internos de uma forma eficaz e eficiente
4. Processos: como a organização concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus clientes.

#### **Critérios Resultados**

5. Satisfação dos Clientes. o que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus clientes externos
6. Satisfação das Pessoas: o que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus colaboradores
7. Impacte na Sociedade. o que a organização está a alcançar relativamente à satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere

8. Resultados de Desempenho: o que a organização está a alcançar relativamente ao desempenho planeado.

Para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com a totalidade dos requisitos estabelecidos no Modelo de Avaliação da Qualidade, são considerados três Níveis de Qualificação, que correspondem a três níveis de exigência relativamente ao cumprimento dos requisitos do Modelo, permitindo deste modo a sua implementação gradual:

Qualificação Nível C a resposta Social deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o Nível C, assinalados no Modelo na coluna “*Niv.*” com C.

Qualificação Nível B a resposta social deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o Nível C e B, assinalados no Modelo na coluna “*Niv.*” com C e B.

Qualificação Nível A a resposta social deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o Nível C, B e A, assinalados no Modelo na coluna “*Niv.*” com C, B e A (corresponde ao cumprimento de todos requisitos do Modelo)

Dependendo do grau de desenvolvimento do SGQ, a Resposta Social pode, por exemplo, solicitar uma Qualificação de Nível B ou A no 1º ano.

Assim sendo, o MAQ revela-se um Modelo inflexível na sua implementação, pois todos os seus requisitos têm de ser cumpridos, sob pena da não obtenção da certificação. Sendo que o MAQ não distingue pequenas ou médias organizações, todas deverão cumprir na íntegra todos requisitos do nível de certificação a que cada instituição se propõem. Tal inflexibilidade torna a implementação de um SGQ, como o MAQ, inoportável para muitas organizações devido aos escassos recursos quer matérias quer humanos. Não podendo esquecer que o MAQ tem como referencial normativo, por excelência, a EFQM.

A metodologia de avaliação do MAQ tem por base a realização de auditorias efetuadas por uma entidade externa reconhecida no âmbito do Sistema Português da Qualidade. Para avaliar e acompanhar o grau de implementação dos requisitos estabelecidos para a qualificação para os três níveis, serão realizadas as seguintes auditorias:

Auditoria de Concessão Nível C – tem por finalidade determinar se o Sistema de Gestão da Qualidade cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a qualificação de Nível C. Esta auditoria só poderá ocorrer após 6 meses de funcionamento ou de implementação dos requisitos estabelecidos no Modelo.

Se a resposta social implementar parcialmente os requisitos correspondentes a um nível superior de Qualificação (B ou A), pode solicitar a sua avaliação durante a auditoria e como tal constará do Relatório de Auditoria. No entanto não será emitido o Certificado de

Qualificação de nível superior, dado que, pressupõe o cumprimento da totalidade dos requisitos estabelecidos.

Auditoria de Concessão Nível B – tem por finalidade determinar se o Sistema de Gestão da Qualidade, cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a Qualificação de Nível C e B. Se a resposta social tiver implementado parcialmente (não a totalidade) dos requisitos correspondentes à Qualificação para o Nível A, pode solicitar a sua avaliação durante a auditoria e como tal constará do Relatório de Auditoria. No entanto, não será emitido o Certificado de Qualificação Nível A, dado que, pressupõe o cumprimento da totalidade dos requisitos estabelecidos.

Auditoria de Concessão Nível A – tem por finalidade determinar se o Sistema de Gestão da Qualidade, cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a Qualificação de Nível C, B e A. Nível Auditorias: A, B, C Auditoria de Renovação – corresponde à auditoria efetuada de três em três anos, após atribuição do certificado de Qualificação C, B ou A. Tem como objetivo confirmar se o SGQ se mantém adequado e continua a cumprir todos requisitos estabelecidos para o nível de qualificação C, B ou A.

Auditoria de Acompanhamento – corresponde às auditorias efetuadas anualmente, após atribuição do certificado de Qualificação de Nível C, B ou A. Tem como objetivo confirmar que o SGQ se mantém adequado e continua a cumprir os requisitos estabelecidos para o nível de qualificação C, B ou A. Esta auditoria não implica a verificação da totalidade dos requisitos e terá uma duração inferior à auditoria de concessão/renovação. Poderão ainda ser realizadas, os seguintes tipos de auditorias de acordo com o seu âmbito:

Auditorias de Seguimento – auditorias efetuadas quando há necessidade de verificar “in loco” a implementação de ações corretivas para ultrapassarem não conformidades detetadas em auditorias anteriores.

Auditorias Extraordinárias – auditorias efetuadas na sequência de reclamações, participações públicas ou de alterações significativas na estrutura da Resposta Social.

A Equipa auditora é constituída por um auditor coordenador e peritos técnicos com competências na área da ação social. A auditoria termina com o relatório de auditoria e da realização da reunião final com representantes da resposta social, durante a qual o auditor coordenador deve transmitir as principais constatações efetuadas durante a auditoria. Do relatório da auditoria constará as não conformidades e as observações.

A resposta social deverá elaborar um plano de ações corretivas, dentro dos prazos estabelecidos, com o intuito de superação das não conformidades e as observações indicadas no relatório de auditoria.

No relatório da auditoria deve constar, obrigatoriamente, informação acerca da entidade auditada, equipa auditora, resumo da auditoria e critérios auditados. Deve conter uma folha por cada não conformidade e observação detetada, sendo que as não conformidades devem ser classificadas como mais ou menos críticas.

Para evidenciar o cumprimento dos requisitos estabelecidos nos três níveis serão atribuídos à resposta social, os seguintes certificados: Certificado de Qualificação Nível C, Certificado de Qualificação Nível B e o Certificado de Qualificação Nível A.

Tendo em conta o grau de implementação do Modelo, a resposta social poderá optar inicialmente, pela qualificação num nível superior ao C.

A metodologia definida não inviabiliza a possibilidade de ser criado um Sistema de Qualificação das Respostas Sociais, que preveja a atribuição de uma Marca de Qualificação que demonstre a qualificação da resposta social, conferida pela atribuição do certificado de qualificação.

## **Capítulo II**

### **Descrição do Centro Paroquial e Social de Moure**

Uma IPSS é uma entidade particular que não tem como propósito a obtenção de lucro, mas a realização da prestação de serviços que visam a satisfação de necessidades dos seus clientes a preço reduzido. Sendo o seu maior financiador o estado, seguido de apoios financeiros locais e doações de várias entidades. As IPSS's atuam, normalmente numa base de criação de relações de proximidade e de solidariedade com o cliente. Sendo a relação de proximidade e a entreatada que proporciona a gestão da realização dos serviços, ou seja, a prestação de serviços ajusta-se às necessidades dos clientes, conforme estas necessidades vão surgindo (Guia, 2011).

#### **Instituição**

##### **Localização**

O Centro Paroquial e Social de Moure localiza-se no Distrito de Braga, Concelho de Vila Verde, que tem uma população residente de 47 888, 15 576 famílias e 23 039 alojamentos. A freguesia de Moure tem uma população residente de 1421 indivíduos, dos quais 681 são do sexo masculino e 740 do sexo feminino. A população presente na freguesia conta com 1367 indivíduos dos quais 681 são do sexo masculino e 722 do sexo feminino (www.ine.pt)<sup>2</sup>.

Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística), os residentes da freguesia de Moure, por grupos etários, em 2011 com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos conta com 256 indivíduos, em 2001 o mesmo grupo etário tem 357 indivíduos; grupo etário com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos em 2011 é composta por 192 indivíduos em 2001 o mesmo grupo etário era composto por 305 indivíduos. O grupo etário com idades compreendidas entre os 25 a 64 anos em 2011 é composto por 763 indivíduos, em 2001 o mesmo grupo diminuiria para 739 indivíduos. O grupo etário com idades compreendidas acima dos 65 anos em 2011 é composto por 210 indivíduos e em 2001 era composto por 202 indivíduos. Ou seja a população de Moure perdeu cerca de 192 indivíduos, tendo todos os grupos etários diminuído os seus elementos à exceção do grupo etário com idades compreendidas acima dos 65 anos (www.ine.pt)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> ([http://www.ine.pt/scripts/flex\\_definitivos/Main.html](http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html)) acedido à 18h 14m do dia 12 de Julho de 2013.

<sup>3</sup> [http://www.ine.pt/scripts/flex\\_definitivos/Main.html](http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html)) acedido à 18h 14m do dia 12 de Julho de 2013.

## **Caraterização**

O Centro Paroquial e Social de Moure localiza-se na Avenida Padre Mário, na freguesia de Moure, concelho de Vila Verde, sendo a sua designação pessoa jurídica canónica pública, por decreto do Arcebispo Primaz de Braga. Segundo o DL nº119/83, fica integrado da ordem civil como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fim lucrativo (IPSS), o seu maior objetivo é ajudar os idosos carenciados da freguesia e restantes localidades.

O CPSM é composto pelas valências SAD e estrutura Residencial para Idosos. A SAD apoia os seus clientes na alimentação no domicílio; nos serviços de higiene pessoal, habitacional e tratamento de roupa. A estrutura Residencial para Idosos foi inaugurado no dia 17 de Fevereiro de 1988, é composto por seis camas, isto é, possui capacidades para 6 Idosos, dos quais 3 homens e 3 mulheres. O centro acolhe idosos para lhes proporcionar um ambiente saudável de convívio; promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados; assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento; promover a participação ativa dos clientes ou seus representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais. Tem por objetivo essencial facultar respostas de ação social direcionadas para a terceira idade, através da concessão de bens e da prestação de serviços, nomeadamente: apoio às famílias; proteção dos cidadãos na velhice e em todas as situações de carência ou de incapacidade para o trabalho; promoção da educação e da formação profissional; apoio à integração social e comunitária; e com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos.

O aparecimento desta resposta social surge da necessidade de diversificar as estruturas de apoio à população idosa no concelho, dado que para além de insuficientes, não respondem adequadamente às necessidades da maioria dos idosos.

## **Organização interna**

O Centro Paroquial e Social de Moure é composto por uma Direção, da qual fazem parte os seguintes membros: o Presidente, o Vice-Presidente, o Secretário e Tesoureiro.

A Direção técnica do CPSM é formada pela Gerontóloga Social. Cabe à Direção técnica dirigir o CPSM, prestando à Direção todo o relato de funcionamento, disciplina, eficiência dos serviços e o permanente cumprimento do regulamento interno do CPSM.

A Direção Técnica deverá chefiar o funcionamento de todos os serviços, tendo em vista a harmonia e bem-estar dos utentes; coordenar as atividades de todo o pessoal, promovendo as reuniões necessárias para o bom funcionamento do lar; orientar todo o

pessoal nas suas múltiplas atividades dando-lhes as indicações necessárias para a compreensão das diferenças de temperamento, hábitos e mentalidades dos utentes; elaborar e manter atualizados os registos e elementos estatísticos; zelar pela conservação de todas as instalações e bens da casa; participar à administração, por escrito, qualquer facto digno de menção ou de natureza disciplinar dos utentes ou funcionários; prestar ajuda psicossocial aos utentes de forma a suscitar-lhes interesse na resolução dos seus próprios problemas e a manterem uma certa atividade e substituir a administração e representá-la na sua ausência.

O CPSM conta com a colaboração dos seguintes profissionais: um Médico, um enfermeiro, um cozinheiro, um ajudante de Cozinheiro, sete Ajudantes de Ação Direta, Três Ajudantes de Serviços Gerais e um animador Sociocultural.

Aos colaboradores compete-lhes garantir a operacionalidade das atividades diárias do CPSM, como tal as funções de ajudantes de ação direta e dos ajudantes de serviços gerais devem ser o acompanhamento diurno e/ou noturno dos clientes dentro e fora do serviço e estabelecimento, colaborar nas tarefas de alimentação do cliente, a participação na ocupação dos tempos livres dos clientes, a prestação cuidados de higiene pessoal e conforto, proceder à recolha das roupas sujas, tratamento das mesmas e distribuição, ministrar a medicação, apoiar nos transportes e deslocações dos clientes e realizar a higiene do edifício. O cozinheiro deverá organizar, coordenar e verificar os trabalhos da cozinha. A animadora sociocultural deverá planear, desenvolver, promover à participação e avaliar as atividades a realizar com os clientes do lar.

O CPSM presta os seguintes serviços aos seus clientes: alojamento, alimentação, cuidados de higiene e conforto pessoal, animação sociocultural, cuidados médicos e de enfermagem, tratamento de roupas, limpeza das instalações, utilização de serviços de barbeiro, cabeleireiro.

O CPSM é uma instituição de solidariedade social, sem fins lucrativos, dependente dos apoios monetários do Instituto da Segurança Social, estando previsto no próprio MAC, que para obter novos acordos de cooperação com o Instituto da Segurança Social e as IPSS é exigida a implementação do MAC, cumprindo obrigatoriamente os requisitos de certificação de nível C. Na falta desta certificação, os novos acordos não se realizarão, o que é uma realidade desde 2009, consagrada no Mac e atestada desde 2002, no número dois do artigo 87 da Lei n.º 32 de 2002 de 20 de Dezembro, que define a criação e implementação de métodos para o desenvolvimento da qualidade e seguranças das respostas sociais promovidas pelas IPSS.

Como agravante o CPSM, que se encontra e fase de licenciamento para obras de reestruturação e ampliação do edifício, tem deficientes condições arquitetónicas. Neste

sentido, o CPSM teve todo o interesse em reverter a situação em que se encontrava, pois os apoios monetários são a alavanca necessária para dar início a um processo de implementação do SGQ. Também era do interesse da direção do CPSM a rentabilização de recursos humanos e materiais muitas vezes desperdiçados. Tendo a liderança do CPSM consciência a não implementação do SGQ causa custos excedentes, que poderiam ser evitados.

## Capítulo III

### 3. Descrição e metodologia do trabalho desenvolvido na implementação do SGQ no CPSM

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no CPSM serviu-se do Modelo de Gestão da Qualidade elaborado pelo Instituto da Segurança Social, decisão tomada pela direção da organização e pelas mestrandas tendo como suporte a obrigatoriedade do cumprimento dos requisitos ao nível C do MAQ, para que se possam realizar novos acordos de cooperação entre este instituto e as IPSS's.

Para a reformulação do problema foi necessário realizar um levantamento de necessidades, ou seja, mediante o Manual da Qualidade da Segurança Social, foram confrontados os documentos existentes no CPSM e o exigido no referencial da qualidade, o MAQ. O CPSM tinha alguns requisitos elaborados, de forma desorganizada e sem orientação de como organizar todos os requisitos de modo a satisfazer a correspondência dos critérios do MAQ. Mediante a extensidade do MAQ e o curto período de tempo que se teria para desenvolver a implementação do SGQ, foi reformulado o trabalho a realizar.

Definiu-se elaborar o critério 1- Liderança, Planeamento e Estratégia. Seguindo o MAQ, foi estipulado realizar todos os requisitos exigidos para alcançar a certificação nível C. A decisão de implementar apenas os requisitos exigidos para a certificação do Nível C, foi uma deliberação tomada conjuntamente com a Direção Técnica, pois o tempo de que se dispunha é demasiado curto e o trabalho a realizar é longo e muito provavelmente encontraríamos resistência por parte de membros da equipa do CPSM, o que poderia dificultar o trabalho de implementação do SGQ.

O critério 2 Pessoas foi realizado pela outra mestranda e o critério 3 Parcerias e Recursos seria o trabalho individual a realizar no âmbito deste trabalho, em ambos os critérios realizaríamos apenas os requisitos exigidos para a certificação do nível C.

Como é fundamental o empenho da Liderança da organização, sendo que o empenho e envolvimento demonstrado pelo Diretor Técnico é irrefutável, tornou-se necessário realizar uma reunião com a Direção Administrativa a fim de conhecer a posição destes, qual o envolvimento e comprometimento destes para com a implementação do SGQ.

Na reunião foi explicado todo o trabalho que era necessário realizar e qual a importância da implementação do SGQ para a sobrevivência do CPSM, visto que esta instituição beneficia de apoio financeiro da Segurança Social. Explicou-se que o SGQ nível C é obrigatório desde 2009 para que qualquer organização celebre novos Acordos de Cooperação. Portanto, o CPSM, uma vez que tem em curso todo o pedido de

Licenciamento de ampliação das instalações e o aumento de vagas, tem necessidade de implementar o MAQ. Nesta reunião foi também explicado em que base assenta o SGQ, os critérios a desenvolver e quais os requisitos de cada Critério, a importância da definição da Missão, da Visão e da Política da Qualidade a adotar pelo CPSM, com base na melhoria contínua e a implementação de ações corretivas e preventivas definidas depois da análise de elementos indicadores, tal como análise de reclamações e sugestões e a análise dos inquéritos de satisfação dos clientes e a sugestão de melhoria por parte dos colaboradores do CPSM. Foi também referenciada a importância do envolvimento dos colaboradores, pois seria fulcral explicar a importância da implementação do SGQ para a sobrevivência do CPSM e todo o trabalho a desenvolver com a necessidade do envolvimento de toda a equipa. Foi proposto à Direção administrativa e técnica realizar uma reunião com a equipa do CPSM, para pedir a colaboração de todos e mostrar o envolvimento e comprometimento destes para com o SGQ. Nesta reunião explicar-se-ia todo o mecanismo a desenvolver, a importância do SGQ para o CPSM, a importância da colaboração e envolvimento dos colaboradores e o empenho e comprometimento da Direção administrativa e técnica do CPSM com o SGQ.

A reunião realizada contou com a presença de todos os elementos da equipa e da Direção administrativa e técnica que iniciaram a reunião, sendo as mestrandas apresentadas à equipa e quais os respetivos papéis a desempenhar até ao final do ano letivo de 2012/13. Nesta reunião foram abordados os temas tratados com a Direção do CPSM. Ou seja, foi transmitido aos colaboradores a importância do SGQ para o futuro da organização e dos colaboradores, pois os seus postos de trabalho estão dependentes do futuro do CPSM. Explicou-se qual a Missão, Visão e a Política da qualidade adotada pelo CPSM, previamente acordado com a direção. Em que base assenta a política da qualidade, isto é, na melhoria contínua, em que os colaboradores poderão sugerir melhorias e ações preventivas. Foi também destacado a importância de todos os colaboradores conhecerem e interiorizarem a Missão do CPSM, tendo sido entregue em versão papel um exemplar da Missão a cada colaborador. Foi-lhes explicado que o critério Pessoas seria implementado e do qual a avaliação de desempenho faria parte integrante do respetivo critério. No qual todos estariam envolvidos e que seriam posteriormente esclarecidos com pormenor.

No âmbito da implementação do Critério 3 - Gestão de Recursos e Parcerias, critério que aborda processos de suporte e que são na sua totalidade prestados pelo CPSM. Os processos de suporte, são as atividades que permitem que a o CPSM preste os seus serviços ao cliente, mas para que tal ocorra, é necessária a realização de atividades como: limpeza, segurança, gestão da informação. Estas atividades de suporte poderiam ser contratadas a

outras instituições, o que não acontece no CPSM, pois são atividades asseguradas pelos colaboradores e direção do CPSM. Assim sendo, há que garantir que os requisitos exigidos pelo MAQ sejam cumpridos. Tendo sido solicitado a todos os colaboradores que realizassem um texto em que deveriam descrever a realização das tarefas diárias com pormenor, isto é, como lavam as instalações e que detergentes utilizam, como dão banhos aos clientes e fazem as mudas de fraldas, as refeições diárias, a administração da medicação, pois, com base na informação disponibilizada por estes daríamos início à realização das instruções de trabalho, aos procedimentos e respetivos registos. A importância da narração dos colaboradores, com verdade e perfeição, facilitar-lhes-ia o seu desempenho futuro, pois não implicaria mudança na realização de tarefas. Implicaria apenas a realização dos respetivos registos. Garantimos a disponibilidade da Direção técnica e das mestrandas para a disponibilidade de prestar esclarecimentos e de receber sugestões que os colaboradores considerem pertinentes com vista à melhoria da prestação dos serviços e do bom funcionamento do CPSM. Na fase final da reunião houve alguma conversa com alguns colaboradores e a mensagem passada foi a de colaboração, no futuro, tendo sido mostrada resistência quanto à descrição das tarefas, pois seria difícil passar texto para formato digital. Perante esta dificuldade, a direção técnica disponibilizou-se a ajudar cada elemento da equipa, tendo sido estipulado um prazo.

### **3.1- O Critério 1: Liderança**

Findo o processo inicial de comunicação quer com a Direção quer com a equipa, iniciou-se a realização do Critério 1- Liderança, em parceria com a direção técnica. A realização deste critério, mais à frente denominado por Processo Liderança, foi desenhada na íntegra mediante o MAQ e recorrendo à Norma ISO 9001 e ao BSC, pois o sucesso de uma Instituição está no seu propósito, ou seja, na sua missão, visão e estratégia (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002). Com o apoio da direção técnica foi reestruturada a Missão e a Visão seguindo o MAQ, que exige uma linguagem simples e de fácil compreensão, e que esteja afixado em local de livre acesso para que todos os clientes, colaboradores e público em geral possam aceder. Eram trabalhos que o CPSM tinha realizado, mas com necessidade de reestruturação. Os Valores e Política da Qualidade adotados pelo CPSM foram desenhados com base na Missão e Visão da organização, também com a colaboração da direção técnica. Foi também usada a Norma ISO 9001 que prevê o Ciclo PDCA, ou seja, a melhoria contínua.

A melhoria contínua baseia-se no planeamento, estabelecendo os objetivos e os processos necessários para implementar a estratégia delineada pela organização. Coube à

direção delinear os indicadores para cada processo, em cada indicador definir as metas; e nas datas estipuladas verificar através da monitorizar dos processos implementados a eficiência destes. A verificação dos resultados obtidos na monitorização é importante, pois depois de proceder a esta análise se delineará a atuação mediante os resultados obtidos na monitorização, a gestão da organização poderá ter de levar a cabo ações de melhoria, quer dos seus processos, quer dos seus produtos ou serviços (Qualidade, 2008).

O Critério liderança refere a necessidade da existência de um organograma da instituição e da definição das funções, responsabilidades e autonomias para cada elemento da Direção administrativa e técnica. A exigência deste parâmetro foi realizado, afixado no placard que se encontra na entrada principal do CPSM e poderá ser consultado no Anexo III deste documento, em texto (Social, 2008).

Mediante requisito do critério 1 alínea g) do MAQ, a direção da organização deverá operacionalizar os seus objetivos operacionais e desdobrá-los em atividades e planos (Social, 2008). Com a colaboração da direção técnica foram traçados os objetivos operacionais, estes foram desdobrados em atividades e para cada atividade foram criados metas e indicadores. Segundo a literatura, nomeadamente o BSC, a criação de um método de gestão estruturado permite à direção obter uma visão estratégica através da análise de indicadores. A análise dos indicadores verifica-se depois de monitorizar os processos e atividades. A implementação de indicadores e metas das atividades desdobradas dos objetivos operacionais são compostas por indicadores que permitiram à direção administrativa e técnica do CPSM fazer uma leitura de toda a organização e saber se os seus objetivos são alcançados e podendo avaliar várias dimensões, nomeadamente áreas financeiras e não financeiras (Prado, Guia Balanced Scorecard, 2002).

Findo o critério Liderança, o documento foi submetido à aprovação da direção administrativa, o qual foi aprovada pelos seus membros. Findo a realização e aprovação pela direção do CPSM do Critério 1 Liderança, deu-se início à realização e implementação do critérios Gestão de Recursos e Parcerias.

No SGQ todas as atividades têm de ser evidenciadas, ou seja, compete à liderança, na sua implementação garantir que existe o cumprimento e fazer evidência desse cumprimento. É o que acontece com a implementação da política da qualidade, o ciclo PDCA, ou seja, são traçados objetivos, definidas as metas a alcançar, quais os respetivos indicadores, de acordo com o trabalho desenvolvido, cabe monitorizar e definir o prazo para se alcançar o objetivo planeado. Cabe à direção o planeamento e definição das auditorias da qualidade, a definição das ações corretivas e preventivas e a elaboração de procedimentos, registos, relatórios e o respetivo controlo dos documentos produzidos no

âmbito do SGQ. Cabe também à Direção a nomeação dos responsáveis da Qualidade, tendo sido nomeada como a responsável o Diretor técnico. Este elabora o plano anual para a realização das auditorias, definindo os responsável pela auditoria, quem é auditado e quem acompanha as ações corretivas e preventivas que se revelarem necessárias depois da auditoria. Devendo o responsável da Qualidade elaborar um plano anual de auditoria que deverá estipular a programação, a preparação, a execução e o acompanhamento. O responsável da auditoria deverá, no final de cada auditoria, realizar o relatório da auditoria, devendo este relatório incluir os objetivos e requisitos da auditoria, as conformidades e não conformidades identificadas e quais as ações preventivas ou corretivas a implementar.

A inclusão dos procedimentos que definem e controlam os documentos da qualidade, a definição de ações corretivas e preventivas e das auditorias no Processo Liderança foi considerada pertinente, pois será a liderança do CPSM a gerir todos os processos do SGQ, incluindo a gestão dos documentos do SGQ, as auditorias e a melhoria continua. Estes documentos estão previstos no subprocesso de gestão da informação, mas com certificação de Nível B, ou seja, é um requisito facultativo e não exigido como requisito obrigatório. Neste sentido, e tendo em conta a dimensão do critério Gestão de Recursos e Parcerias, inclui no critério Liderança os registos e a gestão de documentos os (Social, 2008). Assim, caberá ao diretor técnico a gestão de todo o sistema de SGQ, sendo este o responsável por delegar as funções e responsabilidades que considere pertinentes. Na elaboração do procedimento “Elaboração e controlo de procedimento” estão definidos e hierarquizados os documentos do SGQ, nomeadamente o Manual da Qualidade, os Processos e os Procedimentos. Foram definidos todos os critérios a seguir para a elaboração de um procedimento, ou seja, define quem realiza o procedimento, descreve minuciosamente a composição do cabeçalho e o rodapé do procedimento, e o corpo do procedimento. É referenciado o método de aprovação de procedimentos e a respetiva revisão, sempre que seja necessário. O documento define, de acordo com a Isso 9001, alínea 4.2.3, como se arquivam os procedimentos, descrevendo uma tabela, na qual deverão ser referenciados todos os procedimentos do SGQ, o respetivo código, o responsável pelo procedimento, a versão, a revisão e quem acede a cada procedimento (Qualidade, 2008).

Foi realizado segundo a Norma ISO 9001:2008 o procedimento “Elaboração e controlo de registos”, o qual define os critérios a seguir para a elaboração de um registo, nomeadamente o cabeçalho e rodapé. Define também, segundo o ponto 4.2.4, da norma Isso 9001, as revisões, o controlo, a distribuição e o armazenamento. A distribuição e controlo de registos deverão ser acompanhados de uma tabela, na qual deverão ser identificados todos os registos do SGQ com o respetivo código, qual o armazenamento de

cada registo, qual a proteção de cada registo, o tempo de retenção e a destruição de cada registo (Qualidade, 2008).

O Manual da Qualidade do CPSM foi realizado em fase final, pois neste reuniram-se vários procedimentos, nomeadamente a Missão, Visão, Valores, Política da Qualidade, Organograma, Hierarquia dos documentos, identificação dos Processos e uma tabela que identifica todos os documentos criados para o SGQ (Qualidade, 2008).

### **3.2- Critério 3: Gestão de Recursos e Parcerias**

Para dar início à realização dos requisitos exigidos no MAQ, relativamente ao processo gestão de recursos e parcerias, foi realizado um novo diagnóstico de necessidades para a certificação nível C, no qual se confrontaram todos os requisitos do MAQ com o que o CPSM tinha efetivamente realizado. No subprocesso Gestão de Recursos financeiros não existia nenhum procedimento que regulasse as funções financeiras e contabilísticas. Não existia orçamento anual para as atividades a desenvolver, nenhum relatório financeiro que incluísse a situação financeira do CPSM, nem um relatório ou registo da situação fiscal do CPSM perante o Estado. A área financeira foi muito trabalhosa, pois a dificuldade de obter colaboração por parte do contabilista foi gravosa. Durante meses arrastou-se com desculpas para não realizar o seu trabalho, incluindo o fecho de contas do ano anterior. Com alguma dificuldade, na fase final foi conseguida a elaboração do procedimento exigido no MAQ, com a colaboração da diretora técnica, realizando-se também os respetivos registos, tendo sido estes aprovados pelo contabilista do CPSM. De qualquer modo, poderão ser feitas revisões sempre que a Direção ou técnico da contabilidade considerem pertinente.

Identificar os requisitos do MAQ é tarefa complexa e carregada de dificuldades, pois obriga ao conhecimento profundo das do funcionamento dos processos e interações existentes entre as partes interessadas (Henriques, Cunha, Varajão, & Correia, 2009).

O levantamento de necessidades continuou para os seguintes parâmetros: gestão da informação, gestão das instalações, equipamentos e materiais e segurança. Verifica-se que o CPSM possuía alguns procedimentos exigidos no processo de Gestão de recursos e parcerias, nomeadamente a metodologia de atuação mediante situações de abusos e maus tratos e a metodologia de reclamações.

Mediante os requisitos do Critério 3, nomeadamente no que se refere à gestão da informação, foi feita uma análise minuciosa e realizaram-se todos os requisitos de nível C exigidos. Este subcritério, a gestão da informação, é longo e minucioso. Foram elaborados todos os procedimentos, nomeadamente a identificação e a forma como o colaborador se

identifica e contacta o cliente. Verificaram-se os documentos afixados no placard da entrada das instalações do CPSM e a sua correspondência ao processo gestão de recursos e parcerias, elaborou-se um procedimento, no qual se especifica o local de exposição dos documentos a expor e quais os documentos a expor.

A exposição de informação não é suficiente, o critério 3 especifica a obrigatoriedade de facultar documentos ao cliente em versão papel, sempre que o cliente o solicitar. Foi elaborado um procedimento, no qual se especifica o procedimento a realizar, objetivo e âmbito, e quais os documentos a facultar ao cliente em versão papel sempre que este o solicite. A este procedimento está-lhe atribuído um registo, como evidência do seu cumprimento, o “Registo de informação ao cliente”, o qual refere pormenorizadamente quais os documentos a que o cliente acedeu em versão papel (Social, 2008).

O MAQ faz referência ao respeito perante o cliente sobre a sua etnia, cultura, religião, língua, sexo, idade, orientação sexual e estilo de vida. Foi elaborado um procedimento, o qual define as normas do CPSM para o tratamento do Cliente e as normas de comportamento dos colaboradores para com os clientes. A evidência da realização deste procedimento será verificada através da administração do inquérito “Avaliação da Satisfação do Cliente”. O MAQ, critério 3, referencia a obrigatoriedade de assegurar a confidencialidade de toda a informação cedida pelo cliente, sendo o procedimento “Confidencialidade” elaborado seguindo as indicações da diretora técnica e com apoio na legislação, nomeadamente na Lei 67/98 de 26 de Outubro. Este procedimento define como o CPSM trata a informação cedida pelo cliente, como esta informação e os documentos são tratados e arquivados, que informação é disponibilizada ao colaborador e referencia a obrigatoriedade de sigilo profissional através da Lei 67/98 de 26 de Outubro.

A questão da quebra de confidencialidade é um requisito mínimo para a certificação nível C, sendo elaborado um procedimento “Quebra de confidencialidade”, recorrendo à Lei 67/98 de Outubro, nomeadamente aos artigos 17, 38 e 47. O artigo 17 referencia a obrigatoriedade de sigilo profissional, e o artigo 38 referencia o não cumprimento do sigilo profissional punível com coima. O artigo 47 prevê a punição com pena de prisão até 240 dias, o comportamento negligente dos colaboradores e equipa técnica é punido com prisão até 6 meses ou multa até 120 dias, dependendo o procedimento criminal de queixa por parte da pessoa ou instituição lesada. Internamente o CPSM poderá abrir um inquérito para apurar os factos através de um procedimento disciplinar, conforme o regulado pelo Código do trabalho, na Seção III do Capítulo VI. A este procedimento correspondem os registos de “Sanções disciplinares” e o “Relatório”.

Foi elaborado um procedimento que prevê a possibilidade do CPSM receber as sugestões e ideias de todas as partes interessadas. As fontes da receção de sugestões são várias, nomeadamente a “Avaliação da Satisfação dos Clientes”, fichas de sugestões, relatório da direção e reuniões com a direção e funcionários. Neste procedimento define-se o tratamento que a direção dará às respetivas sugestões. A este procedimento correspondem os seguintes registos: Registo de sugestões, Relatório de melhoria, Questionários de satisfação do cliente e Ata de reunião com colaboradores.

O Livro de reclamações é exigido pela legislação, alínea e) do artigo nº 27 do Decreto-Lei n.º 268/99, de 15 de Julho, no qual o CPSM se encontrava em conformidade com a legislação, nomeadamente no que se refere à metodologia da reclamação, com a exceção do cliente ser informado em cada fase do tratamento da reclamação, por escrito, anexando uma fotocópia ao seu processo individual e do tratamento estatístico de dados a fim de proceder à implementação de ações de melhoria. No final do processo, deverão ser afixados o resumo do tratamento estatístico dos Inquéritos, e um agradecimento aos clientes.

No requisito do critério 3 denominado “Informação e Comunicação Interna” elaborou-se o procedimento “Transmissão de informação entre colaboradores” e aplica-se quer na valência Lar quer na valência SAD. A evidência de que este procedimento se cumpre é feita através do registo “Comunicação de Informação” no qual são anotadas todas as informações anómalas quer sobre clientes quer sobre os serviços. O colaborador que entra ao serviço deverá consultar o registo, a fim de verificar a existência de registo de nova informação sobre clientes ou serviços. Quando a Direção do CPSM pretende transmitir alterações de regras e normas de funcionamento do CPSM, a Direção deverá transmitir a informação através de uma circular informativa. A Direção e Diretor Técnico deverão assinar a Circular Informativa, tal como todos os colaboradores a quem se dirige a mensagem.

No parâmetro de gestão de informação é requisito mínimo a realização de reuniões com a equipa técnica e os colaboradores, a fim de se discutir a informação dos resultados na prestação dos serviços, a informação fornecida pelos clientes, as reclamações, estado dos equipamento, melhorar atividades e serviços, prevenção de possíveis não conformidades e esclarecimento de dúvidas, ou seja, discutir todo o processo de trabalho com vista ao crescimento profissional e organizacional. Devendo, sem exceção, estas reuniões ficarem registadas em ata e devidamente assinadas por todos os presentes.

O requisito que se segue no MAQ está associado aos registos, assunto transportado para o critério 1, devido à extensão do critério 3, deverá ser um requisito de nível B.

No subprocesso gestão da informação, verificou-se a necessidade de criar o Manual de Acolhimento ao Cliente. Este Manual pretende dar a conhecer o CPSM aos seus futuros clientes, incluindo informação sobre a historia da organização, a Missão, Visão, Valores do CPSM, localização e contactos, organograma, os serviços prestados pelas valências SAD e Lar, as regras de convivência e de segurança, os direitos e deveres dos clientes, os direitos e deveres do CPSM e a participação dos familiares e cuidadores na vida do cliente após a sua integração, quer no SAD quer no Lar.

Para o subprocesso “gestão das instalações, equipamentos e materiais” foi feita uma análise das instalações, a fim de verificar o nível de cumprimento do CPSM em relação a este requisito, até porque a organização está em fase de Licenciamento para obras de remodelação e ampliação das instalações. Há muito a fazer em relação às instalações, pois existem não conformidades, nomeadamente em relação às condições físicas do prédio: as rampas de acesso são demasiado estreitas e inclinadas; não existem portas corta-fogo; no edifício, a casa de banho é unissexo, os clientes que residem no Lar é superior à capacidade das instalações; a área de cada quarto é inferior permitida; as áreas são reduzidas e não existe piso antiderrapante, o que dificulta o transporte de macas.

Relativamente ao último subprocesso, trata-se de uma não conformidade, documentada em Registo próprio e anexadas as evidências de licenciamento do projeto de ampliação por várias entidades, nomeadamente o Licenciamento da Segurança Social para Estrutura Residencial para Pessoal Idosas/SAD entrada nº 231973, Unidade de saúde Publica Processo nº 94-VV/2012, Município de Vila Verde, Processo nº 01/2013/126 e o Ministério da Administração, Processo nº 034703. Sedo que todos os restantes equipamentos cumprem a legislação.

Os planos de limpeza foram elaborados, tendo como base a informação cedida pelos colaboradores, este procedimento é transcrito num plano de higienização, que está acessível a todos os colaboradores que façam a respetiva limpeza e desinfeção. O Procedimento “Limpeza e desinfeção” descreve todo o procedimento de limpeza de todas as instalações do CPSM, incluindo WC, quartos, salas, refeitório, sala de colaboradores, áreas de acesso e carrinhas. A este procedimento estão associados vários registos, nomeadamente o registo de limpeza do lar, limpeza de WC, Limpeza da Despensa, controlo de limpeza da lavandaria, limpeza de WC Sala de Colaboradores e controlo de limpeza dos veículos do SAD. Este procedimento foi desdobrado em vários planos, com o intuito de difundir a periodicidade e facultar a consulta do plano sempre que necessário, a colaboradores e clientes. Os planos afixados em locais estratégicos são: Plano de higienização dos quartos,

Plano de higienização do WC, Plano de higienização das áreas comuns de acesso e o Plano de higienização das carrinhas (Social, 2008).

A manutenção dos equipamentos e instalações está documentada no procedimento “Manutenção dos equipamentos e Instalações”, que define os equipamentos e instalações que estão sujeitos a uma revisão do seu estado de conservação e a necessidade de manutenção dos mesmos. Estão-lhe associados os seguintes registos: o Plano de manutenção, o Registo de falhas e avarias e o Registo de equipamento de cozinha, lavandaria e veículos.

Os dispositivos de medição que necessitam de calibração não se aplicam ao CPSM, pois apenas os objetos de medição para uso médico tem obrigatoriedade de calibração. As balanças existentes no CPSM não tem a função para uso comercial e clínico, os termómetros são de uso pessoal, pois sempre que necessário os clientes recorrem ao Serviço Nacional de Saúde ou ao Médico afeto ao CPSM.

Quanto à manutenção do material, o subprocesso define a obrigatoriedade dos materiais e do mobiliário cumprirem a legislação, nomeadamente: o artigo 5º da Portaria N.º 1129/2009, que prevê a verificação anual dos termómetros dos equipamentos refrigerados, pelo Instituto Português da Qualidade. Este requisito é cumprido pelo CPSM. A calibração de balanças não é obrigatória, pois só se aplica a balanças para comerciais, como refere o artigo nº1 do Decreto-lei nº 291/90.

O MAQ refere a obrigatoriedade do armazenamento de alimentos, incluindo as arcas e frigoríficos, estarem separadas do armazém dos produtos químicos. Esta situação já se verifica e para sua evidência basta uma verificação no local (Social, 2008).

O critério 3 define, ainda, os requisitos para as compras quer de produtos quer de serviços, tendo sido elaborado o procedimento “Gestão de compras” que define todo o processo de compras, sendo que é o responsável pelas compras que faz as encomendas e o registo. Quanto à receção da mercadoria o responsável pelas compras, ao receber a mercadoria verifica a sua conformidade mediante o registo feito na encomenda e o confronto com a fatura. Cabe ao responsável pelas compras verificar os rótulos dos produtos e controlar os stocks, tendo particular cuidado com a validade dos produtos. A este procedimento estão associados registos, designadamente a receção de matéria-prima, armazenamento de produtos de limpeza e químicos – Entrada/Saída, compra de serviço e compra/encomenda de produtos (Social, 2008).

No critério 3, o subprocesso “Segurança”, exige uma metodologia para o controlo de acesso ao interior e exterior do edifício, a identificação, proteção e segurança dos bens do cliente, controlo de chaveiros e a articulação com as autoridades. Tendo sido elaborado

vários procedimentos, nomeadamente “Articulação com as autoridades”, “Controlo de chaveiros”, “Proteção dos bens do cliente” e “Acompanhamento do Cliente ao exterior”. Estes procedimentos foram realizados seguindo as orientações da diretora técnica. Os registos associados a estes procedimentos são a Lista de pertences de clientes, Registo de entradas e saídas de clientes e controlo de chaves de acesso ao Lar, Lavandaria e sala de colaboradores. Quanto à articulação com as autoridades os números de contacto estão afixados no placard, no hall de entrada do CPSM.

Foi também documentado o plano operacional para a prevenção de surtos de infeção, violência, fuga e roubo, no procedimento “Prevenção de surtos de infeção, violência, fuga e roubo”, descrevendo a forma de atuação e os meios utilizados para alcançar a prevenção das situações descritas, sendo evidenciado o seu cumprimento nos registos o “Controlo de chaves Lar/SAD”, “Lista de bens móveis” e “Registo de limpeza e desinfeção WC, Lar e cozinha”.

O CPSM tinha elaborado a metodologia para situações de “Negligência, Abusos e Maus tratos”. Apenas foi alterada a estrutura do cabeçalho e do rodapé e atribuídos registos, nomeadamente “Ficha de ocorrência de abusos” e o “Registo anual de Reclamações”.

Do critério 3, no subprocesso Segurança falta apenas referenciar a segurança, higiene e saúde no trabalho e a segurança contra incêndios. De acordo com a legislação aplicável, a Lei 102/2009, de 10 de Setembro, que se aplica a todos os ramos de atividade, nomeadamente ao setor cooperativos e social (artigo n.º 3), em colaboração com a diretora técnica do CPSM elaborou-se uma *check-list* “Promoção de Segurança e Saúde no Trabalho” para se verificar que o CPSM cumpre requisitos exigidos na legislação. A Segurança e Saúde no Trabalho, é assegurada por uma empresa externa que realiza auditorias e verifica o cumprimento dos requisitos legais. No final de cada auditoria, é fornecido ao CPSM um documento que atesta realização das auditorias, o qual inclui o relatório de auditoria realizada, realização dos exames periódicos, para a obtenção das fichas de aptidão.

No subprocesso Segurança, verificaram-se não conformidades, nomeadamente em matéria de primeiros socorros, combate a incêndios e normas de evacuação. Os trabalhadores não têm acesso a formação sobre riscos e medidas de prevenção e proteção, instruções a adotar em caso de perigo eminente, medidas de primeiros socorros e combate a incêndios e evacuação.

A estrutura interna do equipamento não cumpre a legislação, quer no que se refere a combate de incêndios quer a evacuação de instalações. Mediante as não conformidades detetadas estão previstas a implementação de ações corretivas, nomeadamente a criação e

afixação de plantas do edifício com a respetiva sinalização das saídas de emergência e a indicação dos extintores, e o recurso à formação urgente dos seus colaboradores, com base no procedimento “Emergência Interna” e recorrendo ao apoio dos Bombeiros Municipais.

Mediante a extensão do critério 3 - Gestão de recursos e parcerias, juntamente com a direção técnica, optou-se por criar, dentro do Processo Parcerias e recursos, quatro Subprocessos, sendo estes o Subprocesso Financeiro, o Subprocesso Gestão da Informação, o Subprocesso Gestão de Instalações, Equipamentos e Materiais e o Subprocesso Segurança. A cada subprocesso correspondem os respetivos procedimentos e registos. Conforme demonstrado na tabela 1.

Proce sso	Subproces so	Procedimentos /Instrução trabalho	Registos
Processo Gestão de Recursos e Parcerias	Financeiro <b>PRP_F</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividade Financeira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Folha de Caixa</li> <li>✓ Balancete</li> <li>✓ Conciliação Bancaria</li> <li>✓ Inventário de existências</li> <li>✓ Mapa de bens patrimoniais</li> <li>✓ Orçamento anual</li> <li>✓ Relatório</li> </ul>
	Gestão da Informação <b>PRP_GI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentos externos</li> <li>✓ Atendimento ao cliente</li> <li>✓ Confidencialidade</li> <li>✓ Documentos fornecidos ao cliente em fotocópia</li> <li>✓ Informação visível/afixada</li> <li>✓ Quebra de confidencialidade</li> <li>✓ Reclamações</li> <li>✓ Reunião da Gestão Vs Colaboradores</li> <li>✓ Quebra de confidencialidade</li> <li>✓ Normas de respeito e trato com o cliente</li> <li>✓ Sugestões</li> <li>✓ Transmissão de informação a colaboradores</li> <li>✓ Manual de acolhimento ao cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Circular informativa</li> <li>✓ Registo de sugestões</li> <li>✓ Tratamento de reclamações</li> <li>✓ Atas reuniões</li> <li>✓ Comunicação ao colaborador</li> <li>✓ Informação ao cliente</li> <li>✓ Relatório</li> <li>✓ Livro de Reclamações</li> </ul>
	Instalações/ Equipament o/materiais <b>PRP_IEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestão das Compras</li> <li>✓ Manutenção do Equipamento</li> <li>✓ Limpeza e desinfeção</li> <li>✓ Limpeza e desinfeção da Cozinha e despensa de apoio</li> <li>✓ Não conformidade das instalações</li> <li>✓ Plano de higienização da Cozinha</li> <li>✓ Plano de higienização do refeitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de colaboradores</li> <li>✓ Plano de Manutenção</li> <li>✓ Falhas de Equipamento</li> <li>✓ Controlo de veículos</li> <li>✓ Controlo dos equipamentos da lavandaria</li> <li>✓ Controlo de equipamentos da cozinha</li> <li>✓ Limpeza da Cozinha</li> <li>✓ Limpeza do Lar</li> <li>✓ Limpeza da lavandaria</li> <li>✓ Limpeza da Sala de Colaboradores</li> <li>✓ Limpeza do WC</li> <li>✓ Limpeza do WC Colaboradores</li> <li>✓ Armazenamento de produtos</li> <li>✓ Compra de Produtos</li> <li>✓ Compra de Serviços</li> <li>✓ Receção de Matéria-prima</li> <li>✓ Registo Manual de reclamações</li> <li>✓ Controlo entradas e saídas do cliente</li> <li>✓ Entrada e saídas dos colaboradores</li> <li>✓ Controlo de chaves</li> <li>✓ Lista de pertences do cliente</li> <li>✓ Ocorrência de abusos</li> </ul>
	Segurança <b>PRP_S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano de Emergência</li> <li>✓ Articulação com as autoridades</li> <li>✓ Saídas do Cliente ao exterior</li> <li>✓ Controlo de chaveiros</li> <li>✓ Higiene e Segurança no Trabalho</li> <li>✓ Prevenção de surtos de infeção, violência, fuga e roubo</li> <li>✓ Proteção dos bens do cliente</li> <li>✓ Segurança noturna</li> <li>✓ Abusos, negligência e maus tratos</li> </ul>	

Tabela 1: Processo gestão de Recursos e Parcerias, subprocessos e respetivos procedimentos e registos

### 3.3 Implementação do SGQ

Elaborados todos os procedimentos e registos (Anexo III) tornou-se urgente implementar todo o trabalho realizado, sendo marcada uma reunião com os colaboradores a fim de explicar os novos métodos a acrescentar ao seu trabalho diário. Qual a importância dos registos no SGQ do CPSM, qual a importância do envolvimento dos colaboradores nesta fase importante da organização. Juntamente com a direção administrativa e técnica, foi pedida a colaboração e o empenho de todos os colaboradores para dar início à implementação do SGQ, sendo que numa fase, durante um mês, seria experimental para que os colaboradores não sentissem pressão, mas sim uma abertura para colaborarem e, em caso de erro, se proporcionasse um clima de colaboração, troca de sugestões e melhoria. Nesta reunião foram explicados todos os registos e qual o fundamento da existência de registos, ou seja, para evidenciar o que a organização faz e que faz parte integrante de todo o SGQ.

Após a reunião, a direção nomeou quatro responsáveis, pelos quais foram distribuídas responsabilidades, nomeadamente a verificação da realização dos registos mediante as indicações. Os responsáveis continuaram a ser aqueles que já eram responsáveis por diversas atividades. O responsável da cozinha manteve-se, mas com a responsabilidade de verificar os registos que estão afetos à cozinha, quer os registos de compras, limpeza, equipamentos, entradas e saídas de colaboradores e controlo de chaves da porta de saída para a rua. A responsável pelas compras manteve-se, com os respetivos registos, acrescentando-lhe os registos de limpeza dos WC e lar, registo de entradas e saídas dos colaboradores e de chaves do Lar. À responsável pela carrinha acrescentaram-se os registos de controlo do equipamento, registo de saídas dos colaboradores, registo de limpeza e desinfeção das carrinhas e sala e WC dos colaboradores. A responsável pela lavandaria continuou a ser a mesma colaboradora acrescentando-lhe a responsabilidade de verificar a conformidade dos registos de controlo dos equipamentos, chaves e limpeza e desinfeção.

Durante um mês as poucas dúvidas que surgiram foram esclarecidas, embora se verificasse o incumprimento de alguns colaboradores na realização dos registos. Este incumprimento, na sua maioria, deveu-se à falta de compreensão, pois vários colaboradores não perceberam a importância do SGQ, outros não se empenharam para se adaptarem a uma nova prática diária demonstrando resistência, pois consideraram infundamentados os registos. Alguns colaboradores, nomeadamente duas responsáveis, estiveram empenhados e colaboraram com desempenho elevado a tarefa que lhes foi solicitada. No final do mês experimental foram solicitados os registos aos respetivos responsáveis. Tendo as

responsáveis das compras e das carrinhas entregaram os seus registos, e pediram esclarecimentos sobre dúvidas que surgiram, e comunicaram sugestões de melhoria aos registos. As dúvidas foram esclarecidas e as sugestões acolhidas e feitas as respetivas alterações nos registos. O responsável pelos registos da cozinha entregou os seus registos, na sua maioria continuou a usar registos antigos, muitos sem preencher, pois alegou não ter tempo para preencher e verificar os registos. Verificou-se, também, desleixo na apresentação e arquivo dos registos. A responsável pelos registos da lavandaria entregou os registos de limpeza da lavandaria e o registo do controlo das chaves. Os registos do controlo dos equipamentos desapareceram. Mediante a ocorrência, realizou-se o apuramento dos factos, confrontando a responsável pelos registos da lavandaria. Esta afirmou ter existido uma avaria, numa das máquinas, tendo sido efetuado o registo da avaria. Visto que a direção técnica não teve conhecimento da avaria, reportando para a responsável a falta de informação. A diretora técnica procurou apurar qual o paradeiro dos registos, quem fez os registos, quando avariou a máquina, quem registou a avaria. Depois de ouvidos os intervenientes não foi possível concluir como desapareceram, apenas se presume que alguns colaboradores sintam medo por serem responsabilizados pelas avarias e como tal surge um comportamento de resistência.

Neste seguimento tornou-se evidente realizar nova reunião para esmiuçar a importância dos registos, tendo sido a reunião marcada para o final de mais um mês de registos. Nesta reunião foi pedida a colaboração e envolvimento dos colaboradores, deu-se abertura para fazerem as sugestões necessárias e abordou-se a importância de todos os registos sobre os quais houve falhas ou os colaboradores apresentaram resistência ou desleixo em preencher. Foi frisado o facto de estes não serem feitos para perseguir ou responsabilizar os colaboradores, mas para evidenciar o cumprimento das atividades, para que se detetem falhas ou avarias e estas possam ser atempadamente reparadas a fim de minimizar custos e desperdício de tempo e assegurar que as normas de segurança e higiene são cumpridas. Foi também referido o bom desempenho de alguns colaboradores e responsáveis, nomeadamente quando comparado com os registos do mês anterior.

O trabalho foi encerrado com uma reunião para dar a conhecer todo o trabalho desenvolvido e a importância de dar continuidade à implementação do SGQ, pois o CPSM tem capacidade e trabalho realizado para avançar com a certificação durante o próximo ano. Apesar deste Modelo da Qualidade da Segurança Social ser demasiado exaustivo e pormenorizado. A carga excessiva de criar procedimentos e metodologias, numa instituição pequena, como é o CPSM, exige um grande consumo de recursos materiais, humanos e financeiros.

Durante a implementação do SGQ verificou-se alguma relutância, por parte de alguns colaboradores nomeadamente a resistência de colaboradores e dos líderes, situação esta que merece uma análise mais detalhada.

A resistência à implementação de mudanças organizacionais é real, nomeadamente a comunicação de objetivos e sua compreensão por parte dos colaboradores e que estes adotem uma mudança de comportamentos. Verificando-se ainda que colaboradores que aceitaram a mudança, ficam muitas vezes contrariadas. Ou seja, adotam os comportamentos que a organização exige, mas com descontentamento. Fazem-no apenas porque lhes é imposto. Os colaboradores devem compreender a sua importância dentro de uma instituição que adota mudanças, pois a mudança organizacional deve incluir na mudança as relações tradicionais entre a organização e os colaboradores, os colaboradores e a organização, os seus pares, a sociedade e consigo mesmo.

Como referenciado por Silva, J. Vergara, S. (2002), segundo Vince e Broussine (1996) diz que as reações emocionais à mudança são tidas como questões de menor importância, por diversos fatores: os gestores ignoram as emoções de cada colaborador dando primazia à parte reacional, a cultura organizacional desenvolve-se sem considerar a parte emocional, dando primazia à racionalidade necessária para a realização de tarefas organizacionais. Sendo proposto por estes autores, três questões, presentes na vida de todas as organizações, que devem ser consideradas e analisadas: as contradições inerentes às tensões entre certeza e incerteza e a contradição entre emoções individuais; os mecanismos individuais de defesa contra a ansiedade, muitas vezes utilizada como mecanismo de defesa em contexto organizacional, nomeadamente a regressão a situações anteriores que tenham oferecido segurança, a projeção de falhas pessoais para os outros, a manifestação excessiva de sentimentos opostos aos sentimentos que o indivíduo considera ameaçador, e a negação em aceitar a realidade incomoda; a ação organizacional que inclui as várias ligações de significado e à identidade, tendo sido estas criadas pela interação dos indivíduos e das organizações, tendo em consideração as relações de poder que permitiram a mudança.

Quanto mais os indivíduos tentam, racionalmente, eliminar estas contradições, mais elas se impõem. Os vários mecanismos individuais de defesa contra a ansiedade que as pessoas usam inconscientemente no contexto organizacional, com o objetivo de desafiar a mudança, servindo para se protegerem da ansiedade. Entre esses mecanismos podemos incluir a repressão de experiências desagradáveis, a projeção das suas falhas para os outros, a formação da reação, isto é, a manifestação excessiva de sentimentos opostos aos sentimentos ameaçadores bem como a negação à aceitação de mudanças.

A terceira questão refere-se às várias ligações: ao significado e à identidade, criadas pela interação entre o inconsciente dos indivíduos e os processos organizacionais, em presença das relações sociais de poder que permitem a criação de estruturas que levam à mudança organizacional (Silva & Vergara, 2002).



## Capítulo IV

### 4- Análise da problemática de implementação do SGQ

Uma organização que implemente um SGQ tem necessariamente de introduzir mudanças no seu quotidiano, quer da organização, quer dos colaboradores. O meio onde está inserida a instituição assim o exige. Estas mudanças remetem para as condições e organização do trabalho. Tendo sido as alterações adotadas, a organização do trabalho (a implementação do SGQ) exigiu pequenas alterações diárias na vida dos colaboradores. E para estes é importante o investimento na formação, pois a raiz de produtividade da organização reside nos recursos humanos. A reorganização deve basear-se em aspetos como a autonomia, conhecimento, criatividade, participação nas decisões, comunicação, formação, condições materiais e condições de segurança e acesso à informação para promoverem uma contribuição voluntária para a mudança, diminuindo, assim, a resistência dos colaboradores (Pechincha, 2010).

As recompensas não financeiras, como o reconhecimento, oportunidade de desenvolvimento, promoção, liberdade no trabalho, participação nas decisões, formação, entre outras, estão ligadas à cultura de cada organização (Pechincha, 2010).

Mediante as dificuldades encontradas nos recursos humanos do CPSM, em relação às mudanças introduzidas, quer no quotidiano dos colaboradores, quer no quotidiano da organização, tornou-se pertinente analisar os colaboradores e dirigentes em vários momentos de implementação. Ou seja, antes de se implementar um SGQ, durante a implementação e findo essa implementação. Tendo sido abordadas três instituições em fases diferentes de implementação de um SGQ.

#### 4.1 - Metodologia utilizada para a recolha de dados

Durante o processo de implementação do SGQ no CPSM evidenciou-se o comportamento dos colaboradores, nomeadamente a aceitação destes para com as mudanças a implementar no âmbito do SGQ. Desde o início do processo, todos os colaboradores foram parte integrante do processo de implementação, tendo sido sempre informados de todo o processo, atribuindo-lhes novas tarefas, novas responsabilidades e formação.

A resistência à mudança foi desde o início verificada, não sendo esta homogênea a todos os colaboradores nem ao longo do tempo. Muitos colaboradores entenderam que o trabalho acrescido, nomeadamente a realização dos registos, não são necessários para o bom funcionamento do CPSM. Outros colaboradores manifestam o receio de que os

registros servem apenas para responsabilizar os colaboradores por possíveis erros, quer de serviço quer na manutenção de equipamentos e materiais.

Como citado em Ceribeli & Melro (2013), segundo Kotter (1997), um processo de mudança deve incluir oito etapas, sendo estas: 1) estabelecer um prazo para a implementação das mudanças e excluir feedback externo demasiado otimistas, o elevado otimismo da administração da organização, os conflitos internos; 2) a organização deve delegar autoridade a determinados colaboradores para liderarem a respetiva mudança; 3) deve ser desenvolvida uma visão de mudança e consequentemente traçada uma estratégia; 4) deverá ser comunicada a visão para todos os envolvidos na mudança e que estes compreendam os objetivos que são inerentes a todos os membros da organização; 5) formar os colaboradores para que estes sejam capazes de atuar com autoridade sempre que necessário e atribuir-lhes responsabilidades; 6) a mudança deverá incluir obtenções a curto prazo, esta possibilidade e motivação para que se mantenham os esforços dos colaboradores por longo prazo; 7) os ganhos adquiridos com a mudança poderão gerar outras mudanças; 8) a mudança cultural da organização. Sendo que para Kotter (1997) a cultura organizacional só se altera depois de alterar com sucesso as ações dos colaboradores. Tendo-se realizado estes parâmetros no processo de implementação do SGQ, verificou-se que durante o desenvolvimento da implementação do SGQ em diversos colaboradores a diminuição de resistência e em alguns casos tornaram-se colaborantes, acabando por lhes ser atribuída novas responsabilidades devido ao seu bom desempenho. Estes colaboradores manifestaram compreensão pela necessidade de mudança, envolvimento e vontade de continuar a colaborar de modo responsável.

Uma vez que a informação e a formação foram administradas a todos os colaboradores em simultâneo, sem exceção, torna-se importante perceber o que leva colaboradores a colaborarem positivamente e colaboradores a manterem-se resistentes.

No decorrer do processo, tornou-se pertinente saber se em instituições análogas o comportamento dos colaboradores à mudança é idêntico. Neste sentido, foram contactadas duas instituições, sendo que uma teria de ter o SGQ implementado e outra não deveria ter dado início à implementação do SGQ.

Para Ujihara, Cardoso & Chaves (2006) colaboradores resistem à mudança pelos seguintes factos: aumento de burocracia, capacidade dos colaboradores, a mudança da cultura organizacional e a resistência dos colaboradores.

Como referenciado em Ceribeli & Melro (2013), segundo Chiavenato (1996) a resistência à mudança poderá dever-se a: aspetos lógicos, que englobam os interesses pessoais, tal como o tempo e esforço necessário, a custos e a exequibilidade do próprio

processo de mudança; a resistência devido a aspetos psicológicos, estando relacionados com aspetos pessoais, tais como o medo do desconhecido, dificuldade em entender a mudança, medo das incertezas, desconfiança dos seus pares e a resistência a devido a fatores sociológicos, ou seja, interesses de um grupo, desejo em imobilizar colegas atuais, coligações política.

A avaliação do comportamento da resistência à mudança vai além dos colaboradores, considerando-se importante avaliar também a direção das três instituições com o objetivo de avaliar a existência de alguma relação de causa efeito.

Para tal foram elaborados dois questionários, um para os colaboradores, outro para os líderes de cada instituição. As questões formuladas permitiram comparar os diversos momentos de implementação do SGQ nas diversas instituições. Para tal, às questões formuladas são atribuídas respostas estandardizadas, entre as quais o inquirido poderá optar, e que da sua análise resultará uma leitura sobre os possíveis fatores que levam à resistência provocada pela mudança. O inquérito a preencher pelos diretores incorpora questões como: idade, sexo, habilitações literárias e tempo de vínculo na instituição. O restante inquérito é composto por 20 questões, da questão 1 à questão 13 as questões são fechadas (Ghiglione & Matalon, 2005), sendo dadas cinco hipóteses de resposta nas quais o inquirido deverá assinalar a resposta que considerar mais correta, ou seja, 1 equivale a mau, 2 a insuficiente, 3 suficiente, 4 bom e 5 a muito bom. Este grupo de questões comportam questões no âmbito da importância da implementação do SGQ e do envolvimento da liderança da organização para a implementação, os recursos financeiros e o tempo despendido para a implementação, a resistência e a cooperação dos colaboradores, a informação e formação disponibilizada aos colaboradores e o conhecimento da Missão da instituição por parte dos colaboradores.

Relativamente às restantes questões, da 14 à 19, o inquirido deverá assinalar a resposta que considere correta, sendo um grupo de questões fechadas, podendo a resposta ser justificada nas questões seguintes, novamente com questões fechadas. Este grupo de questões pretende avaliar a perceção que a liderança da instituição tem sobre as alterações que a implementação do SGQ tem no quotidiano da própria liderança, dos colaboradores e dos seus clientes. Quando o inquirido tem a perceção de uma alteração deverá assinalar a resposta que considera correta. A questão 20 é uma questão aberta, que permite ao inquirido referir o que considera importante (Ghiglione & Matalon, 2005).

O inquérito preenchido pelos colaboradores é composto por questões como: idade, sexo, habilitações literárias e tempo de vínculo na instituição. O restante inquérito é composto por 18 questões, da questão 1 à questão 13 as questões são fechadas (Ghiglione

& Matalon, 2005), sendo dadas cinco hipóteses de resposta nas quais o inquirido deverá assinalar a resposta que considerar mais correta, ou seja, 1 equivale a mau, 2 a insuficiente, 3 suficiente, 4 bom e 5 a muito bom. Este grupo de questões comportam questões no âmbito da importância da implementação do SGQ para os colaboradores, qual o envolvimento dos colaboradores e da gestão, a informação e formação é adequada, implicou alterações no quotidiano, o tempo disponibilizado para o SGQ é suficiente, o envolvimento e a resistência às alterações exigidas pela implementação do SGQ, por fim, se o colaborador conhece a Missão da instituição.

Da questão 14 à questão 17, o colaborador deverá assinalar a resposta que considere correta, sendo um grupo de questões fechadas, podendo a resposta ser justificada nas questões seguintes, novamente com questões fechadas. Este grupo de questões pretende avaliar se o colaborador alterou o seu quotidiano com a implementação do SGQ e a perceção dos colaboradores sobre as alterações do quotidiano dos clientes. Quando o inquirido tem a perceção de uma alteração deverá assinalar a resposta que considere correta. A questão 18 é uma questão aberta, que permite ao inquirido referir o que considere importante (Ghiglione & Matalon, 2005).

Para esta análise e tratamento de dados será utilizado o enfoque quantitativo, as questões formuladas serão analisadas e comparadas, quer entre instituições, quer entre habilitações literárias, quer entre idade (Sampirieri, RH, Collado, CF, & Lucio, 2006). Na formulação do inquérito existe uma questão aberta que permitiria fazer uma análise qualitativa, mas os funcionários não facultaram dados que permitam uma análise qualitativa (Sampirieri, RH, Collado, CF, & Lucio, 2006).

O modelo da pesquisa é não experimental, transversal pois coletará dados num só momento, em cada instituição, apesar destas se encontrarem em fases diferentes da implementação do SGQ (Sampirieri, RH, Collado, CF, & Lucio, 2006), e correlacional, pois a análise prender-se-á com as variáveis idade, habilitações literárias, entre outras (Sampirieri, RH, Collado, CF, & Lucio, 2006).

## **4.2 - Análise de dados**

Para realizar este estudo contou-se com a colaboração do CPSM, o Centro Paroquial e Social de Fontão (CPSF) e o Lar S. Salvador. Estas instituições encontram-se em fases diferentes de implementação do SGQ, sendo que o Lar de S. Salvador tem o SGQ implementado, aguarda apenas a certificação, o CPSM está em fase avançada de implementação do SGQ, e o CPSF não tem o SGQ implementado, nem previsão para o implementar.

Assim, No Lar de S. Salvador participaram 3 elementos da Direção e 10 colaboradores. No CPSM responderam ao questionário 5 elementos da direção e 10 colaboradores. No CPSF apenas 2 elementos da Direção contribuíram para o estudo, e os colaboradores a responderem ao questionário foram 9.

Numa primeira fase, proceder-se-á à análise descritiva dos participantes no estudo, descrevendo, portanto, a idade e habilitações literárias, pois serão variáveis a explorar. Seguidamente verificaremos as diferenças existentes entre a opinião de diretores colaboradores, e quais as diferenças entre as instituições analisadas.

#### 4.2.1 – Caracterização dos funcionários

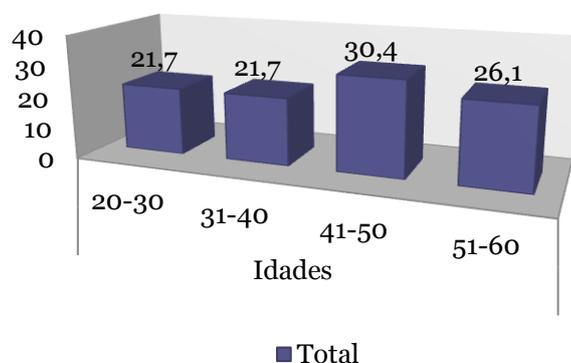


Figura 1: Idade média dos funcionários

A figura 1 representa a idade média dos funcionários. Sendo que 21,7% dos funcionários tem idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, 21,7% tem idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos. O maior número de funcionários, ou seja, 30,4% tem idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos. Entre os 51 anos e os 60 anos existem 26,1% de funcionários.

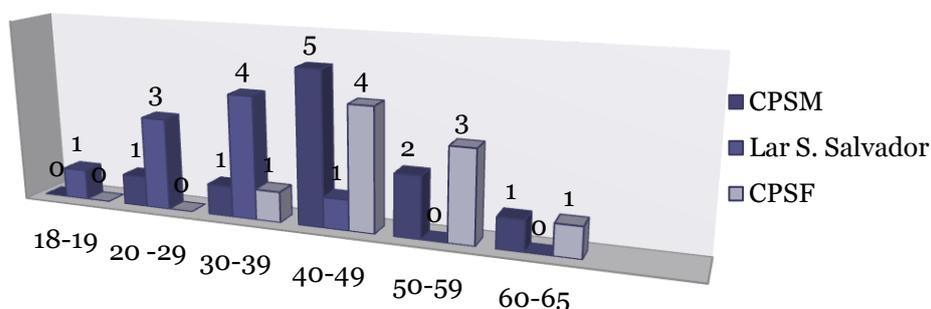


Figura 2: Idade dos colaboradores do CPSM, Lar S. Salvador e CPSF

A figura 2 representa as idades dos colaboradores, das três instituições, que participaram no inquérito. Os colaboradores do CPSM têm idades compreendidas entre os 20 anos e os 65 anos. A faixa etária mais representada é a faixa etária dos 40 anos com cinco colaboradores. Segue-se a faixa etária dos 50 anos com dois colaboradores, e as restantes faixas etárias são representadas por apenas um colaborador.

Os colaboradores do Lar. S. Salvador, compreendem idades entre os 18 anos e a faixa etária dos 40 anos, não existindo colaboradores, que participaram neste inquérito, com idades superiores aos 50 anos de idade. A faixa etária mais representada situa-se na faixa dos 30 anos com 4 colaboradores, seguindo-se a faixa etária dos 20 anos com três colaboradores, a faixa etária dos 40 anos é representada por dois colaboradores, e a faixa etária abaixo dos 20 anos é representada por um colaborador. As faixas etárias dos 50 anos e dos 60 anos não estão representadas neste grupo de participantes.

Os colaboradores do CPSF têm idades compreendidas entre a faixa etária dos 30 anos e a faixa etária dos 60 anos. Nas faixas etárias dos 40 anos é representada por quatro colaboradores, a faixa etária dos 50 anos é representada por três colaboradores. As faixas etárias dos 30 anos e dos 60 anos são representadas por um colaborador respetivamente. Importa referir, que no CPSF apenas participaram neste inquérito, 9 colaboradores do CPSF.

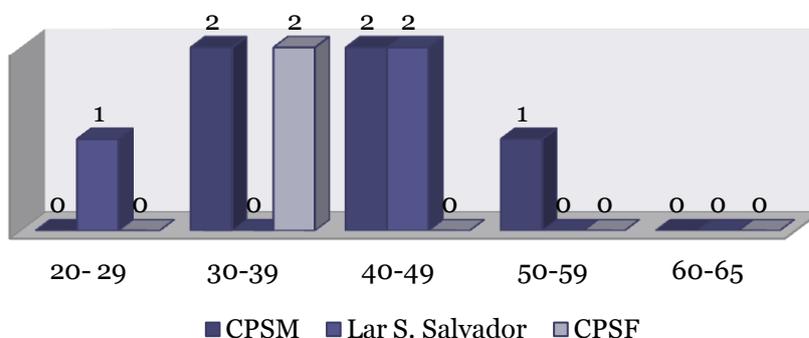


Figura 3: Idade dos dirigentes do CPSM, Lar S. Salvador e CPSF

A figura 3 representa as idades dos dirigentes que participaram neste inquérito.

Os líderes das instituições, na sua maioria, estão representados nas faixas etárias dos 30 e 40 anos, a faixa etária dos 60 anos não está representada. Na faixa etária dos 20 anos apenas o Lar S. Salvador está representado por um indivíduo. Na faixa etária dos 30 anos quer o CPSM, quer o CPSF estão representados por dois elementos, o Lar S. Salvador não tem membros da liderança com idades compreendidas entre os 30 anos.

A faixa etária dos 40 anos, o CPSM e o Lar S. Salvador estão representados por dois membros da liderança. Na faixa etária dos 50 anos apenas o CPSM é representado por um elemento da liderança, as outras instituições não estão representadas nesta faixa etária.

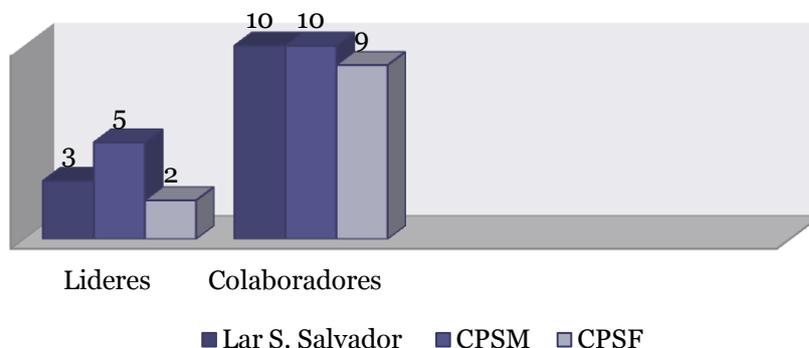


Figura 4: Quantificação das respostas sobre habilitações literárias

A figura 4 afigura os participantes no inquérito que responderam à questão sobre habilitações literárias, 10 líderes e 29 colaboradores. No CPSM responderam à questão 5 líderes e 10 colaboradores. No Lar S. Salvador, responderam à questão 3 líderes e 10 colaboradores. No CPSF, a esta questão, responderam 2 líderes e 9 colaboradores.

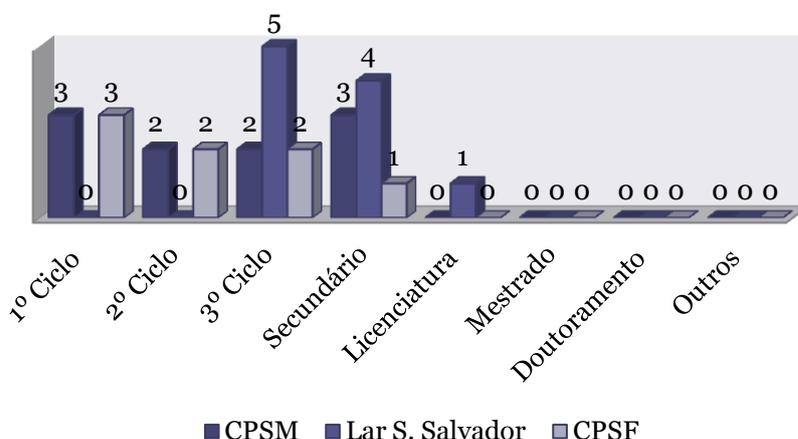


Figura 5: Habilitações literárias dos colaboradores do CPSM, Lar S. Salvador e CPSF

A figura 5 representa as habilitações académicas dos colaboradores das três instituições. Tendo as habilitações literárias sido classificadas por grupos, desde o 1º ciclo até ao Doutoramento.

Os colaboradores do CPSM incidem-se entre o 1º ciclo e o Secundário. O 2º e o 3º Ciclo contam com menor número de funcionários, sendo que o 1º ciclo e o Secundário têm

ambos três funcionários. Conclui-se, portanto, que o nível educacional dos colaboradores do CPSM é bastante reduzido.

Os colaboradores do Lar de S. Salvador incidem-se entre o 3º ciclo e o Secundário, sendo de referenciar que um dos colaboradores possui uma Licenciatura. Cinco colaboradores possuem o 3º Ciclo e quatro colaboradores possuem o Secundário. Nesta instituição, metade dos colaboradores tem um nível de instrução mais elevado.

As habilitações literárias dos colaboradores do CPSF, que incidem-se entre o 1º ciclo e o Secundário. Dos quais apenas 1 colaborador possui o Secundário de estudos. Ou seja, o 1º ciclo é o grau mais representado, com três funcionários, seguindo o 2º Ciclo com dois funcionários e o 3º ciclo com dois funcionários. O Secundário é representado por um inquirido. Conclui-se, portanto, que o nível académico dos colaboradores do CPSF é bastante reduzido.

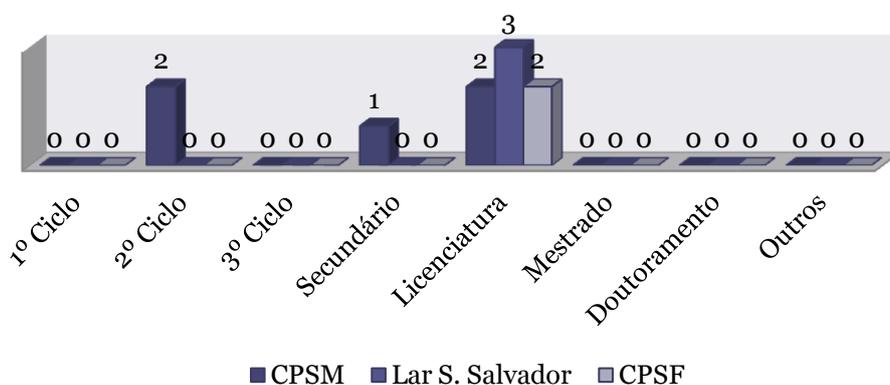


Figura 6: Habilitações literárias da liderança do CPSM, Lar S. Salvador e CPSF

A figura 6 faz referência às habilitações literárias dos líderes do CPSM, do Lar S. Salvador e do CPSF.

As habilitações literárias dos líderes do CPSM compreendem-se entre o 2º ciclo e a Licenciatura. Dois elementos da direção compreendem o 2º ciclo, dois a Licenciatura, e apenas um dos elementos possui o Secundário. Podemos concluir que o nível educacional é mais elevado quando comparado com os restantes colaboradores.

As habilitações literárias dos membros da liderança do Lar de S. Salvador, correspondem à licenciatura, mas deve notar-se que apenas três dos elementos da direção responderão aos inquiridos.

Tal como na instituição referida anteriormente, os líderes do CPSF possuem licenciatura. Deve notar-se que também aqui houve fraca participação dos dirigentes do CPSF, já que apenas se conseguiu a colaboração de dois elementos da direção.

Sobre esta análise compreende-se que os colaboradores, de todas as organizações, tem um nível académico baixo. Enquanto os membros da liderança apresentam maior nível académico, pois maioritariamente possuem licenciaturas.

#### 4.2.2 – Análise das questões do inquérito

A análise do inquérito iniciou-se através de figuras de barras que mostram a distribuição das respostas na escala utilizada. Este tipo de análise é muito detalhada, sendo superior à utilização de medidas estatísticas não paramétricas, como a moda ou a amplitude quartílica. Para esta análise consideraram-se as questões Envolvimento dos colaboradores na implementação do SGQ, Importância da implementação do SGQ, Tempo para a implementação do SGQ, Colaboração espontânea na implementação do SGQ, Resistência à implementação do SGQ, Formação frequentada e Missão, pois apresentam um maior número de respostas invariáveis. Ora vejamos os seguintes figuras.

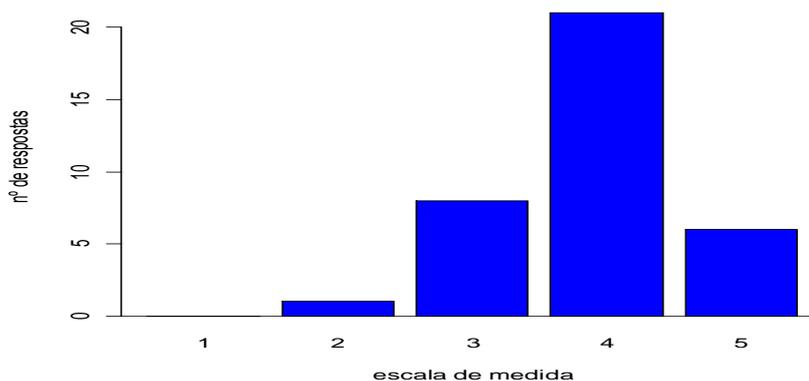


Figura 7: Questão "Envolvimento dos colaboradores na implementação do SGQ"

A figura 7 representa as respostas obtidas na questão envolvimento, sendo o resultado homogéneo, cerca de vinte e um funcionários responderam à questão com o valor 4, seis funcionários utilizaram o valor 5 para esta questão, oito funcionários utilizaram o valor 3 e apenas um inquirido utilizou o valor 2. Ou seja, a maioria dos indivíduos utilizaram o valor 4. Os funcionários consideram-se envolvidos na implementação do SGQ.

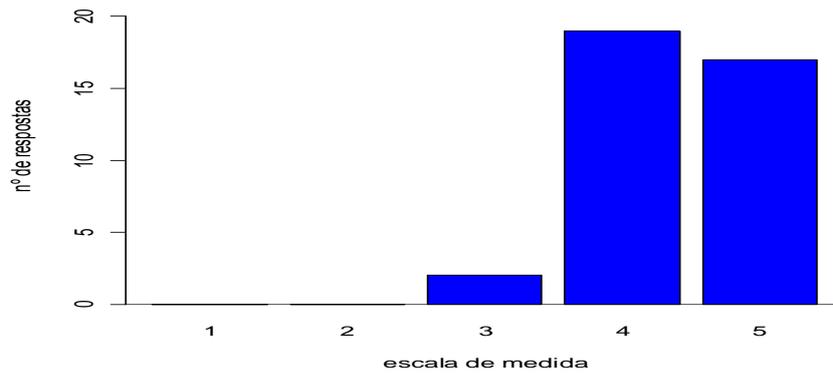


Figura 8: Questão "Importância da implementação do SGQ"

A figura 8 representa as respostas obtidas na questão Importância da implementação do SGQ, sendo que dezassete colaboradores utilizaram o valor 5, dezanove dos funcionários utilizaram o valor 4, e apenas dois funcionários avaliariam com o valor 2. As respostas a esta questão mostram homogeneidade de opinião nas respostas obtidas.

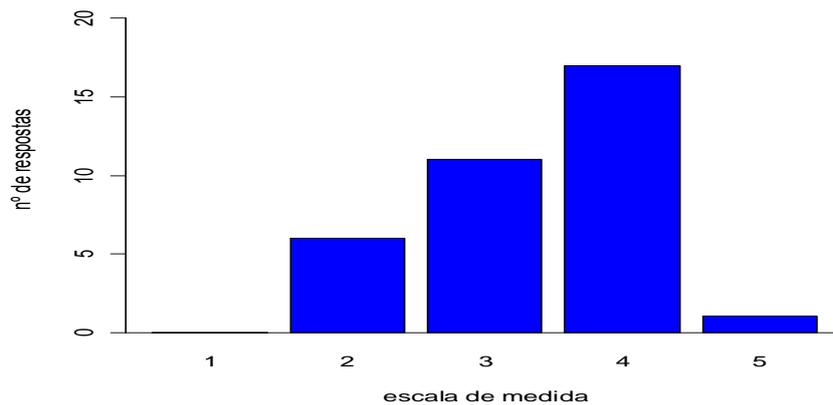


Figura 9: Questão "Tempo para a implementação do SGQ"

A figura 9 representa as respostas obtidas na questão tempo para a implementação do SGQ, sendo que a moda foi 4, com dezassete indivíduos atribuindo esse valor, um funcionário utilizou o valor 5, onze funcionários optaram pelo valor 3 e apenas seis optaram pelo valor 2. As respostas da questão Tempo mostram homogeneidade de opinião nas respostas obtidas, incidindo-se estas maioritariamente nos valores 3 e 4.

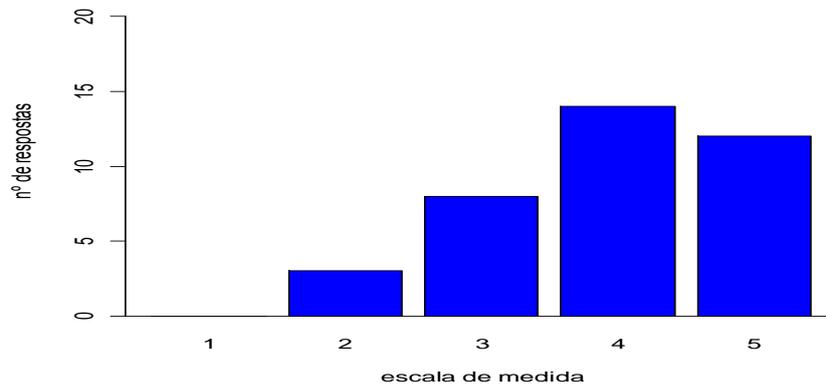


Figura 10: Questão "Colaboração na implementação do SGQ"

A figura 10 mostra as respostas obtidas à questão colaboração para a implementação do SGQ, sendo que catorze funcionários classificaram com o valor 4 da, doze funcionários deram a cotação máxima, oito funcionários atribuíram a esta questão o valor de 3 e apenas três funcionários deram o valor 2 da escala. As respostas a esta questão foram, assim, muito variáveis.

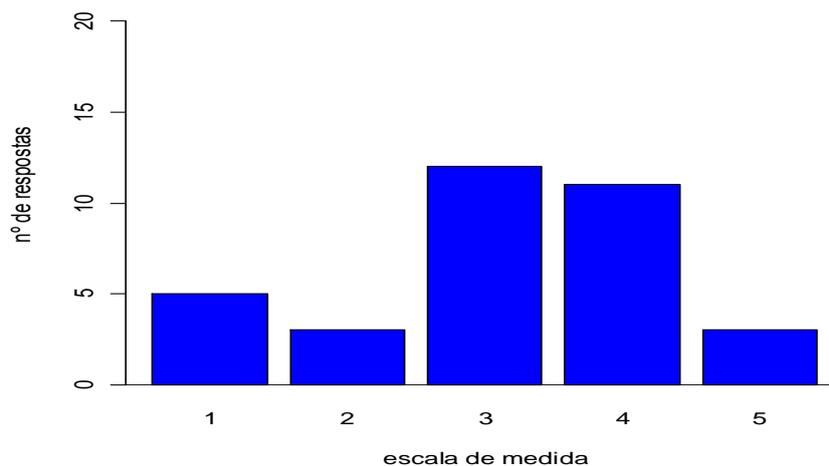


Figura 11: Questão "Resistência à implementação do SGQ"

A figura 11 representa a questão Resistência à implementação do SGQ, esta questão mostra uma grande dispersão nas opiniões dos inquiridos, sendo que cinco funcionários atribuem 1, três funcionários atribuem a esta questão o valor 2, doze funcionários classificam com 3, onze indivíduos atribuem 4 e apenas 3 funcionários a classificam co 5 valores. Ou seja, Existe grande diferença de opiniões relativamente a esta questão, que importa analisar mais profundamente.

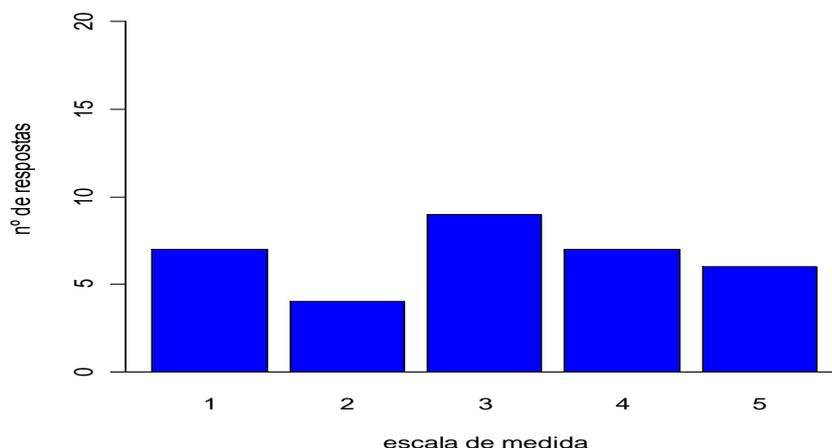


Figura 12: Questão "Formação sobre o SGQ"

A figura 12 representa a opinião dos funcionários sobre a formação administrada sobre o SGQ, mostrando uma grande diversidade de opiniões. O número de funcionários que atribuíram valores de escala diferentes está muito próximo. O valor 1 foi atribuído por sete funcionários, quatro funcionários atribuíram 2 valores, nove indivíduos atribuíram 3 valores, sete funcionários utilizaram o 4 da escala de medida e seis dos funcionários utilizaram o valor 5. Tal como na questão anterior, também na resposta a esta questão se verificou uma grande disparidade de opiniões sobre a necessidade de formação sobre os sistemas de gestão da qualidade e sua importância para ajudar na implementação do sistema.

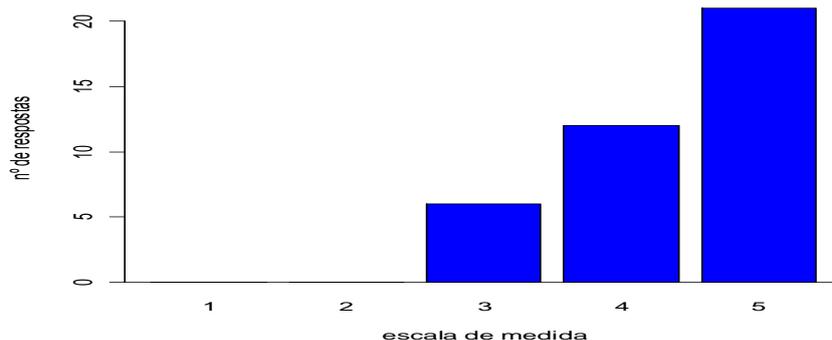


Figura 13: Questão "Missão da instituição"

A figura 13 mostra a que houve homogeneidade na classificação da resposta à questão Missão. Vinte e um dos funcionários avaliaram esta questão com 5 valores, doze funcionários atribuíram-lhe 4 valores, e apenas seis funcionários a classificaram com 3 valores. Deste modo, parece existir concordância quanto aos colaboradores terem conhecimento da Missão das suas instituições.

### 4.2.3 – Análise de relações entre questões e funcionários

Como se pode concluir das análises anteriores, relativamente a certas questões parece haver homogeneidade de opiniões, ao passo que noutras questões as respostas parecem bastante heterogêneas. Como os figuras não distinguem os tipos de funcionários, tipos de instituição, etc., poderão estar a esconder algumas estruturas importantes. Por exemplo, há homogeneidade entre as instituições e os funcionários? Existe diferença de opinião entre os colaboradores e os diretores das diferentes instituições?

Para tentar responder a estas questões de forma genérica, as respostas dadas por todos os colaboradores das três instituições às seguintes questões, 1, 2, 5, 6, 7, 8 e 13, do inquérito dos colaboradores, e a respostas obtidas do inquérito dos diretores, às questões 1, 4, 6, 7, 9, 10 e 11 foram colocadas numa matriz única e sujeitas a uma análise de correspondências. Trata-se de uma análise multivariada não paramétrica que tem por objetivo tentar apresentar em uma ou duas figuras a informação essencial contida numa matriz de dados. Como se vê nas figuras seguintes (figuras 14 e 15), esta análise define, tipicamente, duas dimensões, sendo uma apresentada horizontalmente (a mais importante) e outra verticalmente (a segunda mais importante).

Nas figuras seguintes verificamos a diferença de opinião entre os funcionários, isto é, a diferença de opinião entre os colaboradores e os líderes, e as questões que mais se correlacionam.

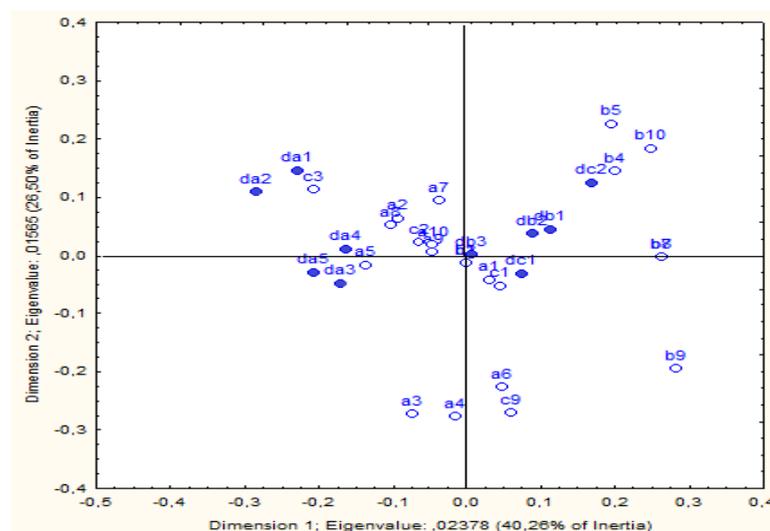


Figura 14: Diferenças de opinião entre os participantes dos inquéritos

A figura 14 apresenta uma representação das linhas da matriz: "a" representa um colaborador do CPSM, "b" representa um colaborador do Lar S. Salvador e "c" representa

um colaborador do lar de CPSF. Assim, cada ponto representa um colaborador, exceto nos pontos cujo nome se inicia por um "d" e identificados por um círculo a cheio, que representa um diretor.

Ao observar a figura, poderemos verificar que os membros da direção, os círculos preenchidos a azul, estão dispersos pela figura, o que traduz maior desconcordância de opinião, na resposta ao questionário.

As opiniões dos colaboradores, representados pelos círculos preenchidos a branco, estão mais dispersas pela figura, em particular os colaboradores e diretores do CPSM, o que significa que existem diferenças de opinião entre os colaboradores das três instituições que participaram neste inquérito.

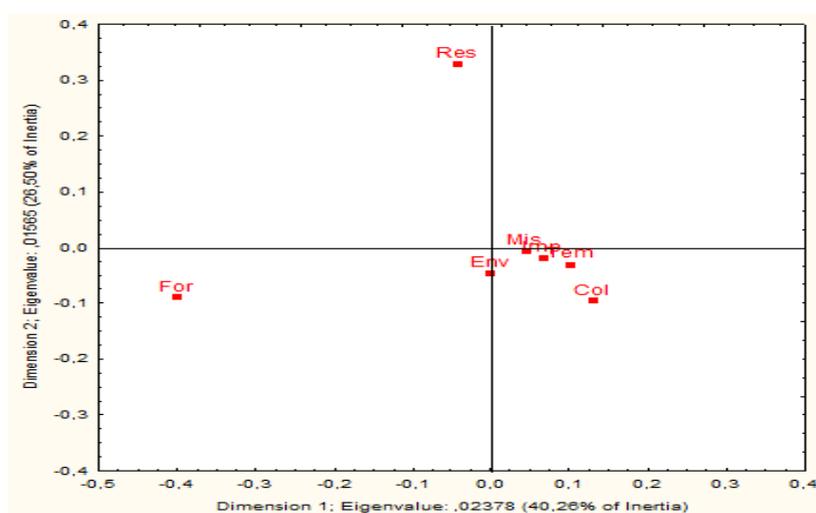


Figura 15: Diferenças na resposta das questões entre líderes e colaboradores

A figura 15 é uma representação das questões do inquérito, em relação às mesmas dimensões definidas para os indivíduos. Verifica-se que existe um grupo de questões correlacionadas positivamente, agrupadas do lado direito da figura, no mesmo sítio. As questões que se agrupam são as questões que mais se correlacionam, nomeadamente as questões sobre a importância do SGQ para a Instituição (Imp), o envolvimento dos colaboradores (Env), o tempo que dispões para o SGQ (Tem), a colaboração dos colaboradores (Col) e o conhecimento dos colaboradores sobre a Missão da organização (Mis). A questão relativa à formação opõe-se a estas questões, correlacionando-se negativamente com elas. Assim, o eixo horizontal representa esta estrutura global das respostas. Os indivíduos que pontuam com valores altos a formação, pontuam com valores baixos as restantes questões e vice-versa. Já a resistência dos colaboradores à implementação do SGQ (Res) não se correlaciona, positiva nem negativamente com

nenhuma das restantes questões do inquérito, mostrando a diversificação de opinião dos funcionários sobre esta duas questões. Os indivíduos a3, a4, a6, c9 e b9 foram os que pontuaram com valores mais baixos a sua resistência à implementação do SGQ.

Pode então concluir-se que a análise de correspondências permite verificar a existência de diferenças, pelo menos entre colaboradores e diretores e entre instituições. Além disso parecem existir algumas correlações entre as questões do inquérito. Importa, agora, verificar se essas diferenças e possíveis correlações são ou não significativas.

#### 4.2.4 – Análise das correlações nas respostas ao inquérito

Face aos resultados da análise de correspondências, torna-se pertinente clarificar se existe correlação entre as diferentes variáveis do inquérito. O coeficiente de correlação de Spearman permite-nos testar se existe associação entre pares de variáveis (Martins, 2011).

	L	t	Tem	Col	For	Mis
L	1,0000	0,1954	-0,1279	-0,3691	-0,1711	0,1409
T	0,1954	1,0000	0,0534	0,2081	-0,6273	0,3197
Imp	0,4383	0,2833	-0,0357	-0,1324	-0,2289	0,2757
Env	-0,4714	-0,1966	0,1617	0,2466	0,2729	-0,1686
Tem	-0,1279	0,0534	1,0000	0,3843	-0,0916	0,1071
Col	-0,3691	0,2081	0,3843	1,0000	-0,1076	0,2325
For	-0,1711	-0,6273	-0,0916	-0,1076	1,0000	0,1102
Mis	0,1409	0,3197	0,1071	0,2325	0,1102	1,0000

Tabela 2: Teste de Correlações de Spearman

A tabela 2 mostra-nos as correlações existentes entre as várias variáveis. A primeira correlação verificada surge na variável “Licenciado” (L) com a questão “Tempo disponível para a implementação do SGQ”, sendo esta correlação negativa, o que demonstra que os funcionários com Licenciatura consideram que o tempo disponível para a implementação do SGQ não é suficiente. No mesmo sentido, verifica-se que os “Licenciados” consideram pouco espontânea a “Colaboração dos colaboradores para a implementação do SGQ” (Col), pois a correlação é negativa entre estas variáveis.

Na variável “Tempo de instituição” (t), a correlação com a questão “Colaboração espontânea dos colaboradores para a implementação do SGQ” é positiva, isto demonstra que quanto mais tempo o funcionário tem de instituição mais ele considera que a sua colaboração é espontânea na implementação do SGQ. O mesmo não ocorre com a questão formação recebida sobre o SGQ “Formação”. A correlação entre as variáveis “Tempo de instituição” (t) e “formação recebida sobre o SGQ”, é significativa e negativa, mostrando

que quanto mais “tempo de Instituição” o funcionário tem, menos este considera necessária a formação. Nesta mesma variável, “Tempo de instituição”, verifica-se uma correlação positiva com a questão “Missão”. Os colaboradores mais velhos dizem conhecer bem a “Missão da instituição”.

A variável “Licenciado” apresenta duas correlações negativas, a questão “Envolvimento dos colaboradores na implementação do SGQ” com a questão “Colaboração espontânea”. Ou seja, esta correlação negativa mostra que os funcionários Licenciados, consideram que os funcionários não Licenciados não “Colaboram espontaneamente na implementação do SGQ” e que não estão tão envolvidos na implementação do SGQ.

Para a variável “T” (tempo de instituição), existem duas correlações, uma associação negativa com a questão “Formação”, ou seja, quanto mais tempo de instituição menor é a necessidade de formação considerada pelos funcionários. A correlação positiva surge com a questão “Missão”, ou seja, quanto mais antigo na instituição é o inquirido, mais este considera conhecer a Missão da instituição.

#### 4.2.5 – Comparação das respostas de diretores e colaboradores

Após esta análise global de correlações, e na sequência da análise de correspondências, é importante proceder a uma análise de maior detalhe. Primeiramente, analisaremos as diferenças de opinião entre diretores e colaboradores das três instituições. Para esta análise foi utilizado o teste Mann-Whitney, que verifica a existência de diferenças entre dois grupos, ou seja, o grupo dos colaboradores e o grupo dos líderes, das três instituições (Martins, 2011). Neste teste coloca-se a hipótese de que não há diferenças entre os grupos e se a probabilidade de obter um determinado resultado for dada por  $p < 0.05$ , rejeita-se a hipótese colocada e considera-se que existe uma diferença significativa entre os grupos.

	Rank Sum col	Rank Sum dir	Z adjusted	p-level	Valid N col	Valid N dir
Idade	613,5000	166,5000	1,0786	0,2808	29	10
Sexo	522,0000	258,0000	-3,5488	0,0004	29	10
L	483,5000	296,5000	-4,4363	0,0000	29	10
Imp	477,0000	264,0000	-2,5802	0,0099	28	10
Env	544,0000	122,0000	2,5090	0,0121	26	10
Tem	502,0000	128,0000	2,0595	0,0394	25	10
Col	611,5000	91,5000	3,5474	0,0004	27	10

Tabela 3: Resultados do teste de Mann-Whitney comparando diferenças de opinião entre colaboradores e dirigentes, independentemente da instituição

A Tabela 3 mostra as diferenças entre os colaboradores e os diretores das três instituições

Na variável “Sexo” é demonstrada uma diferença negativa, pois o CPSM tem mais diretores do sexo Masculino do que o CPSF e o Lar S. Salvador.

O mesmo acontece com a variável “Licenciado”, pois existe uma diferença negativa. O número de colaboradores não Licenciados é muito elevado, quando comparado com os diretores, estes são na maioria Licenciados.

A questão “Envolvimento na implementação do SGQ” e “Colaboração espontânea na implementação do SGQ”, mostram diferenças muito significativas. Tal significa que os colaboradores se consideram mais envolvidos na implementação do SGQ, ao passo que os diretores os consideram pouco envolvidos. O mesmo ocorre com a questão “Colaboração espontânea”, em que se verifica uma elevada diferença, sendo que os colaboradores consideram que a sua colaboração é espontânea, ao passo que os diretores tem uma percepção muito diferente dessa colaboração,

Na questão “Tempo necessário para a implementação do SGQ”, os colaboradores avaliam o tempo que disponibilizam para o SGQ como suficiente, o mesmo não acontece com os diretores, que o consideram muito escasso.

Na questão “Colaboração espontânea na implementação do SGQ” verifica-se uma discrepância de opinião muito elevada, pois os colaboradores avaliam-se com uma colaboração espontânea muito elevada, ao contrário da percepção que os diretores têm da colaboração espontânea dos colaboradores, que consideram insuficiente, não considerando que os colaboradores tenham uma colaboração espontânea.

#### **4.2.6 Comparação das respostas entre instituições**

Mediante a análise das correlações existentes, tornou-se pertinente verificar se existem diferenças entre as três instituições. Para tal análise recorreu-se aos testes Kruskal-Wallis. Este teste não paramétrico é equivalente à análise de variância (paramétrica). Considerados mais do que dois grupos, coloca a hipótese nula de que não há diferenças entre os grupos e se o resultado obtido tiver uma probabilidade de ocorrência  $p < 0.05$ , a hipótese nula é rejeitada. (Martins, 2011). Testaram-se todas as variáveis e todos os testes revelaram diferenças significativas. Como exemplo de um desses testes apresenta-se de seguida o resultado de um teste de Kruskal –Wallis à diferença entre respostas dos indivíduos das três instituições (referidas na tabela como "a" correspondente ao CPSM, "b"

correspondente ao Lar. S. Salvador e "c" correspondente ao CPSF) relativamente ao Tempo de instituição de cada inquirido.

Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; t (Dados)			
Independent (grouping) variable: Ins			
Kruskal-Wallis test: H ( 2, N= 39) =25,80867 p =,0000			
Depend.: t	Code	Valid N	Sum of Ranks
a	102	15	205,0000
b	103	13	422,5000
c	104	11	152,5000

Tabela 4: Teste Kruskal-Wallis às diferenças entre o CPSM, Lar S. Salvador e o CPSF no “Tempo de instituição”

O valor  $p = 0.0000$  revela que existem diferenças altamente significativas entre as instituições à variável tempo de instituição do colaborador (indicada na tabela por "t"). Esta análise tem, todavia, um problema muito grande: sabendo-se que indica a existência de diferenças significativas, não indica quais as instituições que são iguais ou diferentes entre si. Para se responder a esta última questão, isto é, qual ou quais as instituições que são diferentes e quais as diferenças, é necessário fazer testes de Mann-Whitney, testando as instituições aos pares (Martins, 2011). Assim, nas análises seguintes, apenas se apresentam os resultados dos testes de Mann-Whitney.

Assim, testou-se a instituição a com a b (o CPSM com o Lar. S. Salvador), a instituição "a" e "c" (o CPSM e o CPSF) e a instituição "b" e "c" (o Lar S. Salvador e o CPSF).

	Rank Sum a	Rank Sum b	Z adjusted	p-level	Valid N a	Valid N b	2*1sided exact p
Idade	281,5000	124,5000	2,9518	0,0032	15	13	0,0022
Sexo	243,5000	162,5000	1,9748	0,0483	15	13	0,2352
4 <sup>a</sup>	237,0000	169,0000	1,6757	0,0938	15	13	0,3874
6 <sup>a</sup>	250,0000	156,0000	2,2554	0,0241	15	13	0,1423
9 <sup>a</sup>	194,0000	212,0000	-1,6309	0,1029	15	13	0,2945
T	120,0000	286,0000	-4,7897	0,0000	15	13	0,0000
Imp	172,5000	205,5000	-2,1129	0,0346	15	12	0,0667
For	294,0000	84,0000	4,2040	0,0000	15	12	0,0000

Tabela 5: testes Mann-Whitney comparando o CPSM e o Lar S. Salvador

A Tabela 5 mostra que o teste Mann-Whitney revela diferenças significativas entre funcionários do CPSM e do Lar S. Salvador.

Na variável “Idade”, verificamos que no CPSM (a) os funcionários são mais velhos do que os funcionários do Lar S. Salvador (b). Ou seja, os funcionários do CPSM têm idades mais elevadas que os funcionários do Lar S. Salvador.

A variável “Sexo” mostra uma diferença significativa entre as duas instituições: é nos funcionários do CPSM que existem mais homens, quando em comparação com o Lar S. Salvador.

Na variável 6A (funcionários com o 6 Ano), verificamos que o CPSM tem mais indivíduos neste grupo de escolaridade, ao passo que o Lar S. Salvador obteve menor número de indivíduos com o 6A. Esta diferença significativa pode também ser interpretada da seguinte forma: quanto mais velhos são os colaboradores mais baixa é a escolaridade.

Na variável “Tempo de instituição” (t) existe diferença acentuada, pois o Lar. S. Salvador tem os indivíduos há menos tempo a laborar na instituição. Ou seja, no CPSM os funcionários têm mais tempo de instituição do que os funcionários do Lar S. Salvador.

Na questão “Importância da implementação do SGQ” (Importância), verifica-se que no CPSM os funcionários consideram que a implementação do SGQ é menos importante do que o verificado para os funcionários do Lar S. Salvador.

A questão “Formação” mostra uma diferença acentuada, ou seja, os funcionários do CPSM consideram a formação recebida como suficiente, ao passo que os funcionários do Lar S. Salvador mostram necessidade de mais formação no âmbito do SGQ.

	Rank Sum a	Rank Sum c	Z adjusted	p-level	Valid N a	Valid N c	2*1sided exact p
For	201,0000	30,0000	2,9104	0,0036	15	6	0,0033
Mis	250,0000	101,0000	2,6403	0,0083	15	11	0,0128

Tabela 6: teste Mann-Whitney comparando o CPSM e o CPSF

A tabela 6 evidencia as diferenças entre os funcionários do CPSM (a) e os funcionários do CPSF (c). Podemos verificar menos diferenças entre o CPSM e o CPSF, quando comparadas com o Lar S. Salvador.

A questão “Formação”, mostra que os funcionários do CPSM consideraram suficiente a Formação que lhes foi ministrada no âmbito do SGQ, ao passo que os funcionários do CPSF consideram a formação para o SGQ insuficiente.

Na questão “Missão”, no CPSM atribuiu-se maior percentagem à questão do que no CPSF, mostrando que os funcionários do CPSM consideram conhecer melhor a Missão do CPSM do que os funcionários do Lar do CPSF. Tal diferença, poderá ser justificada com a importância que o conhecimento da Missão da organização tem para no SGQ. Ou seja, uma instituição que não deu início ao processo de implementação do SGQ, dará pouca importância em definir qual a sua Missão, e como tal, os colaboradores não têm conhecimento desta.

	Rank Sum b	Rank Sum c	Z adjusted	p-level	Valid N b	Valid N c	2*1sided exact p
Idade	111,0000	189,0000	-2,9863	0,0028	13	11	0,0020
4 <sup>a</sup>	143,0000	157,0000	-1,9706	0,0488	13	11	0,2767
T	227,5000	72,5000	4,2510	0,0000	13	11	0,0000
Imp	178,5000	97,5000	2,3756	0,0175	12	11	0,0317
Col	179,5000	73,5000	2,1110	0,0348	13	9	0,0434
Mis	217,0000	83,0000	3,4292	0,0006	13	11	0,0009

Tabela 7: teste Mann-Whitney comparando o Lar S. Salvador e o CPSF

A tabela 7 mostra as diferenças entre os funcionários do Lar S. Salvador e os funcionários do CPSF.

Na variável “Idade”, os funcionários do Lar S. Salvador têm idades menores que os indivíduos do CPSF, ou seja, os funcionários do Lar S. Salvador são mais novos do que os funcionários do CPSF.

Na variável “4 A” (4º Ano de escolaridade), os funcionários do CPSF têm mais indivíduos com o 4º ano de escolaridade do que o Lar S. Salvador. Quanto mais velhos são os funcionários, maior é o número de pessoas com o 4º ano de escolaridade.

Na variável “t” (tempo de instituição) a diferença é muito significativa, pois os funcionários do Lar S. Salvador têm os colaboradores com o menor tempo de instituição, sendo que o CPSF apresenta uma diferença muito significativa.

Na questão “Importância do SGQ para a instituição” existe, também, uma diferença significativa, os funcionários do Lar S. Salvador deram maior cotação à questão do que os funcionários do CPSF.

Na questão “Colaboração” a diferença entre as duas instituições é significativa, os funcionários do Lar S. Salvador consideram-se mais colaborantes na implementação do SGQ do que os funcionários do CPSF.

Na questão “Missão” verificamos, também, uma diferença muito marcada. Os funcionários do Lar S. Salvador dizem conhecer bem a Missão da instituição, ao contrário dos funcionários do CPSF, que dizem não saber qual a Missão da sua instituição.

#### 4.2.7 – Outras questões do inquérito não tratadas de forma global

Foi analisada a questão dos inquéritos: “A implementação do SGQ alterou o seu quotidiano?”.

Quando é considerado pelo inquirido que existiram alterações no seu quotidiano, são-lhe colocadas várias opções, nomeadamente: “Emprega mais tempo para o SGQ”, “Facilita o seu trabalho”, “Dificulta as tarefas a realizar”, “Aumenta o Stress” e “Dificulta as atividades”.

Primeiramente analisar-se-á a liderança das três instituições e o respetivo comportamento destes perante o SGQ.

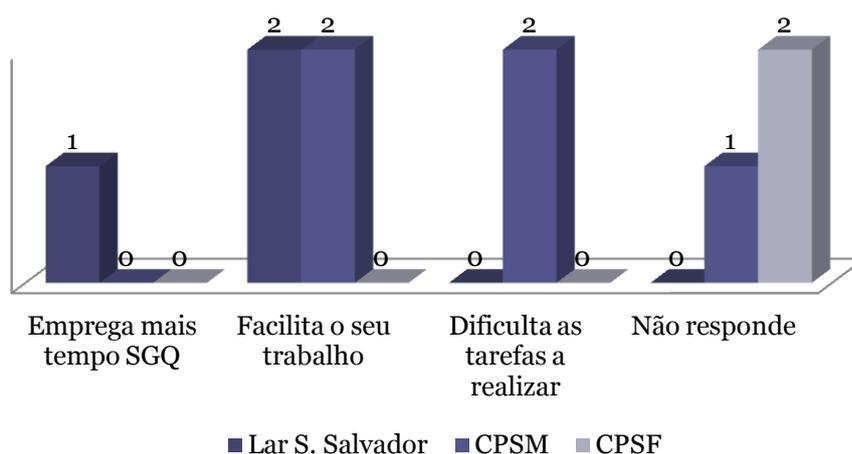


Figura 16: Liderança “ O SGQ alteração do seu quotidiano?”

No Lar S. Salvador, apenas três líderes participaram no inquérito. Mediante análise verifica-se que todos os líderes consideram que a implementação do SGQ alterou o seu quotidiano. Dois líderes consideram que o SGQ facilita o seu trabalho. Um dos líderes do Lar S. Salvador considera que emprega mais tempo ao SGQ.

No CPSM a colaboração da liderança foi de cinco líderes, ou seja, todos colaboraram. Sendo que um líder não respondeu a esta questão, pois considera que o SGQ não altera o seu quotidiano. Os quatro líderes que responderam à questão, que consideraram que o SGQ alterou o seu quotidiano, refere, dois deles, que o SGQ facilita o seu quotidiano, e dois líderes consideram que o SGQ dificulta o seu quotidiano.

A liderança do CPSF teve uma participação reduzida no inquérito, sendo que apenas dois elementos da liderança responderam ao inquérito. A esta questão, os funcionários não responderam, podendo dever-se ao facto de a instituição não ter dado início à implementação do SGQ. Portanto, visto que o sistema não existe, portanto não se aplica à instituição.

Mediante a análise desta questão, aos líderes, podemos concluir que estes denotam indiscutivelmente alterações do quotidiano provocado pela implementação do SGQ.

Seguidamente proceder-se-á à análise da mesma questão, mas mediante a percepção dos colaboradores.

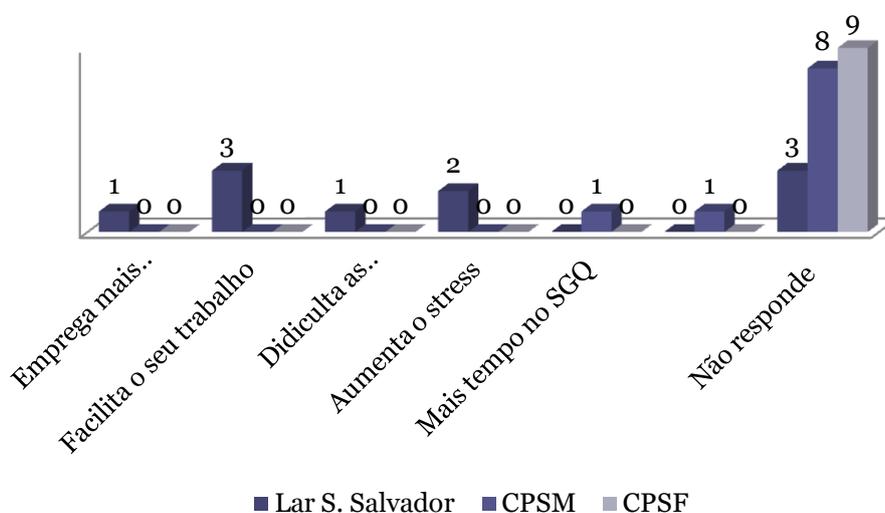


Figura 17: Colaboradores “ O SGQ alterou o seu quotidiano?”

Os colaboradores do Lar S. Salvador a responder à questão sobre as alterações do quotidiano foram 10, dos quais três não consideram que o SGQ altere o seu quotidiano. Os restantes colaboradores conferem uma alteração do quotidiano devida á implementação do SGQ, sendo que um considera que emprega mais tempo para o SGQ, três colaboradores consideram que o SGQ facilita o seu trabalho, um colaborador considera que o seu trabalho é dificultado e dois colaboradores consideram que tem mais stress devido ao SGQ. Podemos concluir que a maioria dos colaboradores considera que o SGQ altera o seu quotidiano.

Os colaboradores do CPSM a responderem à questão foram dois. Um deles considera que a implementação do SGQ lhe permite mais tempo para a realização das tarefas, o outro colaborador a responder a esta questão considera que despende de mais tempo para o SGQ. O restantes oito colaboradores a participarem no inquérito consideram que o SGQ não alterou o seu quotidiano.

Os colaboradores do CPSF que colaboraram no inquérito não responderam a esta questão. Tal abstenção dever-se-á ao facto destes não terem contacto com as alterações provocadas pela implementação do SGQ. Portanto, não poderão avaliar, pois a sua instituição não possui o SGQ.

#### **4.2.8 – Conclusões sobre os inquéritos**

Após a análise dos dados obtidos, verificamos diferenças entre as três instituições e respetivos colaboradores.

Os testes *Mann-Whitney* analisam as diferenças entre as várias instituições, tendo-nos deparado com diferenças acentuadas. A questão “Importância do SGQ para a instituição” revelou diferenças de opinião entre os funcionários do Lar S. Salvador, pois estes têm idades inferiores, menor tempo de instituição e um grau académico superior consideraram esta questão mais importante que os funcionários do CPSF, que são mais velhos, têm um menor grau académico e trabalham á mais tempo na instituição.

Ao observar as diferenças existentes entre os funcionários do CPSM e o Lar. S. Salvador deparamo-nos com diferenças. No que se refere ao “Tempo de instituição”, o Lar. S. Salvador tem os indivíduos há menos tempo a laborar na instituição do que os funcionários do CPSM. Se considerarmos este dado, verificamos que na questão “Importância da implementação do SGQ”, mostra que os funcionários do CPSM consideram que a Implementação é menos importante do que os funcionários do Lar S. Salvador, ou seja, quanto mais tempo na instituição, mais os funcionários desvalorizam a importância da implementação do SGQ. O mesmo acontece quando verificamos a Questão “Formação”. Os funcionários do CPSM consideram a formação recebida como suficiente, podendo esta opinião dever-se ao facto da formação ser administrada fora dos horários de trabalho dos colaboradores, ao passo que os funcionários do Lar S. Salvador mostram necessidade de mais formação no âmbito do SGQ.

Desde o início deste trabalho, foi estabelecido um prazo para a implementação do SGQ, foram delegadas tarefas que incumbiam novas responsabilidades a alguns colaboradores, foi desenvolvida uma visão, uma estratégia e objetivos para a organização e comunicados a todos os colaboradores da organização, foram estabelecidos prémios para os colaboradores que mostrassem desempenho para efetivar as mudanças introduzidas.

Alguns colaboradores participam positivamente nestas mudanças, alcançaram objetivos traçados inicialmente, mas no questionário não transpareceram a realidade em que o seu quotidiano se transformou, pois a qualidade implicou-lhes alterações, muitas vezes positiva. Basta analisar os inquéritos da liderança do CPSM, nos quais se verifica que

dois dos funcionários consideram que o SGQ interferiu no cotidiano, pois estes líderes estão envolvidos, participam ativamente na implementação do SGQ, ao passo que os outros funcionários não estão envolvidos ativamente na implementação do SGQ.

Comparando os resultados obtidos no CPSM com os resultados obtidos no Lar S. Salvador, no qual o SGQ está totalmente implementado verifico que sete colaboradores consideram que o SGQ alterou o cotidiano, dos quais três consideram que o SGQ facilita a realização das suas tarefas, um considera que dificulta a realização das tarefas, dois colaboradores referem que o SGQ lhes aumenta o stress e um colaborador considera que dispensa mais tempo para o SGQ. Portanto, os sete colaboradores que consideram que o SGQ altera o cotidiano, apenas três colaboradores consideram essa positiva. Os restantes colaboradores consideram a alteração provocada pelo SGQ negativa.

Apesar de no inquérito administrado, a avaliação feita pelos colaboradores é totalmente diferente do demonstrado. Pois estes consideraram que a implementação do SGQ não interferiu no cotidiano de cada colaborador. Nem positivamente nem negativamente. Podendo este inquérito refletir apenas a desvalorização da implementação do SGQ ou a falta de envolvimento dos colaboradores na implementação do SGQ e salienta a resistência à mudança. Pois se são introduzidos registos, mesmo que os procedimentos se mantenham na íntegra as atividades a realizar, o preenchimento dos registos é uma atividade que exige uma alteração diária, pois o que antes era feito e não teria necessidade de ser evidenciado, com a implementação do SGQ, as tarefas são as mesmas mas existe o acréscimo do registo. E no CPSM, os inquéritos administrados mostram que os colaboradores omitem a alteração que o SGQ lhes trouxe ao cotidiano. Podendo estes estarem a recusar essas mesmas mudanças. É importante formar e motivar os colaboradores.

Assim, verifica-se que é fundamental voltar a atenção para os colaboradores, perceber por que motivo alguns se mantem resistentes, se o baixo grau académico contribui para a não compreensão da necessidade de mudança. Ou se esta resistência e a omissão à mudança se prende a sentimentos como o medo de ser incapaz de conseguir adaptar-se às novas mudanças devido ao aumento de burocracia, considerarem-se incapazes ou não aceitarem que exista uma mudança da cultura organizacional

É necessário persistir na formação destes para a importância do SGQ, e explicar minuciosamente a importância e os benefícios destas alterações, quer para a instituição quer para o colaborador. Deve-se incutir a importância que cada colaborador tem na vida da instituição, pois estes são a imagem da instituição para o exterior.

## Conclusão

A implementação do SGQ no CPSM teve como alavanca as exigências do Instituto da Segurança Social. Ou seja, para que se efetuem novos acordo entre o Instituto da Segurança Social e o CPSM será necessário a implementação do SGQ, nomeadamente o Manual da Qualidade para Estruturas residenciais e Apoio ao domicílio, deverá estar implementado o critério C dos respetivos manuais. Ou seja, a motivação para a implementação do SGQ não se prende com a vontade de aumentar a qualidade dos serviços prestados, a melhoria no controlo de processos, as exigências do cliente, ou a melhoria de competitividade ou de organização interna.

Mediante o processo de implementação destes manuais, o critério C, verificou-se a morosidade do processo e a extensão dos requisitos para a respetiva implementação. É de salientar que o MAC dá a mesma importância à elaboração de metodologias para os processos de suporte e para os processos operacionais. Os processos de suporte, que poderão ser serviços prestados por agentes externos à instituição. De referir, a exigência em relação à gestão das instalações, equipamentos e materiais, nomeadamente a forma minuciosa dos planos de limpeza, a definição dos responsáveis pelos métodos do processo de compras, a especificidade dos requisitos dos produtos e serviços a adquirir. No subprocesso segurança, existem requisitos demasiado aprofundados sobre serviços que poderiam ser prestados por agentes externos à instituição, tal como: a metodologia para o controlo de chaves para o exterior, a articulação com as autoridades, controlos de chaveiros. Estes requisitos implicam a sua evidência, para tal é necessário registar toda a atividade diária, ou seja, para uma instituição de pequeno porte, como o CPSM, todos os registos necessário poderão afetar negativamente o exercício da prestação de serviços.

O MAQ é inflexível, submete todas as instituições, quer sejam de pequeno, médio ou grande dimensão, a determinados requisitos, ou seja, não permite a adaptação à realidade de cada instituição. O que para uma organização como o CPSM poder-se-á tornar in comportável.

Os custos inerentes à implementação do SGQ são avultados, quer em recursos materiais quer em recursos humanos. Estes custos referem-se à implementação propriamente dita, pois ao contratar técnicos, as auditais e a certificação exige disponibilidade financeira, que muitas instituições não dispõem. Mas os custos não são apenas referentes à implementação do SGQ, a manutenção do próprio sistema envolve custos materiais e humanos acrescidos.

O aumento excessivo de registos, em instituição com um número reduzido de funcionários, poderá afetar o bom funcionamento da instituição, nomeadamente no que se refere a atividades de suporte. De referenciar o excesso de registos afetos à cozinha, podendo o responsável deste sector estar mais preocupado em preencher os registos e negligenciar a tarefa principal.

Fator observado na implementação do SGQ e de grande relevância, pois afeta diretamente a implementação do SGQ, foi a resistência dos colaboradores. Inicialmente todos se mostraram colaborantes, mas no decorrer do processo, tal não se verificou. Questão esta que deverá ser tratada, e perceber, caso a caso, quais os motivos que levam cada funcionário a manter resistência às mudanças exigidas pela implementação do SGQ.

## Bibliografia

Ceribeli, H. B., & Melro, E. (2013, junho 21). *Mudança organizacional: um estudo Multicasos. Pensamento Contemporâneos da Administração*, 134-154. Obtido INE.

EFQM Publications. (2009). *O Modelo de Excelência da EFQM. Organizações excelentes alcançam e mantem níveis superiores de desempenho que satisfazem ou excedem as expectativas de todos os seus stakeholders*. Portugal. APQ.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (2005). *O inquérito*. Oeiras: Celta.

Guia, S. M. (2011). *“Impactos da implementação da Norma ISO 9001:2008 nas IPSS: Estudo de Casos Múltiplos”*. Viseu.

Henriques, R., Cunha, A., J., & Correia, L. (2008) *Implementação de um sistema de informação para a gestão da qualidade: caso de estudo de uma Ips portuguesa*. Revista ADMPG Gestão Estratégica, pp.126-130.

Hoque, Z. (2003). *Total Quality management and the balanced scorecard approach: a critical analysis of their potential relationships and the directions for research*. Critical Perspectives on Accounting, 533-566.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*.

Lei n° 102/2009 de 10 de junho. Diário da Republica, 1° serie – N 176. Obtido de <http://dre.pt/pdf1s/2009/09/17600/0616706192.pdf>.

Lebarcky, F. V., Fernandes, A. R., Mendes, A. C., & Silveira, T. S. (s.d.). *O Balanced Scorecard Como Ferramenta De Avaliação De Desempenho Organizacional No Terceiro Setor*. Brazil: Universidade Federal de Viçosa.

Louro, A. I. (2009). *Balanced Scorecard, Modelo de Escelencia EFQM e Common Assessment Framework, como instrumentos integrados de Gestão da Qualidade nos Serviços Públicos*. Beira Interior, Portugal.

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Matos, P. A. (2010). *Auto-avaliação de uma escola de ensino particular. Aplicação do Modelo de Excelência da EFQM*. Dissertação. Aveiro, Portugal.

Nogueira, T. & Saraiva, M. (2009) *Qualidade e o modelo Common Assessment Framework (CAF): Estudo empírico nos serviços académicos da Universidade de Évora*. Évora, Portugal.

*Os conceitos Fundamentais da Excelência*, (s.d). Portugal.

Pechincha, A. C. (2010). *Cultura organizacional: Influência da produtividade*. Lisboa: Faculdade de Economia e de Gestão.

Prado, L. J. (2002). *Balanced Scorecard. Guia LJP e-Zine para Balance Scorecard*. Brasil.

Qualidade, I. P. (2008). *Sistema de gestão de qualidade. ISO 9001: 2008*. Caparica, Portugal: IPQ.

Social, I. D. (2008). [http://www.cm-almodovar.pt/redesocial/documentos/Manual%20Qualidade\\_Idosos\\_MODELO\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.cm-almodovar.pt/redesocial/documentos/Manual%20Qualidade_Idosos_MODELO_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf). Obtido de Modelo de avaliação da qualidade estrutura residencial para idosos.

Sampieri, R. H. Collado, F. & Lucio. (2006). *O processo de pesquisa quantitativa e qualitativa rumo a um modelo integral* in RH Sampieri, CF Collado & PB Lucio, *Metedologia de pesquisa*. São Paulo, Brasil.

Santos, Q.G. (2013). *Satisfação de colaboradores de uma Instituição Particular de Solidariedade – IPSS*. Dissertação. Porto, Portugal.

Sílvia, J. R., & Vergara, S. C. (2002). *A mudança organizacional pela ótica dos indivíduos: Resistência ou questão de sentimentos, significado e constituição de sujeito? Encontro de estudos organizacionais*. Brasil: Observatório da realidade organizacional.

Sousa, R.D. (2007). *Qualidade na Administração Pública. O Impacto da Certificação ISO 9001:2000 na Satisfação dos Municípios*. Dissertação. Braga, Portugal.

Taylor, F. W. (1969). *Principios de la Administración Científica* (11º edición). México: Herrero Hnos. S. A.

Ujihara, H. M. Cardoso, A. A, & Chaves, C. A. (2006). *Implementação de sistema de gestão da qualidade em empresa de pequeno porte: Avaliação de resultados*. Obtido de ([http://www.apq.pt/portal/web/EFQM/Os%20Conceitos%20Fundamentais%20da%20Excel%C3%A7%C3%A3o\\_2013.pdf](http://www.apq.pt/portal/web/EFQM/Os%20Conceitos%20Fundamentais%20da%20Excel%C3%A7%C3%A3o_2013.pdf)) acedido a 19 de Julho de 2013 às 15h57m.

Watanabe, S. (1996) *O modelo japonês: A sua evolução e transferibilidadae*. Revista de administração, pp. 5-18.

[http://www.ine.pt/scripts/flex\\_definitivos/Main.html](http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html)) acedido à 18h 14m do dia 12 de Julho de 2013.

## **Anexos**



**Anexo I**  
**Inquérito Colaboradores**

**Inquérito de avaliação aos colaboradores de IPSS, no âmbito da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade**

Este inquérito destina-se aos colaboradores da Instituição, e pretende avaliar as dificuldades de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

Assinale com X a resposta correta:

Idade: \_\_\_\_

Sexo : Feminino \_\_ Masculino \_\_

Habilitações literárias:

4 Ano \_\_\_\_ Licenciatura \_\_\_\_

6 Ano \_\_\_\_ Mestrado \_\_\_\_

9 Ano \_\_\_\_ Doutoramento \_\_\_\_

12 Ano \_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na Instituição \_\_\_\_\_

As questões serão validadas de 1 a 5, sendo que:

- 1- Mau
- 2- Insuficiente
- 3- Suficiente
- 4- Bom
- 5- Muito bom

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Assinale com X a resposta que mais se adequa:

	Questões	1	2	3	4	5
1	Considera importante para a Instituição a implementação do SGQ?					
2	Como classifica o envolvimento e empenho dos colaboradores para a implementação do SGQ?					
3	Conta com a colaboração da Gestão para a implementação da do SGQ?					
4	A implementação do SGQ alterou o seu quotidiano?					
5	O tempo que dispõe o SGQ é suficiente?					

6	A sua colaboração é espontânea?						
7	Teve resistência à implementação do SGQ?						
8	Recebeu formação sobre o SGQ, como esta o ajudou?						
9	Sente necessidade de frequentar mais formações sobre o SGQ?						
10	A informação facultada pela instituição auxilia a melhorar as competências de trabalho dos colaboradores?						
11	Conhece as suas obrigações na instituição perante o SGQ?						
12	Existe informação sobre a Política da Qualidade e os objetivos da qualidade?						
13	Conhece a Missão da Instituição?						

Assinale a opção mais correta com X \_

14	A implementação do SGQ alterou o seu quotidiano?	Não	
		Sim	
15	Se respondeu sim à questão anterior, assinale a opção mais correta:	A	Têm mais tempo para as tarefas operacionais
		B	Emprega mais tempo para o SGQ
		C	Facilitou o seu trabalho
		D	Dificulta a atividades a realizar
		E	Aumentou o Stress em relação ao SGQ
16	A implementação do SGQ alterou o quotidiano dos clientes?	Não	
		Sim	
17	Se respondeu sim à questão anterior, assinale a opção mais correta:	A	Melhorou a prestação de serviços
		B	Diminuiu as reclamações
		C	Facilitou o acesso à informação
		D	Facilitou a comunicação
		E	Alterou a satisfação dos clientes perante os serviços prestados pela Instituição

18 -Têm algo que queira acrescentar?

---



**Anexo II**  
**Inquérito Liderança**



**Inquérito de avaliação à Liderança de IPSS, no âmbito da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade**

Este inquérito destina-se à Gestão da Instituição, e pretende avaliar as dificuldades de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

Assinale com X a resposta correta:

Idade: \_\_\_\_

Sexo : Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

Habilitações literárias:

4 Ano \_\_\_ Licenciatura \_\_\_

6 Ano \_\_\_ Mestrado \_\_\_

9 Ano \_\_\_ Doutoramento \_\_\_

12 Ano \_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na Instituição \_\_\_\_\_

As questões serão validadas de 1 a 5, sendo que:

- 1- Mau
- 2- Insuficiente
- 3- Suficiente
- 4- Bom
- 5- Muito bom

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Assinale com X a resposta que mais se adequa:

	Questões	1	2	3	4	5
<b>1</b>	Considera importante para a Instituição a implementação do SGQ?					
<b>2</b>	Considera importante o envolvimento e empenho da Gestão/Liderança para a implementação do SGQ?					
<b>3</b>	Os recursos financeiros são os necessários?					
<b>4</b>	O tempo que dispõe a gestão/ liderança para a sua implementação é suficiente?					
<b>5</b>	A Gestão/liderança contam com a colaboração dos funcionários					

APNOR – Agrupamento de Politécnicos do Norte  
Mestrado Gestão das Organizações- Ramo Empresas  
Discente: Sandra Castro

	para a implementação da do SGQ?						
6	A colaboração dos funcionários é espontânea?						
7	Existem funcionários resistentes à implementação do SGQ?						
8	A estes funcionários, mais resistentes, a Liderança/Gestão desenvolve ações de formação para diminuir a resistência e aumentar a colaboração?						
9	Os colaboradores estão envolvidos na implementação do SGQ?						
10	Foram realizadas formações para explicar o SGQ aos funcionários?						
11	Os seus colaboradores sabem qual é a Missão da vossa Instituição?						
12	Melhorou a comunicação entre a liderança e os colaboradores?						
13	Existe informação sobre a Política da Qualidade e os objetivos da qualidade?						

Assinale a opção mais correta com X \_

14	A implementação do SGQ alterou o quotidiano da Gestão/Liderança?	Não	
		Sim	
15	Se respondeu sim à questão anterior, assinale a opção mais correta:	A	Têm mais tempo para as tarefas operacionais
		B	Emprega mais tempo para o SGQ
		C	Facilitou o seu trabalho
		D	Dificulta a atividades a realizar
		E	Aumentou o Stress em relação ao SGQ
16	A implementação do SGQ alterou o quotidiano dos clientes?	Não	
		Sim	
17	Se respondeu sim à questão anterior, assinale a opção mais correta:	A	Melhorou a prestação de serviços
		B	Diminuiu as reclamações
		C	Facilitou o acesso à informação
		D	Facilitou a comunicação
		E	Alterou a satisfação dos clientes perante os serviços prestados pela Instituição

<b>18</b>	A implementação do SGQ alterou o quotidiano dos colaboradores?		Não	
			Sim	
<b>19</b>	Se respondeu sim à questão anterior, assinale a opção mais correta:	A	Têm mais tempo para as tarefas operacionais	
		B	Emprega mais tempo para o SGQ	
		C	Facilitou o seu trabalho	
		D	Dificulta a atividades a realizar	
		E	Aumentou o Stress em relação ao SGQ	

**20-** Têm algo que queira acrescentar?

---

---

---

---

---



## **Anexo III**

### **Documentos realizados no âmbito da implementação do SGQ no CPSM**





*Abordagem Inicial de um Sistema de Qualidade numa  
IPSS*

Trabalho prático

Sandra Castro

Orientador: Doutor Rui Alves

## Índice

Processo Liderança.....	95
Processo Liderança.....	139
Procedimentos .....	139
Processo Liderança.....	153
Registos .....	153
Subprocesso gestão de recursos e parcerias.....	163
Gestão financeira .....	163
Procedimentos .....	163
Subprocesso Gestão de Recursos e parcerias .....	167
Gestão Financeira .....	167
Registos .....	167
Subprocesso gestão de Recursos e parcerias .....	179
Gestão da informação .....	179
Subprocesso Gestão de Recursos e parcerias .....	217
Gestão da Informação .....	217
Registos .....	217
Subprocesso Gestão de Recursos e parcerias.....	230
Gestão de Equipamento e Materiais.....	230
Procedimentos .....	230
Subprocesso Gestão de Recursos e Parcerias.....	250
Manutenção de equipamentos e materiais .....	250
Registos .....	250
Subprocesso Gestão de Recursos e Parcerias.....	271
Gestão de Segurança .....	271
Procedimentos .....	271
Plantas de emergência do CPSM.....	299
Subprocesso de Gestão de Recursos e parcerias.....	302
Gestão da Segurança .....	302
Registos .....	302

## **Processo Liderança**



LIDERANÇA PLANEAMENTO E  
ESTRATÉGIA”



## **CRITÉRIO 1**

### ***“LIDERANÇA PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA”***

Este critério como a gestão desenvolve e prossegue a missão, a visão e os valores da organização e como a organização formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e ações.

#### ***a) Estão definidas as declarações da Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade da Resposta Social?***

As evidências observadas para este critério, no Centro Paroquial e Social de Moure, estão definidas da seguinte forma:

#### **Missão**

Contribuir para o desenvolvimento harmonioso e integração na comunidade da população envelhecida, trabalhando em parceria com as famílias na prestação serviços de carácter temporário e/ou permanente. Prestar serviços cada vez mais qualificados e certificados através de uma política de melhoria contínua, tendo em conta a satisfação das necessidades dos utentes e respetivos familiares.

#### **Visão**

Demarcar-se das demais instituições análogas pela primazia da qualidade nos serviços prestados aos cidadãos em particular e à comunidade no todo.

#### **Valores**

Solidariedade, confiança e respeito.

#### **Política de Qualidade**

A política de qualidade assenta na missão, visão, valores e responsabilidade de todos os colaboradores assumindo:

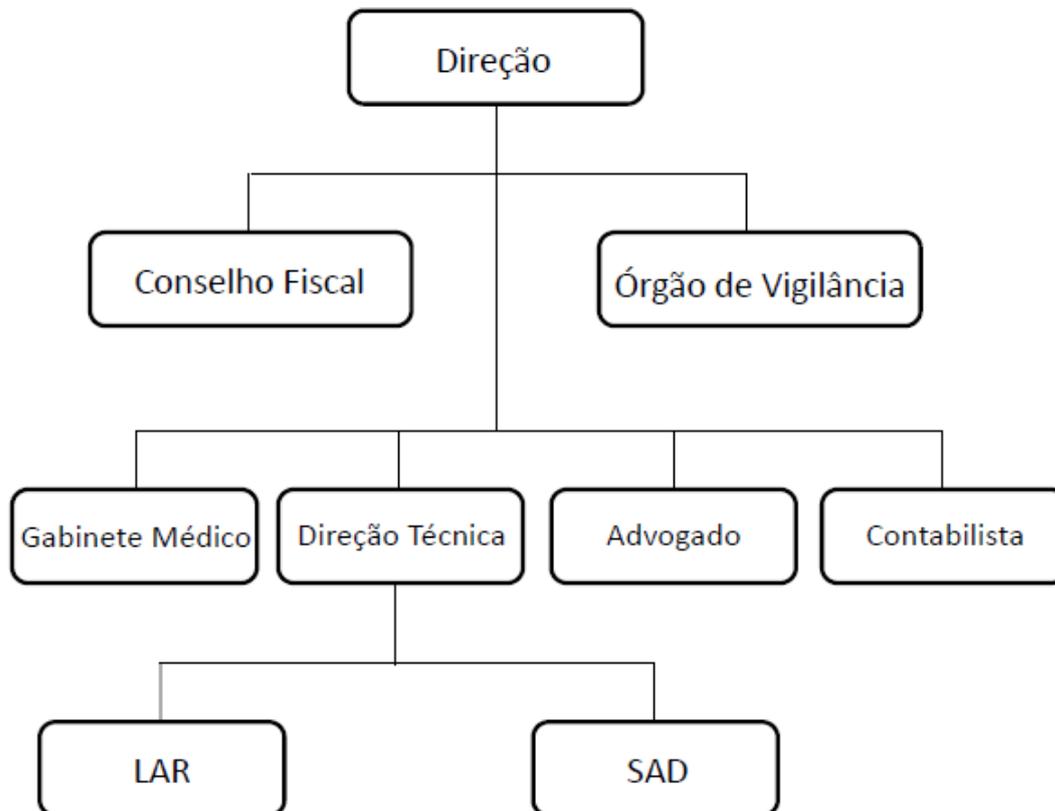
- O fornecimento de serviços no domínio do apoio aos idosos e familiares que garantam e excedam sempre que possível a satisfação das suas necessidades;
- Fomentar a inovação e a melhoria contínua da qualidade técnica dos nossos serviços procurando a permanente atualização de conhecimentos e a aquisição de potencial;
- A promoção da relação com o cliente permitindo obter em curto prazo o retorno do grau de satisfação do mesmo e permitindo satisfazer novas necessidades sempre que estas surjam, conduzindo a nossa atividade de forma justa e ética;
- Uma preocupação visível e efetiva com as questões ambientais, tomando sempre que viável decisões que minimizem o impacto ambiental das ações.

***b) A Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade da Resposta Social são:***

- *Escritas em linguagem simples, com caracteres facilmente legíveis e clara de modo a que os clientes entendam*
- *Expostas em lugar visível para os clientes, colaboradores e público em geral*

A Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade estão escritas de forma clara e perceptível e afixadas em local público, no painel de informações.

**c) Existe um organograma da Resposta Social?**



**d) Estão definidas as funções, responsabilidades e autonomias para cada nível de gestão?**

**Direção**

**Presidente:**

1. Superintender na administração do Centro, orientando e fiscalizando os respetivos serviços;
2. Convocar e presidir às reuniões da Direção, dirigindo os respetivos trabalhos;
3. Assinar e rubricar os termos de abertura e encerramento e rubricar o livro de atas da Direção;

4. Despachar os assuntos normais de expediente e outros que careçam de solução urgente, sujeitando estes últimos à confirmação da Direção na primeira reunião seguinte;
5. Representar o Centro em juízo e fora dele.

**Vice-Presidente:**

1. Coadjuvar o Presidente no exercício das suas funções e atribuições e substituí-lo nas suas ausências e impedimentos.

**Secretário:**

2. Lavrar as atas das reuniões da Direção;
3. Preparar a agenda de trabalhos para as reuniões da Direção, organizando os processos dos assuntos a serem tratados;
4. Superintender nos serviços de secretaria.

**Tesoureiro:**

1. Receber e guardar os valores do Centro;
2. Promover a escrituração de todos os livros de receitas e despesas;
3. Assinar as autorizações de pagamento e as guias de receita conjuntamente com o Presidente;
4. Apresentar, mensalmente, à Direção o balancete em que se discriminarão as receitas e despesas do mês anterior;
5. Superintender nos serviços de contabilidade e tesouraria.

**Direção Técnica**

**No âmbito da Gestão:**

1. Dirigir o funcionamento da estabelecimento dentro das regras definidas pela Direção da Instituição, coordenando e supervisionando as atividades do restante pessoal;

2. Criar condições que garantam um clima de bem-estar aos utentes, no respeito pela sua privacidade, autonomia e participação dentro dos limites das suas capacidades físicas e cognitivas;
3. Providenciar para que a alimentação seja confeccionada e servida nas melhores condições, elaborando ementas em articulação com o sector da cozinha, do economato, dos serviços clínicos de apoio ao estabelecimento, procedendo à sua afixação nos termos da legislação em vigor;
4. Solicitar aos serviços competentes, nomeadamente à Segurança Social, seu interlocutor privilegiado, esclarecimento da natureza técnica inerente ao funcionamento, tendo em vista a sua melhoria;
5. Promover reuniões de trabalho com utentes e com os colaboradores, dispensando especial atenção à questão do relacionamento (interpessoal) prevenindo a conflitualidade e reforçando a autoestima de todos os intervenientes na vida do estabelecimento;
6. Auscultar os colaboradores no que respeita à sua formação e propor Ações de acordo com as necessidades e interesse manifestado (s);
7. Fomentar a participação dos idosos na vida diária do estabelecimento;
8. Elaborar o horário de trabalho dos colaboradores;
9. Propor a admissão de colaboradores, sempre que o bom funcionamento do serviço o exija;
10. Propor a contratação eventual de colaboradores, na situação de faltas prolongadas de colaboradores efetivos;
11. Propor à Direção a aquisição de equipamento necessários ao funcionamento do estabelecimento, bem como a realização de obras de conservação e reparação sempre que se tornem indispensáveis;
12. Colaborar na definição de critérios justos e objetivos para a avaliação periódica da prestação de serviço dos colaboradores, com vista à sua promoção;
13. Elabora o mapa de férias e folgas dos colaboradores.

**No âmbito Social:**

1. Estudar a situação – económica e familiar dos candidatos à admissão, recorrendo, obrigatoriamente, à visita domiciliária;
2. Estudar e propor a comparticipação do utente de acordo com os critérios definidos;
3. Proceder ao acolhimento dos utentes com a vista a facilitar a sua integração;
4. Organizar e manter atualizado o processo individual de cada utente, fazendo parte do mesmo, para além das peças já referidas, toda a documentação de carácter confidencial. Apenas o pessoal técnico deverá ter acesso a este ficheiro;
5. Fomentar e reforçar as relações entre os utentes, os familiares, os amigos e a comunidade em geral;
6. Tomar conhecimento da saída dos utentes;

**No âmbito Gerontológico:**

1. Conhecer os processos normais de envelhecimento detetando atempadamente desvios de carácter patológico;
2. Gerir, administrar e organizar serviços de preservação do bem-estar das comunidades em envelhecimento.
3. Implementar programas de prevenção e promoção dos processos de desenvolvimento no idoso;
4. Avaliar problemas de envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar nas populações idosas;
5. Participar de forma ativa na avaliação multidisciplinar dos gerontes, supervisionando o cumprimento e a vigilância das prescrições clínica e ou terapêutica, com a finalidade de promover o suporte e a segurança para o bem-estar dos indivíduos;
6. Intervir na comunidade, junto dos idosos e prestadores de cuidados (formais e informais);
7. Acompanhar e/ou encaminhar os idosos em situações agudas, reabilitação e morte;
8. Participar em trabalhos de investigação clínica e de saúde pública com vista ao estabelecimento dos padrões de qualidade de vida das populações em envelhecimento;

9. Intervir ao nível da prevenção e promoção da saúde;
10. Intervir nas áreas da investigação científica, de gestão e de ensino, seja em iniciativas institucionais, seja em Projetos interinstitucionais.

#### **No âmbito animação/ocupação**

11. Elaborar o plano anual de atividades com a participação de outros técnicos e dos próprios utentes;
12. Incentivar a organização de atividades abertas à comunidade, fomentando a interação entre as diversas instituições sobretudo ao nível do concelho;
13. Fomentar a participação dos idosos na vida diária do estabelecimento

#### ***e) Estão definidos os objetivos estratégicos e operacionais (Plano de Ação/Atividades) da Resposta Social?***

1. Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas
2. Minimizar o risco de isolamento e exclusão social
3. Garantir um apoio facilitado aos familiares através de encontros intergeracionais
4. Garantir um papel mais ativo dos utentes na comunidade
5. Potencializar um conjunto de ações destinadas a promover a convivência, participação e integração dos indivíduos na vida social
6. Melhor o desempenho financeiro
7. Investir nas pessoas
8. Investir na implementação e precursão de processos de Gestão da Qualidade

#### **Objetivo Geral**

Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, minimizando o risco de isolamento e exclusão social

#### **Objetivos Operacionais**

1. Promover um apoio facilitado ao contato entre a totalidade dos utentes e os seus familiares/representantes legais.

2. Promover a participação dos utentes nas atividades realizadas pela instituição em parceria com a comunidade.
3. Potencializar ações anuais destinadas a promover a convivência, participação e integração dos indivíduos na vida social.
4. Promover atividades anuais que fomentem a solidariedade inter-geracional.
5. Promover a qualidade de vida através da prestação de um serviço de apoio ao domicílio, onde são prestadas atividades de entrega de refeições, limpeza da habitação, de roupas e higienização e acompanhamento do idoso ao exterior.
6. Diminuir em 5% as despesas do balanço anual e aumentar 2%.
7. Aumentar o fluxo de informação, administrar formação num crescimento de 10% à existente e potenciar o crescimento humano quer a nível pessoal quer a nível profissional.
8. Gerir os processos da Qualidade numa visão hierárquica horizontal, envolvendo e responsabilizando as pessoas para a prossecução dos objetivos.

**g) Os objetivos operacionais são desdobrados em planos e atividades para cada serviço?**

**1. Promover um apoio facilitado ao contato entre a totalidade dos Clientes e os seus familiares/representantes legais.**

**2.**

**Atividades:**

- Alargar os horários de visita na instituição;
- Dar apoio ao cuidador e instruí-lo para o cuidado e para a criação de estratégias facilitadoras de forma a reduzir o seu próprio stress

**Indicadores:**

- Aumento de 20% do número de visitas realizadas pelos familiares aos clientes.

**3. Promover a participação dos utentes nas atividades realizadas pela instituição em parceria com a comunidade.**

**Atividades:**

- Estabelecer parcerias com a igreja e a autarquia no âmbito de atividades/passeios;
- Promover o intercâmbio entre idosos residentes e os do SAD e respetivas famílias;
- Promover a divulgação dessas atividades com o intuito de aumentar a participação dos utentes.

**Indicadores:**

- Que pelo menos 50% dos utentes participem nas atividades realizadas em parceria com a comunidade.

**4. Potencializar ações anuais destinadas a promover a convivência, participação e integração dos indivíduos na vida social.**

**Atividades**

- Programação das festividades anuais (Carnaval, Páscoa, Dia Mundial da Criança, Dia do Idoso, São Martinho, Natal e Festas da Localidade);
- Estimular a auto-ajuda entre idosos na prossecução das tarefas sociais (banco, segurança social, correios, etc.).

**Indicadores:**

- Realizar 6 de ações realizadas com o intuito de promover convivência, participação e integração dos indivíduos na vida social.

**5. Promover atividades anuais que fomentem a solidariedade intergeracional.**

**Atividades**

- Programação de uma atividade comemorativa do dia Mundial da criança em parceria com as escolas;
- Promoção de visitas regulares dos alunos do Pré-escolar/Primária à instituição;
- Participação nas atividades promovidas pelo comunidade escolar;

- Promoção de passeios envolvendo as instituições jovens da freguesia (escuteiros, catequese, escolas).

**Indicadores:**

- Realizar 4 ações para fomentar a solidariedade intergeracional.

**6. Promover a qualidade de vida através da prestação de um serviço de apoio ao domicílio, onde são prestadas atividades de entrega de refeições, limpeza da habitação, de roupas e higienização e acompanhamento do idoso ao exterior.**

**7.**

**Atividades**

- Entrega de refeições diárias;
- Limpeza habitacional de acordo com o número de vezes pré estabelecido com o utente;
- Limpeza e tratamento de roupas de acordo com o número de vezes pré estabelecido com o utente;
- Acompanhamento ao exterior nas situações solicitadas pelo utente.

**Indicadores:**

- Que pelo 80% dos utentes classifiquem a qualidade do serviço prestado com um grau de satisfação superior a 90% (nos inquéritos de satisfação a aplicar)
- Que sejam entregues 100% das refeições diárias indicadas para cada utente
- Que sejam efetuadas 100% das limpezas habitacionais pré-estabelecidas por utente.
- Que sejam efetuadas 100% das ações de tratamento de roupa solicitadas por utente.
- Que sejam solicitados pelo menos 90% dos pedidos de acompanhamento ao exterior.

**8. Melhor o desempenho financeiro**

**Atividade**

- Reavaliação de orçamentos de produtos e serviços

- Renegociação com fornecedores
- Procura de novos fornecedores
- Angariação de novos clientes
- Criação de novas parcerias

#### **Indicadores**

- Diminuir em 5% o consumo de ambas as valências.
- Aumentarem 2% a prestação de serviços no SAD.

### **9. Investir nas pessoas**

#### **Atividades**

- Difundir toda a informação não confidencial e útil à precursão das tarefas por todos os colaborardes
- E promover ações de formação mediante as necessidades observadas na avaliação de desempenho
- Apostar na valorização pessoal e profissional de cada colaborador e incentivar para a inovação

#### **Indicadores**

- Diminuir em 10% o número de solicitações e esclarecimentos acerca dos processos
- Formar pelo menos, 30% dos colaboradores em ações promotoras do desenvolvimento profissional
- Permitir aos colaboradores o seu desenvolvimento e premiar a inovação

### **10. Investir na implementação e precursão de processos de Gestão da Qualidade**

#### **Atividades**

- Implementar e monitorizar os processos Meios do MAQ

### Indicadores

- A operacionalização de cada processo Meios do MAQ adaptadas à realidade da instituição

***h) Os serviços e colaboradores têm conhecimento dos objetivos, planos e atividades, da sua responsabilidade?***

Os objetivos estão afixados no placard situado à entrada principal do Centro Paroquial e Social de Moure. Este local é acessível a todos os colaboradores, utentes e familiares. É igualmente fornecida uma cópia deste documento a cada colaborador que terá que assinar a tomada do seu conhecimento.

***i) Os objetivos, planos e atividades de cada serviço foram estabelecidos através de negociação interna com os colaboradores e em articulação com os clientes***

Este critério não se aplica para o cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C

***j) São elaborados relatórios para verificar se estão a ser atingidos os objetivos definidos?***

Cada atividade desenvolvida é alvo de registo numa “Instrução de Trabalho” onde é descrita de forma detalhada a sua realização.

Estas “Instruções de Trabalho” são verificadas e confrontadas com os “Procedimentos” previamente definidos e onde estão descritas todas as atividades bem como os métodos de realização e gestão das mesmas.

É então elaborado um relatório onde se conclui que os dados obtidos através da análise das “Instruções de Trabalho” se encontram dentro do padrão estabelecido nos “Procedimentos”, tendo sido alcançados os objetivos. Se, pelo contrário, surgiram atividades não desenvolvidas conforme o estabelecido, serão identificadas as causas e será traçado um plano de correções onde serão propostos novos objetivos e novas metas.

*k) Está estabelecida uma metodologia de comunicação dos objetivos estratégicos, planos e relatórios de atividade a todas as partes interessadas (clientes, família, colaboradores, parceiros)*

Este critério não se aplica para o cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C

*l) Estão estabelecidos e são quantificados os objetivos da qualidade (redução do n.º de reclamações em x%, aumentar a satisfação do cliente x%, obter a certificação em x tempo, aumentar o n.º atividades que correspondem às necessidades individuais dos clientes em x%)*

Este critério não se aplica para o cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C

*m) Está definido um Plano da Qualidade onde são identificados e planeados os recursos necessários, para atingir os objetivos da qualidade e ações de melhoria definidas*

Este critério não se aplica para o cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C

*n) O Plano da Qualidade é comunicado a todas as partes interessadas (colaboradores, clientes, famílias, parceiros)*

Este critério não se aplica para o cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C

## Processo Liderança

O Processo Liderança & Gestão tem como foco principal toda a estrutura do CPSM, nomeadamente todo o seu campo de atuação está virado para o desenvolvimento do propósito do CPSM, ou seja, a sua Missão, Visão e Política da qualidade para que se alcance uma elevada a satisfação dos seus clientes. A satisfação de clientes deverá ser resultado da prestação dos serviços oferecidos aos seus clientes, incluindo nestes serviços as atividades de suporte e as atividades operacionais.

Para tal, é fundamental o desempenho da Direção do CPSM, pois é a Liderança que lhe está incumbida desenhar a estratégia. Cabe à direção o planeamento e respetivo controlo de todas as atividades. A Direção e corpo técnico deverão definir a Missão, Visão, Valores e a Política da Qualidade. Sendo que numa fase posterior à formulação destes pontos fundamentais de uma Instituição, definir-se-ão os objetivos gerais e operacionais do CPSM. A liderança deverá ter definido os objetivos a alcançar e medidas através de indicadores. Todos os objetivos operacionais deverão ser desdobrados em atividades e para a realização destas a liderança deverá prever os recursos consumidos, qual o responsável pela verificação da atividade e a equipa envolvida na operacionalização desta. A implementação de atividades desenhadas com o objetivo traçado deverão ser planeadas, quer na sua implementação quer na monitorização. Este processo permite ao CPSM analisar as atividades implementadas, verificar se os objetivos foram alcançados e implementar ações de melhoria.

Ao Processo Liderança & Gestão está-lhe associado os seguintes Procedimentos:

- Liderança (Missão, Visão, Valores e política da qualidade)
- Procedimento Auditorias Internas
- Procedimento elaboração de relatório
- Procedimento ações corretivas e preventivas
- Procedimento Elaboração e controlo de Procedimentos
- Procedimento Elaboração e controlo de Registos

A este Processo estão-lhe associados os seguintes Registos:

- Relatório
- Relatório Auditoria

Será corpo integrante deste Processo um Plano de Melhoria, Controlo de Procedimentos e o Controlo de Registos referentes ao Processos do SGQ do CPSM.

O Processo Liderança incorre nos inputs, ou seja, nas entradas e nos output, nas saídas. Isto é, as entradas é o que entra no processo, como o resultado obtido nas auditorias da qualidade, análise dos resultado dos inquéritos de satisfação dos clientes, a análise do alcance dos objetivos e as ações corretivas e preventivas a implementar.

Os outputs, são o resultado final do processo Liderança, ou seja, a reformulação de objetivos e a melhoria dos Processos do SGQ obtido através da implementação de ações de melhoria, podendo ser o resultado das ações preventivas ou de ações remediativas.

Input	Processo	Output
Resultado das auditorias do SGQ	PL&G Liderança & Gestão	Objetivos gerais e operacionais
Resultado dos inquéritos de Avaliação da Satisfação dos Clientes		Melhoria do SGQ
Inconformidades nos serviços		Melhoria do Processos
Ações corretivas e preventivas implementadas		Melhoria de desempenho dos Processos
Objetivos		Melhoria dos Serviços
Sugestões de Melhoria		Avaliação dos recursos disponíveis
Alterações nos serviços e no SGQ		Ações corretivas e preventivas implementadas
	Necessidade de Formação	

2013

# Manual da qualidade do CPSM



Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Promulgação.....	4
Instituição:.....	4
História do Centro Paroquial e Social de Moura.....	4
Sede do CPSM.....	5
Constituição e identificação fiscal.....	5
Como chegar ao CPSM.....	6
Contatos.....	6
Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.....	6
Melhoria contínua: ciclo PDCA.....	8
Organograma.....	9
As funções, responsabilidades e autonomias para cada nível de gestão.....	9
Direção.....	9
Direção Técnica.....	10
Objetivos.....	13
Objetivos Gerais.....	13
Os objetivos operacionais desdobrados em planos e atividades.....	13
Serviços prestados.....	14
Lar.....	14
Serviços Administrativos/Secretaria.....	15
Serviço Psico-social.....	15
Acompanhamento Médico.....	15
Serviços Enfermagem.....	15
Serviço de Animação.....	15
Serviço de Apoio Gerontológico.....	15
Serviço de Animação da Fé.....	16
SAD.....	16
Alimentação.....	16
Higiene Pessoal.....	16
Higiene Habitacional.....	16
Tratamento de Roupas.....	16
Outros Serviços.....	16
Estrutura documental do SGQ.....	17
Identificação dos Processos.....	19
Lista de Documentos.....	22

## Promulgação

A Direção do Centro Paroquial e Social de Moure decidiu pela implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, tendo-se comprometendo à adoção deste sistema de Gestão, com o objetivo de garantir a prestação de serviços de qualidade e com suporte documental de todo o Centro Paroquial e Social de Moure. O suporte documental refere-se às competências, procedimentos e funções que constituem o conjunto de requisitos estabelecidos para o Sistema de Gestão da Qualidade.

Mediante as dificuldades económicas que as Ipss's atravessam, os seus desafios são acrescidos, e equiparados aos desafios que são colocados às empresas, tal como serem autossustentáveis, serem reconhecidas pela sua estratégia de imagem conseguida pela prestação dos seus serviços ao cliente. Esta imagem criada pela satisfação dos seus clientes. Para tal o CPSM considerou que para a Instituição tornou-se urgente uma mudança interna, com a finalidade de criar e melhorar competências através dos recursos internos.

## **Instituição:**

### **História do Centro Paroquial e Social de Moure**

O Centro Paroquial e Social de Moure, sua designação jurídica nomeia-se por pessoa jurídica canónica pública, por decreto do Arcebispo Primaz de Braga. Segundo o DL n°119/83, fica integrado da ordem civil como instituição Particular de solidariedade Social (IPSS), sem fim lucrativo (IPSS), o seu maior objetivo é ajudar os idosos carenciados da freguesia e restantes localidades.

O Centro é composto por um conjunto de valências, sendo estas: apoio domiciliário, apoio na alimentação no domicílio; Serviços de higiene pessoal, habitacional e tratamento de roupa.

Este «Centro Paroquial e Social de Moure» foi inaugurado no dia 17/02/1988 possui capacidades para 6 Idosos, ou seja 3 homens e 3 mulheres. O centro acolhe pessoas de ambos os sexos, para lhe proporcionar um ambiente saudável de convívio; promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados; assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento; promover a participação ativa dos clientes ou seus representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais. Tem

por objetivo essencial facultar respostas de ação social direcionadas para a terceira idade, através da concessão de bens e da prestação de serviços, nomeadamente: apoio às famílias; proteção dos cidadãos na velhice e em todas as situações de carência ou de incapacidade para o trabalho; promoção da educação e da formação profissional; apoio à integração social e comunitária; e com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos.

O aparecimento desta resposta social surge da necessidade de diversificar as estruturas de apoio à população idosa no concelho, dado que para além de insuficientes, não respondem adequadamente às necessidades da maioria dos idosos.

### **Sede do CPSM**

O Centro tem a sua sede na Avenida Padre Mário, freguesia de Moure, concelho de Vila Verde, Distrito de Braga.

### **Constituição e identificação fiscal**

Designação: Centro Paroquial Social Moure

Morada: Avenida Padre Mário

Localidade: Moure

NISS (Número de Identificação da Segurança Social): 20004447743

NIF (Número de Identificação Fiscal): 502037849

### Como chegar ao CPSM



#### Contatos

Avenida Padre Mário  
4730- 300 Moure  
Vila Verde

Telefone: 253 927334

Telemóvel: 93 7999991

Email: [cpsmoure@gmail.telepac.pt](mailto:cpsmoure@gmail.telepac.pt)

#### Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade

As evidências observadas para este critério, no Centro Paroquial e Social de Moure, estão definidas da seguinte forma:

#### Missão

Contribuir para o desenvolvimento harmonioso e integração na comunidade da população envelhecida, trabalhando em parceria com as famílias na prestação serviços de carácter temporário e/ou permanente. Prestar serviços cada vez mais qualificados e certificados

através de uma política de melhoria contínua, tendo em conta a satisfação das necessidades dos utentes e respetivos familiares.

### **Visão**

Demarcar-se das demais instituições análogas pela primazia da qualidade nos serviços prestados aos cidadãos em particular e à comunidade no todo.

### **Valores**

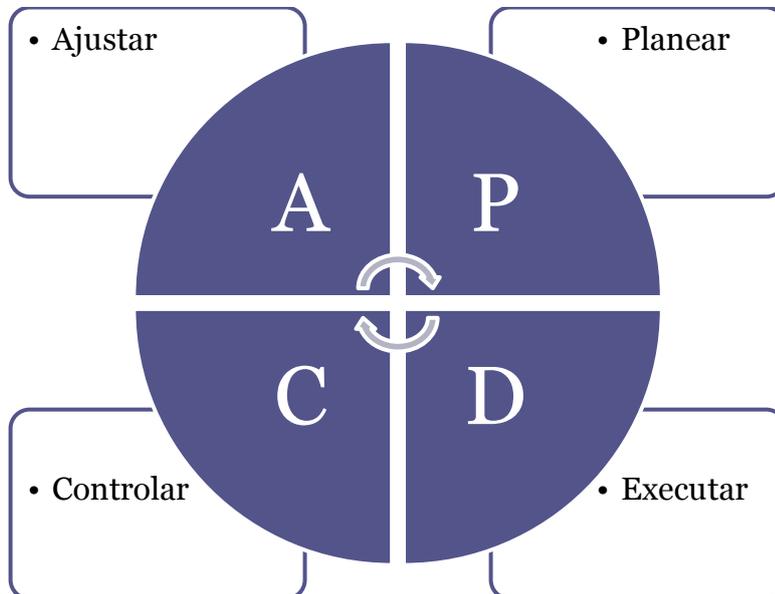
Solidariedade, confiança e respeito.

### **Política de Qualidade**

A política de qualidade assenta na missão, visão, valores e responsabilidade de todos os colaboradores assumindo:

- O fornecimento de serviços no domínio do apoio aos idosos e familiares que garantam e excedam sempre que possível a satisfação das suas necessidades;
- Fomentar a inovação e a melhoria contínua da qualidade técnica dos nossos serviços procurando a permanente atualização de conhecimentos e a aquisição de potencial;
- A promoção da relação com o cliente permitindo obter em curto prazo o retorno do grau de satisfação do mesmo e permitindo satisfazer novas necessidades sempre que estas surjam, conduzindo a nossa atividade de forma justa e ética;
- Uma preocupação visível e efetiva com as questões ambientais, tomando sempre que viável decisões que minimizem o impacto ambiental das ações.

### Melhoria continua: ciclo PDCA



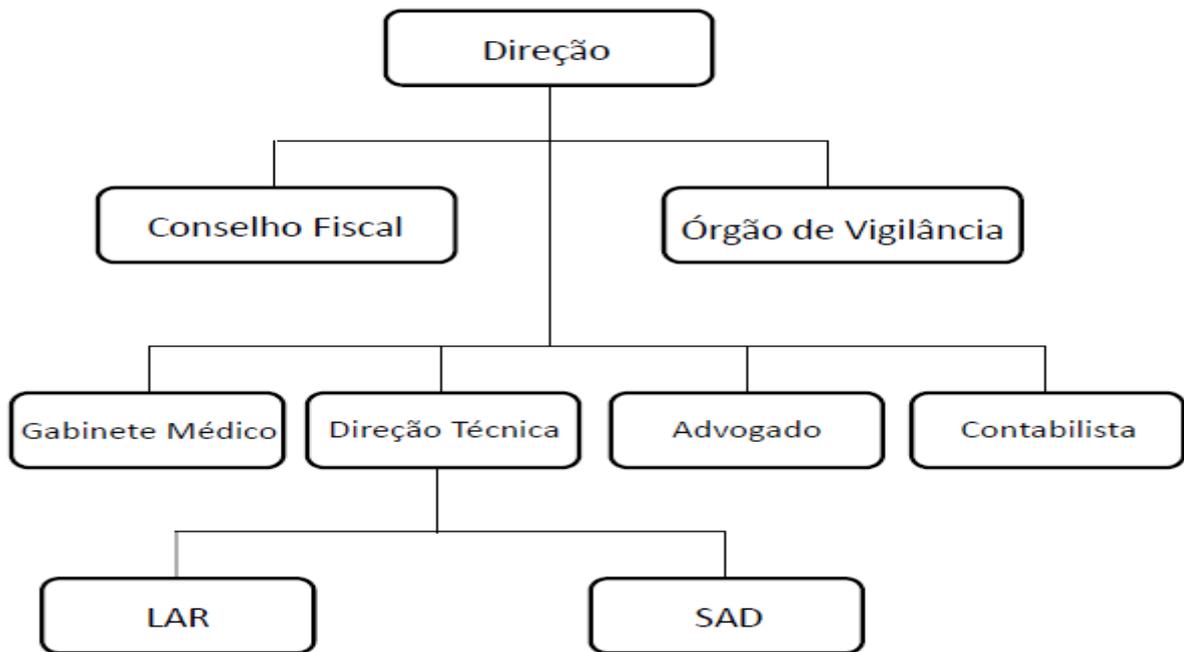
**Planear:** identificar a ação necessária ou identificação do problema, procedendo à análise e planejar as ações a implementar.

**Executar:** implementar as ações planeadas anteriormente, com o intuito de colmatar a necessidade ou anomalia identificada.

**Controlar:** verificar a execução das ações implementadas e qual a eficácia das mesmas.

**Ajustar:** sempre que uma ação implementada não atinja o objetivo traçado na sua implementação, deverá ser novamente analisado e planeada nova ação corretiva.

## Organograma



As funções, responsabilidades e autonomias param cada nível de gestão

### Direção

#### Presidente:

6. Superintender na administração do Centro, orientando e fiscalizando os respetivos serviços;
7. Convocar e presidir às reuniões da Direção, dirigindo os respetivos trabalhos;
8. Assinar e rubricar os termos de abertura e encerramento e rubricar o livro de atas da Direção;
9. Despachar os assuntos normais de expediente e outros que careçam de solução urgente, sujeitando estes últimos à confirmação da Direção na primeira reunião seguinte;
10. Representar o Centro em juízo e fora dele.

**Vice-Presidente:**

5. Coadjuvar o Presidente no exercício das suas funções e atribuições e substituí-lo nas suas ausências e impedimentos.

**Secretário:**

6. Lavrar as atas das reuniões da Direção;
7. Preparar a agenda de trabalhos para as reuniões da Direção, organizando os processos dos assuntos a serem tratados;
8. Superintender nos serviços de secretaria.

**Tesoureiro:**

6. Receber e guardar os valores do Centro;
7. Promover a escrituração de todos os livros de receitas e despesas;
8. Assinar as autorizações de pagamento e as guias de receita conjuntamente com o Presidente;
9. Apresentar, mensalmente, à Direção o balancete em que se discriminarão as receitas e despesas do mês anterior;
10. Superintender nos serviços de contabilidade e tesouraria.

**Direção Técnica**

**No âmbito da Gestão:**

14. Dirigir o funcionamento da estabelecimento dentro das regras definidas pela Direção da Instituição, coordenando e supervisionando as atividades do restante pessoal;
15. Criar condições que garantam um clima de bem-estar aos utentes, no respeito pela sua privacidade, autonomia e participação dentro dos limites das suas capacidades físicas e cognitivas;
16. Providenciar para que a alimentação seja confecionada e servida nas melhores condições, elaborando ementas em articulação com o sector da cozinha, do economato, dos serviços clínicos de apoio ao estabelecimento, procedendo à sua afixação nos termos da legislação em vigor;

17. Solicitar aos serviços competentes, nomeadamente à Segurança Social, seu interlocutor privilegiado, esclarecimento da natureza técnica inerente ao funcionamento, tendo em vista a sua melhoria;
18. Promover reuniões de trabalho com utentes e com os colaboradores, dispensando especial atenção à questão do relacionamento (interpessoal) prevenindo a conflitualidade e reforçando a autoestima de todos os intervenientes na vida do estabelecimento;
19. Auscultar os colaboradores no que respeita à sua formação e propor Ações de acordo com as necessidades e interesse manifestado (s);
20. Fomentar a participação dos idosos na vida diária do estabelecimento;
21. Elaborar o horário de trabalho dos colaboradores;
22. Propor a admissão de colaboradores, sempre que o bom funcionamento do serviço o exija;
23. Propor a contratação eventual de colaboradores, na situação de faltas prolongadas de colaboradores efetivos;
24. Propor à Direção a aquisição de equipamento necessários ao funcionamento do estabelecimento, bem como a realização de obras de conservação e reparação sempre que se tornem indispensáveis;
25. Colaborar na definição de critérios justos e objetivos para a avaliação periódica da prestação de serviço dos colaboradores, com vista à sua promoção;
26. Elabora o mapa de férias e folgas dos colaboradores.

**No âmbito Social:**

7. Estudar a situação – económica e familiar dos candidatos à admissão, recorrendo, obrigatoriamente, à visita domiciliária;
8. Estudar e propor a comparticipação do utente de acordo com os critérios definidos;
9. Proceder ao acolhimento dos utentes com a vista a facilitar a sua integração;
10. Organizar e manter atualizado o processo individual de cada utente, fazendo parte do mesmo, para além das peças já referidas, toda a documentação de carácter confidencial. Apenas o pessoal técnico deverá ter acesso a este ficheiro;

11. Fomentar e reforçar as relações entre os utentes, os familiares, os amigos e a comunidade em geral;
12. Tomar conhecimento da saída dos utentes;

**No âmbito Gerontológico:**

14. Conhecer os processos normais de envelhecimento detetando atempadamente desvios de carácter patológico;
15. Gerir, administrar e organizar serviços de preservação do bem-estar das comunidades em envelhecimento.
16. Implementar programas de prevenção e promoção dos processos de desenvolvimento no idoso;
17. Avaliar problemas de envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar nas populações idosas;
18. Participar de forma ativa na avaliação multidisciplinar dos gerontes, supervisionando o cumprimento e a vigilância das prescrições clínica e ou terapêutica, com a finalidade de promover o suporte e a segurança para o bem-estar dos indivíduos;
19. Intervir na comunidade, junto dos idosos e prestadores de cuidados (formais e informais);
20. Acompanhar e/ou encaminhar os idosos em situações agudas, reabilitação e morte;
21. Participar em trabalhos de investigação clínica e de saúde pública com vista ao estabelecimento dos padrões de qualidade de vida das populações em envelhecimento;
22. Intervir ao nível da prevenção e promoção da saúde;
23. Intervir nas áreas da investigação científica, de gestão e de ensino, seja em iniciativas institucionais, seja em Projetos interinstitucionais.

**No âmbito animação/ocupação**

24. Elaborar o plano anual de atividades com a participação de outros técnicos e dos próprios utentes;

25. Incentivar a organização de atividades abertas à comunidade, fomentando a interação entre as diversas instituições sobretudo ao nível do concelho;
26. Fomentar a participação dos idosos na vida diária do estabelecimento

## Objetivos

### Objetivos Gerais

9. Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas
10. Minimizar o risco de isolamento e exclusão social
11. Garantir um apoio facilitado aos familiares através de encontros intergeracionais
12. Garantir um papel mais ativo dos utentes na comunidade
13. Potencializar um conjunto de ações destinadas a promover a convivência, participação e integração dos indivíduos na vida social

### Os objetivos operacionais desdobrados em planos e atividades

1. Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas através de apoio ao domicílio, onde são prestadas as seguintes atividades:
  - Entrega de refeições,
  - Limpeza da habitação, de roupas e higienização
  - Acompanhamento do idoso ao exterior da sua habitação
1. Minimizar o risco de isolamento e exclusão social
  - Promover e motivar o idoso para que, sempre que possível, se insira em atividades sociais e comunitárias
2. Garantir um apoio facilitado aos familiares através de encontros intergeracionais:
  - Alargar os horários de visita na instituição
  - Dar apoio ao cuidador e instruí-lo para o cuidado e para a criação de estratégias de enfrentamento, de forma a reduzir o seu próprio stress.
3. Garantir um papel mais ativo dos utentes na comunidade
  - Estabelecer parcerias com a igreja no âmbito de atividades/passeios
  - Promover o intercâmbio entre idosos residentes e os do SAD e respetivas famílias

4. Potencializar um conjunto de ações destinadas a promover a convivência, participação e integração dos indivíduos na vida social
  - Programação das festividades anuais (Carnaval, Páscoa, Dia Mundial da Criança, Dia do Idoso, São Martinho, Natal e Festas da Localidade) de modo a promover a participação do intergeracional
  - Estimular a autoajuda entre idosos na prossecução das tarefas sociais (banco, segurança social, correios, etc.)

Os objetivos estão afixados no placard situado à entrada principal do Centro Paroquial e Social de Moure. Este local é acessível a todos os colaboradores, utentes e familiares. É igualmente fornecida uma cópia deste documento a cada colaborador que terá que assinar a tomada do seu conhecimento.

#### **Serviços prestados pelo Lar**

O Lar residencial do Centro Paroquial e Social de Moures alberga idosos em condição de maior risco de perda de autonomia, em regime interno, garantindo-lhes melhoria da qualidade de vida.

Cuidados pessoais – Apoio nas atividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas, medicação, apoio médico e de enfermagem, psicológico, etc...).

Lavandaria – Tratamento de roupa, sendo este serviço realizado diariamente e sempre que se torne necessário.

Refeições – As ementas são elaboradas por uma Nutricionista, que elabora as ementas tendo em conta as necessidades de cada cliente, mediante o quadro clínico de cada uma política de promoção de uma alimentação saudável e variada.

#### **Serviços Administrativos/Secretaria**

Este serviço tem com objetivo garantir o atendimento, contabilidade, entrega de receitas pagamento de despesas e tratamento de documentação.

#### **Serviço Psico-social**

Este serviço será prestado pela Diretora Técnica quando solicitado pelos clientes.

#### **Acompanhamento Médico**

Serviço prestado pelo médico em horário afixado, e sempre que seja necessário para o cliente.

### **Serviços Enfermagem**

O serviço de Enfermagem é prestado pela enfermeira em horário afixado. Os serviços prestados são os seguintes: preparação da medicação, medição da tensão arterial, glicemia, realização de pensos, etc.

### **Serviço de Animação**

As atividades de animação sócio culturais para os clientes, são um meio para lhes permitir experimentar uma série de técnicas e de atividades lúdicas adequadas à sua faixa etária e às necessidades de cada cliente. A animadora promove atividades a fim de estimular estes tempos de lazer de forma adequada e eficaz, tendo a preocupação de ir ao encontro dos gostos e preferências dos clientes. As atividades decorrem no salão do Centro Paroquial e Social de Moure.

O horário das atividades encontra-se afixado no Hall de entrada do CPSM.

### **Serviço de Apoio Gerontológico**

Este serviço será prestado pela Gerontóloga do CPSM, atendendo à integração de novos clientes e apoiar as respetivas famílias, mediação de conflitos, aplicação de escalas de avaliação multidimensional do idoso e levantamento de necessidades, entre outras. Este serviço será prestado sempre necessário.

### **Serviço de Animação da Fé**

O Sr. Padre, afeto ao CPSM, é o responsável pelo serviço religioso, promove momentos de oração diária, a celebração da eucaristia e atendimento espiritual aos colaboradores e clientes.

## **SAD**

### **Alimentação**

O CPSM fornecerá a todos os clientes que requisitem o serviço. O almoço é composto por uma sopa, o prato principal (carne ou peixe) e sobremesa (fruta). As refeições são variadas e adequadas à dieta alimentar do cliente.

A ementa é mensal, encontra-se afixada na entrada do CPSM e distribuída aos clientes. As refeições são transportadas ao domicílio numa marmitta térmica a partir das 11h30; na entrega da alimentação deverá ser devolvida a marmitta do dia anterior.

### **Higiene Pessoal**

O serviço de higiene pessoal baseia-se na prestação de cuidados de higiene corporal e conforto e é prestado mediante a requisição do cliente, podendo esta ser diária ou não, ocorrendo esta atividade da parte da manhã. Sempre que se justifique o serviço poderá compreender mais do que uma higiene pessoal diária, sendo que a equipa poderá ainda colaborar na prestação de cuidados de saúde.

### **Higiene Habitacional**

O serviço de higiene habitacional refere-se à arrumação e limpeza do domicílio das zonas da habitação do cliente.

### **Tratamento de Roupas**

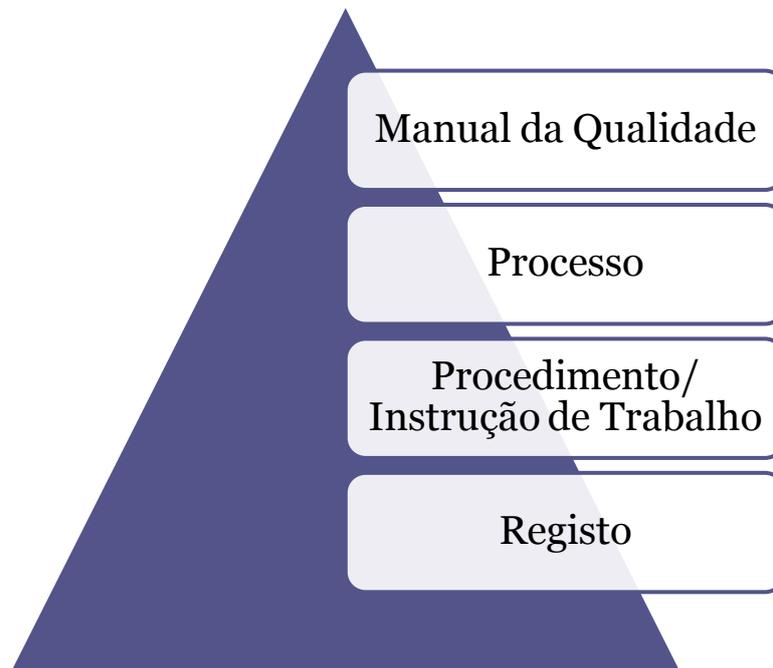
Este serviço resume-se na recolha, lavagem, secagem, engomagem e distribuição da roupa pessoal ou roupa de casa. A sua limpeza poderá ser realizada nas instalações da Instituição ou na habitação do utente.

Podem-se fazer ainda pequenos arranjos na roupa caso seja necessário.

### **Outros Serviços**

Sempre que solicitado pelo cliente e mediante a disponibilidade das ajudantes de Ação Direta poder-se-á prestar outros serviços, como acompanhamento ao exterior, apoio na aquisição de bens e serviços.

### **Estrutura documental do SGQ**



### **Manual da Qualidade**

Segundo a Norma ISO 9001 é o documento que traduz a política da qualidade da organização, sendo um guia de orientação interna e um instrumento de demonstração da qualidade do CPSM para o exterior.

O Manual da Qualidade deverá incluir no seu texto o seu campo de aplicação e indicar as exclusões que a organização considere, os procedimentos documentados e a descrição da interação dos processos do SGQ.

### **Processo**

A ISO 9001 fomenta a abordagem por processos com a finalidade de melhorar a eficácia do SGQ e aumenta a satisfação do cliente: As atividades realizada em conjunto com outras atividades rentabiliza recursos e poderá ser gerida de modo a transformar as entradas em saídas, o que se traduz num processo. A saída de um processo é a entrada de um outro processo. Sendo a adoção do sistema de processos e a identificação das interações dos processos designado por “ abordagem por processos”. Sendo esta abordagem por processos um método eficaz no controlo da interligação dos processos. Sendo o SGQ defensor da gestão por processos, este permite a interligação dos processos, mostrando a

importância do cliente na definição dos requisitos como entradas, a monitorização da satisfação do cliente, a avaliação da perceção do cliente, ou seja a ISO 9001.

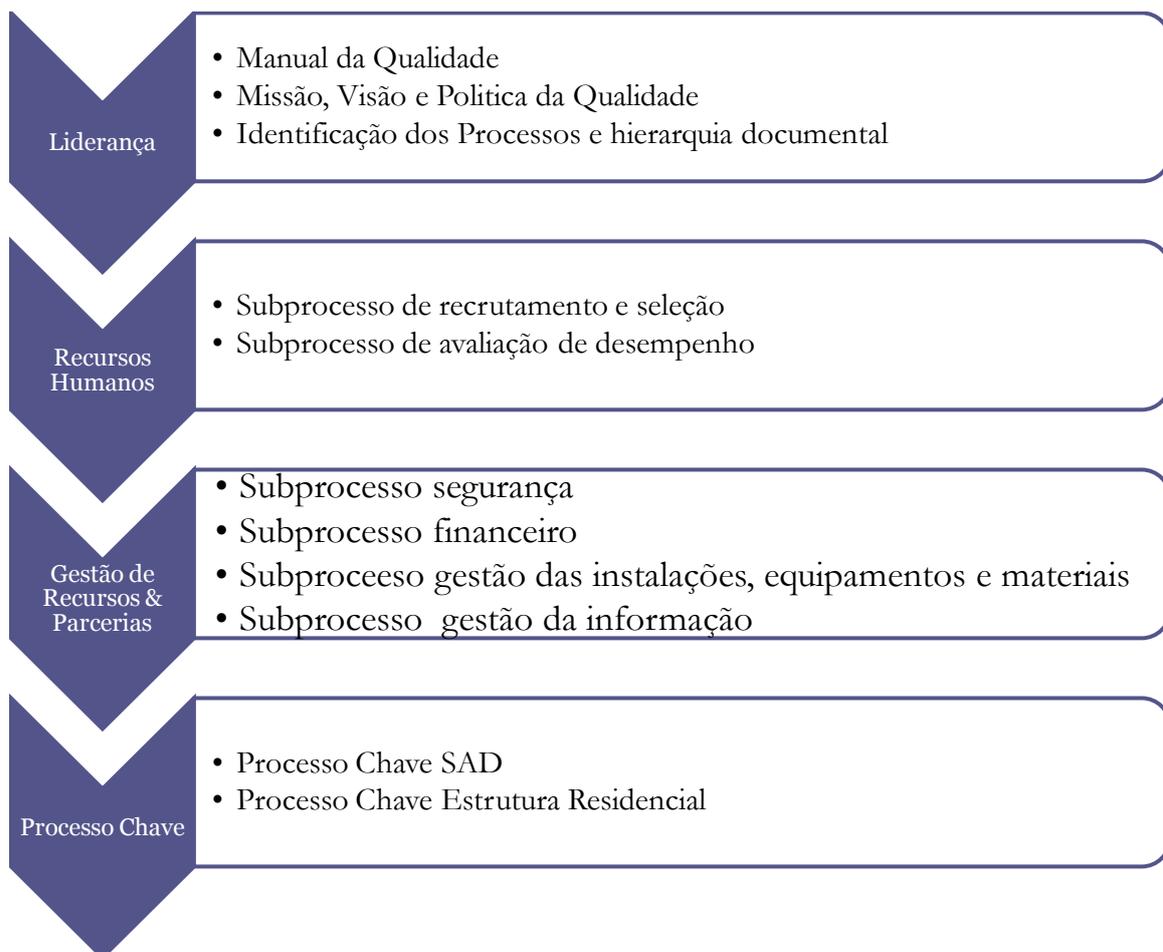
### Procedimento/Instrução de trabalho

Documentos que descrevem os procedimentos a realizar para se produzirem uma atividade.

### Registo

Documentos que evidenciam o que a organização faz.

### Identificação dos Processos



O Processo Liderança & Gestão tem como foco principal toda a estrutura do CPSM, nomeadamente todo o seu campo de atuação está virado para o desenvolvimento do propósito do CPSM, ou seja, a sua Missão, Visão e Política da qualidade para que se alcance uma elevada a satisfação dos seus clientes. A satisfação de clientes deverá ser resultado da prestação dos serviços oferecidos aos seus clientes, incluindo nestes serviços as atividades de suporte e as atividades operacionais. É a Direção do CPSM que deverá desenhar a estratégia, devendo esta o planeamento e respetivo controlo de todas as atividades. A Direção e corpo técnico deverão definir a Missão, Visão, Valores e a Política da Qualidade. Sendo que numa fase posterior à formulação destes pontos fundamentais de uma Instituição, definir-se-ão os objetivos gerais e operacionais do CPSM. Para todas as atividades deverão ser criadas objetivos a alcançar e medidas através de indicadores, e referenciar r os recursos consumidos, qual o responsável pela verificação da atividade e a equipa envolvida na operacionalização desta. A implementação de atividades desenhadas com o objetivo traçado deverão ser planeadas, quer na sua implementação quer na monitorização. Este processo permite ao CPSM analisar as atividades implementadas, verificar se os objetivos foram alcançados e implementar ações de melhoria.

O Processo Gestão de Parcerias & Recursos (PGPR) é constituído por 4 subprocessos. Sendo o PGRP um Processo composto por atividades de suporte, que visam promover todos os recursos quer os internos quer os externos ao CPSM, com o intuito de atingir os objetivos delineados pelo CPSM.

Deste Processo fazem parte aos subprocessos de gestão de recursos financeiros; dos equipamentos, materiais e das instalações; da segurança e da informação. Os Quatro Subprocessos são compostos por Procedimentos e instruções de trabalho, aos quais estão associados os respetivos registos.

O Subprocesso Financeiro (PGRP\_F) tem o Procedimento Atividade financeira, que descreve a atividade financeira do CPSM, sendo-lhe atribuído vários registos, nomeadamente: Folha de Caixa, Balancete, Conciliação Bancaria, Inventário de existências, Mapa de bens, patrimoniais, Orçamento anual e Relatório.

O Subprocesso Gestão da Informação (PGRP\_GI) é composto por vários Procedimentos que regulam todas as atividades referentes á comunicação quer com o cliente ou responsável legal, quer com os colaboradores. Os procedimentos descrevem atividades como a organização de documentos externos, atendimento ao cliente e respetivos

documentos fornecidos, a informação exposta a clientes e colaboradores, quebra de confidencialidade, normas sobre respeito e trato com o cliente, a transmissão de informação a colaboradores e sugestões de todos os Stakeholders.

A todos estes procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, que fazem a demonstração e controlo de toda as atividades que envolvam a transmissão de informação, quer a colaboradores quer a clientes e seus respetivos responsáveis legais.

O Subprocesso de Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais (PGRP\_IEM) visa definir todas as atividades que estejam direcionadas para a manutenção das instalações, equipamentos e materiais. As atividades são nomeadamente a gestão das compras e serviços, a manutenção do equipamento, a limpeza e desinfeção de todo o edifício e respetivos veículos e a não conformidade das instalações.

A todos estes procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, que fazem prova e controlo de toda as atividades que envolvam manutenção dos equipamentos e instalações, a higienização de todos os equipamentos e instalações aquisição e manutenção de materiais e as respetivas não conformidades.

O Subprocesso de gestão da Segurança (PGRP\_S) define, nos seus procedimentos, todas as questões relativas à segurança quer das Instalações, equipamentos e materiais quer a colaboradores e clientes. Estão incluídos e definidos procedimentos sobre articulação com as autoridades, a prevenção de abusos, maus tratos e negligencia, controlo de entradas e saídas quer de clientes quer de colaboradores e o controlo das chaves do edifício e dos veículos. Refere-se, também à prevenção de surtos de infeção, violência, roubo e fuga, proteção dos bens do cliente e a segurança noturna. A todos estes procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, que fazem a demonstração e controlo de todas as atividades que envolvam a segurança dos equipamentos e instalações, dos clientes e colaboradores.

A tabela que se segue esquematiza todo o SGQ implementado, ou seja referencia os Processos liderança e o Processo Gestão de Recursos & Parcerias, os respetivos procedimentos e Instruções de trabalho, e os respetivos registos.

Lista de Documentos

Processo	Subprocesso	Procedimentos /Instrução trabalho	Registos
<i>Liderança</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Liderança (Missão, Visão, Valores e politica da qualidade)</li> <li>✓ Procedimento Auditorias Internas</li> <li>✓ Procedimento elaboração de relatório</li> <li>✓ Procedimento ações corretivas e preventivas</li> <li>✓ Procedimento Elaboração e controlo de Procedimentos</li> <li>✓ Procedimento Elaboração e controlo de Registos</li> <li>✓ Manual da Qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Relatório</li> <li>✓ Relatório Auditoria</li> <li>✓ Plano de melhorias</li> <li>✓ Controlo de registos</li> <li>✓ Controlo de procedimentos</li> </ul>
<i>Processo Pessoas</i>	Recrutamento e seleção	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manual de recrutamento e seleção</li> <li>✓ Manual de acolhimento do colaborador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo de candidatura</li> <li>✓ Entrevistas de seleção</li> <li>✓ Testes psicotécnicos</li> <li>✓</li> </ul>
	Avaliação de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manual da avaliação do desempenho</li> <li>✓ Guia prático do avaliado</li> <li>✓ Formação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de desempenho /mapa mensal</li> <li>✓ Modelo de auto avaliação</li> <li>✓ Plano de desenvolvimento pessoal</li> <li>✓ Presença nas formações</li> <li>✓ Avaliação das formações</li> <li>✓</li> </ul>

<b>Processo Gestão &amp; Parcerias</b>	<p>Financeiro <b>PGRP_F</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividade Financeira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Folha de Caixa</li> <li>✓ Balancete</li> <li>✓ Conciliação Bancaria</li> <li>✓ Inventário de existências</li> <li>✓ Mapa de bens patrimoniais</li> <li>✓ Orçamento anual</li> <li>✓ Relatório</li> <li>✓</li> </ul>
	<p>Gestão da Informação <b>PGRP_GI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentos externos</li> <li>✓ Atendimento ao cliente</li> <li>✓ Confidencialidade</li> <li>✓ Documentos fornecidos ao cliente em fotocópia</li> <li>✓ Informação visível/afixada</li> <li>✓ Quebra de confidencialidade</li> <li>✓ Reclamações</li> <li>✓ Reunião da Gestão Vs Colaboradores</li> <li>✓ Quebra de confidencialidade</li> <li>✓ Normas de respeito e trato com o cliente</li> <li>✓ Sugestões</li> <li>✓ Transmissão de informação a colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Circular informativa</li> <li>✓ Registo de sugestões</li> <li>✓ Tratamento de reclamações</li> <li>✓ Atas reuniões</li> <li>✓ Comunicação ao colaborador</li> <li>✓ Informação ao cliente</li> <li>✓ Relatório</li> <li>✓ Livro de Reclamações</li> <li>✓ Sanções disciplinares</li> </ul>
	<p>Instalações/Equipamento/materiais <b>PGRP_IEM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestão das Compras</li> <li>✓ Manutenção do Equipamento</li> <li>✓ Limpeza e desinfeção</li> <li>✓ Limpeza e desinfeção da Cozinha e despensa de apoio</li> <li>✓ Não conformidade das instalações</li> <li>✓ Plano de higienização da Cozinha</li> <li>✓ Plano de higienização do refeitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de colaboradores</li> <li>✓ Plano de Manutenção</li> <li>✓ Falhas de Equipamento</li> <li>✓ Controlo de veículos</li> <li>✓ Controlo dos equipamentos da lavandaria</li> <li>✓ Controlo de equipamentos da cozinha</li> <li>✓ Limpeza da Cozinha</li> <li>✓ Limpeza do Lar</li> <li>✓ Limpeza da lavandaria</li> <li>✓ Limpeza da Sala de Colaboradores</li> <li>✓ Limpeza do WC</li> <li>✓ Limpeza do WC Colaboradores</li> <li>✓ Armazenamento de produtos</li> <li>✓ Compra de Produtos</li> <li>✓ Compra de Serviços</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Receção de Matéria-prima</li> </ul>
	<p>Segurança <b>PGRP_S</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano de Emergência</li> <li>✓ Articulação com as autoridades</li> <li>✓ Saídas do Cliente ao exterior</li> <li>✓ Controlo de chaveiros</li> <li>✓ Higiene e Segurança no Trabalho</li> <li>✓ Prevenção de surtos de infeção, violência, fuga e roubo</li> <li>✓ Proteção dos bens do cliente</li> <li>✓ Segurança noturna</li> <li>✓ Abusos, negligência e maus tratos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registo Manual de reclamações</li> <li>✓ Controlo entradas e saídas do cliente</li> <li>✓ Entrada e saídas dos colaboradores</li> <li>✓ Controlo de chaves</li> <li>✓ Lista de pertences do cliente</li> <li>✓ Ocorrência de abusos</li> </ul>
<b>Processo Chave SAD</b>	Candidatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atendimento</li> <li>✓ Avaliação da admissibilidade</li> <li>✓ Hierarquização e aprovação de candidatos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ficha de inscrição</li> <li>✓ Informação disponibilizada</li> <li>✓ Carta da admissibilidade</li> <li>✓ Carta de não admissibilidade</li> <li>✓ Ficha de avaliação inicial de requisitos</li> <li>✓ Carta de aprovação</li> <li>✓ Carta de não aprovação</li> <li>✓ Relatório de análise, hierarquização e aprovação dos candidatos</li> <li>✓ Lista de candidatos</li> </ul>
	Processo de admissão e acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Admissão e avaliação das necessidades e expetativas iniciais</li> <li>✓ Contrato e processo individual do cliente</li> <li>✓ Programa de acolhimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ficha de avaliação diagnóstica</li> <li>✓ Contrato</li> <li>✓ Lista de material fornecido pelo cliente</li> <li>✓ Programa de acolhimento</li> <li>✓ Relatório do programa de acolhimento</li> <li>✓ Questionário</li> </ul>
	Plano individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano Individual</li> <li>✓ Avaliação das necessidades e potenciais do cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação das necessidades e potenciais do cliente</li> <li>✓ Plano Individual</li> <li>✓ Serviços prestados no apoio psicossocial</li> </ul>
	Planeamento e acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano de atividades de desenvolvimento pessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano de atividades de desenvolvimento pessoal</li> <li>✓ Lista de necessidades de atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal</li> <li>✓ Registo de presenças</li> </ul>

	Cuidados pessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados pessoais –cronograma</li> <li>✓ Cuidados pessoais</li> <li>✓ Cuidados de higiene e imagem</li> <li>✓ Cuidados em situação de emergência</li> <li>✓ Assistência medicamentosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados pessoais – cronograma</li> <li>✓ Cuidados pessoais – registo</li> <li>✓ Situações de emergência – regras gerais de atuação</li> <li>✓ Cuidados em situação de emergência</li> <li>✓ Indicações terapêuticas</li> <li>✓ Medicação e assistência medicamentosa</li> </ul>
	Nutrição e alimentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lista de necessidades alimentares especiais</li> <li>✓ Elaboração das ementas</li> <li>✓ Sistema de HACCP</li> <li>✓ Receção armazenamento e conservação de produtos alimentares</li> <li>✓ Preparação e confeção da alimentação</li> <li>✓ Transporte, distribuição e apoio nas refeições</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planos alimentares</li> <li>✓ Ementas</li> <li>✓ Registo de distribuição de EPI's</li> <li>✓ Registo de controlo de limpeza lavandaria</li> <li>✓ Registo de descongelação, confeção e aquecimento</li> <li>✓ Registo de temperatura ambiente da cozinha</li> <li>✓ Registo da receção de matérias-primas</li> <li>✓ Controlo e receção de matérias-primas</li> <li>✓ Controlo da validade dos produtos</li> <li>✓ Registo de receção de matérias-primas</li> <li>✓ Registo de controlo de temperaturas</li> <li>✓ Registo de descongelação, confeção e aquecimento</li> <li>✓ Registo da temperatura ambiente da cozinha</li> <li>✓ Controlo dos óleos de fritura</li> <li>✓ Registo de equipamento entregue/recebido</li> <li>✓ Recolha de amostras de testemunho</li> <li>✓ Registo de controlo de limpeza – veículos apoio ao domicílio</li> <li>✓ Registo de controlo de temperaturas no apoio domiciliário</li> <li>✓ Registo de controlo de amostras de alimentos</li> </ul>

	Apoio das atividades instrumentais da vida diária	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividades instrumentais da vida quotidiana</li> <li>✓ Ficha de incidentes críticos no exterior</li> <li>✓ Higiene habitacional</li> <li>✓ Tratamentos de roupa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividades instrumentais da vida quotidiana</li> <li>✓ Ficha de incidentes críticos no exterior</li> <li>✓ Registo de Controlo de limpeza da lavandaria</li> <li>✓ Serviço de lavandaria</li> </ul>
<b>Processo Chave Estrutura residencial</b>	Candidatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atendimento</li> <li>✓ Avaliação da Admissibilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informação disponibilizada ao cliente</li> <li>✓ Ficha de inscrição</li> <li>✓ Regulamento interno do lar</li> <li>✓ Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos</li> <li>✓ Carta admissibilidade</li> <li>✓ Carta de Não Admissibilidade</li> <li>✓ Lista de Candidatos</li> <li>✓ Relatório de Análise Hierarquização e Aprovação Candidatos</li> <li>✓ Carta de Aprovação</li> <li>✓ Carta de Não Aprovação</li> </ul>
	Admissão e Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Admissão avaliação das necessidades e expectativas iniciais</li> <li>✓ Contracto e processo individual do cliente</li> <li>✓ Programa acolhimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lista de Bens do Cliente</li> <li>✓ Programa de Acolhimento do Cliente</li> <li>✓ Relatório de Acolhimento do Cliente</li> <li>✓ Programa de Acolhimento do Cliente</li> <li>✓ Relatório de Acolhimento do Cliente</li> </ul>
	Plano Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação das necessidades e potenciais do cliente</li> <li>✓ Plano Individual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação das Necessidades e Potenciais do Cliente</li> <li>✓ Serviços Prestados no Apoio Psicossocial</li> </ul>
	Planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano de atividades de desenvolvimento pessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registo de Presenças</li> </ul>

	Cuidados Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados Pessoais</li> <li>✓ Cuidados em situação de emergência</li> <li>✓ Assistência Medicamentosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados Pessoais e de Saúde – Cronograma</li> <li>✓ Cuidados Pessoais e de Saúde – Registo</li> <li>✓ Situação de Emergência - Regras Gerais de Atuação</li> <li>✓ Cuidados em Situações de Emergência</li> <li>✓ Medicação e Indicação Terapêutica</li> <li>✓ Indicação Terapêutica - Informação Genérica</li> </ul>
	Nutrição e Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Receção, armazenamento e conservação de produtos alimentares</li> <li>✓ Preparação e confeção de alimentos</li> <li>✓ Transporte, distribuição e apoio nas refeições</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lista de Necessidades Alimentares</li> <li>✓ Controlo de Receção de Materiais Primas</li> <li>✓ Controlo da Validade dos Produtos</li> <li>✓ Registo de Equipamento Entregue Recebido</li> <li>✓ Controlo dos Óleos de Fritura</li> <li>✓ Recolha de Amostras de Testemunho</li> </ul>
	Apoio nas atividades instrumentais da vida diária	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamento de roupa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana</li> <li>✓ Ficha de Incidentes Críticos no Exterior</li> <li>✓ Ficha de Registos da Lavandaria</li> </ul>



**Processo Liderança**

**Procedimentos**

## Elaboração e controlo de procedimentos

### Objetivo

Definir a elaboração e controlo de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade do Centro Paroquial e Social de Moure, de forma clara e concisa e descrevendo as áreas funcionais, funções, produtos e serviços.

### Âmbito:

Aplica-se a todos os documentos do SGQ do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

#### 1- Manual da Qualidade

Segundo a Norma ISO 9001 é o documento que traduz a política da qualidade da organização, sendo um guia de orientação interna e um instrumento de demonstração da qualidade do CPSM para o exterior.

O Manual da Qualidade deverá incluir no seu texto o seu campo de aplicação e indicar as exclusões que a organização considere, os procedimentos documentados e a descrição da interação dos processos do SGQ

#### 2- Processos

A ISO 9001 estimula a abordagem por processos com a finalidade de melhorar a eficácia do SGQ e aumenta a satisfação do cliente: As atividades realizada em conjunto com outras atividades rentabiliza recursos e poderá ser gerida de modo a transformar as entradas em saídas, o que se traduz num processo. A saída de um processo é a entrada de um outro processo. Sendo a adoção do sistema de processos e a identificação das interações dos processos designado por “abordagem por processos”. Sendo esta abordagem por processos um método eficaz no controlo da interligação dos processos. Sendo o SGQ defensor da gestão por processos, este permite a interligação dos processos, mostrando a importância do cliente na definição dos requisitos como entradas, a monitorização da satisfação do cliente, a avaliação da perceção do cliente, ou seja a ISO 9001.

### 3- Procedimentos

Um procedimento será elaborado quando detetado pelo colaborador ou Representante da Direção, através de observação, análise de requisitos do SGQ, registos, não conformidades e todos os procedimentos que visem ações corretivas e preventivas. Mediante as necessidades encontradas o Responsável da Direção designa um responsável pela elaboração e revisão do procedimento em questão.

Todos os procedimentos deverão compor-se de um cabeçalho, no qual deverá ter a seguinte informação:

- Logotipo da instituição, Centro Paroquial e Social de Moure, no canto esquerdo do cabeçalho.
- Edição, refere em que edição se encontra, esta é igual para todo o SGQ, começando na 1ª Edição, no canto direito do cabeçalho.
- Revisão, refere-se a cada procedimento, podendo existir várias versões de um procedimento, que irão substituir o anterior procedimento através da revisão e que dever começar pela revisão 0, referenciada no canto direito do cabeçalho.
- Tipo de documento, ou seja, deverá fazer referencia ao procedimento e qual o procedimento, no centro do cabeçalho.

Verificar em anexo o exemplar

O mesmo documento deverá ser composto por um rodapé, no qual serão observados os seguintes parâmetros:

- Código: que identificará o Processo, procedimento e o número de procedimento, este será colocado à esquerda.
- Aprovação: identificação do responsável pela aprovação do procedimento, no centro do rodapé, sendo este responsável pelas revisões que assine.
- Data: a data em que o procedimento foi aprovado, colocada por baixo da identificação.
- Paginação: será o documento enumerado pela paginação X de Y, com a finalidade de garantir a integridade do documento, no canto direito do rodapé.

Verificar em anexo o exemplar.

No corpo de desenvolvimento do procedimento deverão constar o objetivo do procedimento, o âmbito do procedimento e desenvolvimento/atividade.

### **Aprovação de documentos**

O responsável pela elaboração do procedimento remete o procedimento elaborado, mediante os parâmetros descritos anteriormente e envia-o para aprovação pelo responsável da qualidade nomeado para o efeito. Este analisará o procedimento e o aprovará. Sendo que qualquer procedimento poderá apenas ser utilizados mediante a sua aprovação, em que terá de constar a sua assinatura e data. Mediante este critério o procedimento entra em vigor.

### **Revisão e atualização de documentos**

A observação de necessidade de revisão de um procedimento, esta deverá ser distribuída pelos seus usuários, após a aprovação, e as cópias da revisão anterior deverão ser destruídas para evitar a utilização de procedimentos obsoletos.

A cada nova revisão, deve constar a numeração correspondente no cabeçalho, no canto direito do campo Revisão.

A Edição começará no número 01, esta será alterada quando houver vários procedimentos com várias Revisões, ou seja, quando as diversas revisões de diversos procedimentos, torne necessário a elaboração de nova edição.

### **Identificação dos procedimentos**

O manual do Sistema de Gestão da Qualidade é único, devendo ser identificado pelo código MQ. Os procedimentos, instruções de trabalho e registos serão identificados da seguinte forma:

	<b>Identificação</b>	<b>Legenda</b>
Procedimento	PC __	Edição __ Revisão __
Instrução de trabalho	IT __	
Registos	R __	

### **Distribuição e controlo de procedimentos**

A distribuição e controlo dos procedimentos são da responsabilidade do Gestor da qualidade, estes devem ser distribuídos em suporte digital ou em suporte papel. Para a

distribuição dos procedimentos são feitas fotocópias dos procedimentos originais e carimbada pelo carimbo da Instituição.

Os procedimentos disponibilizados em suporte digital, para o email do colaborador a quem se destina o procedimento. Deve constar do procedimento uma marca d'água com a seguinte identificação “ Cópia não Controlada”.

#### Lista de distribuição e acesso

Papel	Nº de exemplares	Nome/ Procedimento

Email	Nome / Procedimento

#### Arquivo

O responsável pela Gestão da Qualidade deverá preservar um arquivo em papel, onde deverão incluir todos os documentos originais do SGQ. Sendo, também, importante que exista um registo eletrónico e uma cópia de segurança.

No que se refere a documentos obsoletos, os originais deverão ser arquivados, referenciados que são documentos obsoletos, e as suas cópias destruídas.

#### Controlo/tabela

Procedimento	Código	Responsável	Versão	Quem acede ao Procedimento

### **Elaboração e controlo de registos**

#### **Objetivo**

Definir e escrever os requisitos para a elaboração e controlo de registos do Sistema de Gestão da Qualidade do Centro Paroquial e Social de Moure, de forma clara e concisa, com a finalidade de os controlar.

#### **Âmbito:**

Aplica-se a todos os registos do SGQ, do Centro Paroquial e Social de Moure.

#### **Desenvolvimento**

Os registos no âmbito do SGQ deverão indicar e comprovar o fim a que se destinam, ou seja, estes devem fazer prova da realização das atividades da organização- Portanto, os registos vertem toda a atividade do Centro Paroquial e Social de Moure.

Todos os registos deverão compor-se de um cabeçalho, no qual deverá ter a seguinte informação:

- Logotipo da instituição, Centro Paroquial e Social de Moure, no canto esquerdo do cabeçalho.
- Edição, refere em que edição se encontra, esta é igual para todo o SGQ, começando na 1ª Edição, no canto direito do cabeçalho.
- Revisão, refere-se a cada registo, podendo existir várias versões de um registo, que irão substituir o anterior registo através da revisão e que deve começar pela revisão 0, referenciada no canto direito do cabeçalho.
- Tipo de documento, ou seja, deverá fazer referência ao registo e qual o registo, no centro do cabeçalho.

Verificar em anexo o exemplar

O mesmo documento deverá ser composto por um rodapé, no qual será observado os seguinte parâmetro:

- Código: que identificará o Processo, procedimento e o número de registo, este será colocado à esquerda.

Verificar anexo

#### **Aprovação de documentos**

O responsável pela elaboração do registo remete o registo elaborado, mediante os parâmetros descritos anteriormente e envia-o para aprovação pelo responsável da qualidade nomeado para o efeito. Este analisará o registo e o aprovará. Sendo que qualquer registo poderá apenas ser utilizados mediante a sua aprovação, entra em vigor.

### **Revisão e atualização de documentos**

A observação de necessidade de revisão de um registo, esta deverá ser distribuída pelos seus usuários, apos a aprovação, e as cópias da revisão anterior deverão ser destruídas para evitar a utilização de registos obsoletos.

A cada nova revisão, deve constar a numeração correspondente no cabeçalho, no canto direito do campo Revisão.

A Edição começará a no número 01, esta será alterada quando houver vários registos com várias Revisões, ou seja, quando a diversa revisão de diversos registos torne necessário a elaboração de nova edição.

### **Distribuição e controlo de registos**

A distribuição e controlo dos registos são da responsabilidade do Gestor da qualidade, estes devem ser distribuídos em suporte digital ou em suporte papel. Para a distribuição dos registos em formato papel são feitas fotocópias dos registos originais. Os registos disponibilizados em suporte digital, para o email do colaborador a quem se destina o registo.

Tabela de controlo de distribuição de registos

Papel	Nº de exemplares	Nome/código registo
Email	Nome / Procedimento	

Arquivo

Identificação	Arquivo	Proteção	Retenção	Destruição
Código do Registo RL 01	Computador Pasta de arquivo (versão papel)	Não tem	Próxima auditoria/ conforme legislação	Cortar (versão papel) Apagar (formato digital)

## Procedimento de ações corretivas e ações preventivas

### Objetivo

Este procedimento tem como objetivo descrever o processo de tratamento de ações corretivas e de ações preventivas, e tendo como finalidade diminuir progressivamente as causas das não conformidades e prever as possíveis não conformidades, a fim de as evitar.

### Âmbito

Este procedimento aplica-se a toda a instituição, o Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

*Ação preventiva:* todas as ações adotadas pelo Centro Paroquial e Social de Moure, a fim de eliminar potenciais não conformidades. Isto é, a ação preventiva é executada com o intuito de prevenir a ocorrência de uma não conformidade.

*Ação corretiva:* é a ação que elimina a cauda da não conformidade, identificada em situação não desejada. Podendo existir mais do que uma não conformidade.

*Correção:* é a ação que vais eliminar o problema que originou a não conformidade

#### *Descrição do tratamento da ação corretiva ou preventiva:*

O registo da não conformidade ou de potenciais não conformidades no Registo de não conformidades ou no registo de ação preventiva identificando uma não conformidade, identificando o responsável e o prazo para a sua eliminação.

As causas serão identificadas através de investigação e do registo dos factores que originaram a ocorrência da não conformidade.

Depois de identificar os factores que levaram à ocorrência da não conformidade será implementada a ação necessária à sua correção, devendo esta ocorrer o mais breve possível, caso seja possível implementar a ação corretiva.

Depois de identificada as causas de origem à não conformidade, dever-se-á definir e planear as ações a implementar com a finalidade de eliminar a não conformidade em situações futuras. Seguidamente a implementação da ação corretiva, sendo que as ações planeadas para a eliminação causas que originaram a não conformidade deverão refletir a eliminação, também, de futuras não conformidades.

Deverá ser verificado se as ações implementadas eliminaram as causas que originaram a não conformidade.

## Procedimento

Quando se verificar que a ação corretiva/preventiva não se revelou eficaz, será necessário analisar as causas da ineficiência da ação corretiva/preventiva, e rever as causas da não conformidades e ações corretivas a implementar.

### Registos

Identificação	Arquivo	Proteção	Retenção	Destruição
Registo Não conformidade	Pasta de arquivo (versão papel) Comutador (Versão digital)	Diretor técnico	Próxima auditoria	Cortar (versão papel) Apagar (formato digital)
Registo de ação corretiva	Pasta de arquivo (versão papel) Comutador (Versão digital)	Diretor técnico	Próxima auditoria	Cortar (versão papel) Apagar (formato digital)

A este procedimento estão associados os seguintes registos:

- Todos os registos que registem uma não conformidade
- O relatório “Auditoria Interna”

## Procedimento

### Auditorias Internas

#### Objetivos

O procedimento “Auditorias Internas” define o procedimento de planeamento e executar auditorias internas da qualidade utilizada pela organização para verificar a eficácia e adequação do sistema de gestão da qualidade implementado.

#### Âmbito

O procedimento “Auditorias Internas” aplica-se a todas as instalações do Centro Paroquial e social de Moure.

#### Desenvolvimento

O representante da Direção técnica elabora o plano anual para a realização das auditorias, definindo os responsável pela auditoria, quem é auditado e quem acompanha as ações corretivas e preventivas que se revelarem necessárias depois da auditoria.

O responsável pela auditoria, auditor interno, regista as não conformidades detetadas num relatório de auditoria.

Cada auditoria deve ter um plano anual, do qual deve fazer parte a Programação e a Preparação, a execução e o acompanhamento.

As auditorias internas deverão realizar-se uma vez por ano a todo o CPM, sendo o responsável pela auditoria um funcionário do CPSM, nomeado para o efeito.

Anualmente o representante da Direção elabora o plano de auditoria:

- Nomeação do Auditor
- Indicação dos Processos a auditar
- Os requisitos de cada Processo
- Qual o mês em que ocorre a auditoria

#### *Programação e preparação da auditoria*

- O representante da direção elabora a programação da Auditoria utilizando um formulário próprio, do qual consta:

#### 1. Cabeçalho

Código

Página y de x

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

## Procedimento

2. Tipo de documento
3. Processo auditado
4. Data
5. Auditor
6. Orientador do Processo auditado
7. Conformidades
8. Não conformidades

- A programação das auditoria, Processos a auditar e auditores é revelado no mês de Dezembro de cada ano
- É designado um responsável da qualidade por Processo para apoiar auditor

### *Execução da auditoria*

- Realiza-se uma reunião na qual deverão participar o responsável da direção, os auditores e respetivos responsáveis da qualidade. Nesta reunião deverão ser tratados os seguintes temas:
- Apresentação das necessidades
- Comunicação dos objetivos
- Comunicação da programação da auditoria
- Identificação dos recursos disponíveis
- Definição de como deverá desenvolver-se a auditoria, nomeadamente como se desenvolverá a auditoria, ou seja, quais os procedimentos e registos a serem verificados por processo, verificar as não conformidades existentes e as respetivas ações corretivas e preventivas.

### A elaboração do relatório da auditoria

O auditor, com a respetiva equipa, devem descrever o numero de não conformidades encontradas, referenciar as anotações que se considerem pertinentes e a conclusão da auditoria, nomeadamente, referir quais as ações corretivas e preventivas a implementar

### *Fecho da auditoria*

Realiza-se uma reunião na qual deverá estar presente o responsável da direção, auditor e respetivos responsáveis da qualidade por processo auditado. Nesta reunião deverá ser apresentado e discutido o relatório final e os seguintes temas:

- Redefinir objetivos, indicadores e metas a atingir

## Procedimento

- Identificar as não conformidades e definir um plano de ações corretivas e preventivas, sempre que a equipa o considere necessário
- Conclusão da auditoria

### *Acompanhamento*

Terminado o processo de auditoria, o responsável da direção para a o SGQ deverá distribuir o relatório final aos respetivos responsáveis de Processo, a fim de implementarem as ações corretivas ou de melhoria. Para implementar as ações corretivas ou de melhoria deverão ser estipulados prazos.

O Responsável da direção pelo SGQ deverá verificar se as ações corretivas e preventivas foram implementadas e analisar a eficácia destas. A eficácia destas deverá ser registada no relatório de auditoria.

O relatório das auditorias deverá ser arquivado, pois documentos integrantes do SGQ. A este procedimento está associado o “Relatório de Auditoria Interna”.

### ***Relatório***

#### **Objetivo**

Definir o procedimento de “*Elaboração de Relatório*” do Centro Paroquial e Social de Moure, promovendo a privacidade dos dados pessoais dos seus clientes e definir com acede à informação.

#### **Âmbito**

Este procedimento aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD.

#### **Desenvolvimento**

O Relatório elaborado pela Direção ou Diretor Técnico do CPSM tem como objetivo principal apresentar ou descrever factos observados. Podendo descrever atividades, situação financeira, parecer técnico, acidentes, auditorias, entre outros assuntos.

Para redigir o Relatório são estipuladas regras de elaboração.

O Relatório deve ser pormenorizado e completo e deverá ter a seguinte estrutura:

- Folha de Rosto, onde deverá constar o Nome da Instituição, o assunto, quem realizou o Relatório e a data.
- Cabeçalho, onde deverá estar incluído o logotipo do CPSM à esquerda, a Edição e a Revisão à Direita e no centro do cabeçalho o Tipo de documento. O cabeçalho deverá fazer parte de todas as páginas do Relatório, com exceção da Folha de Rosto.
- O índice
- O Sumário, onde se deverá incluir a justificação do Relatório e o seu conteúdo
- Desenvolvimento do Relatório, o qual deverá ser composto por Introdução, desenvolvimento e conclusão
- Os anexos deverão fazer parte do Relatório, sempre que se justifique anexar comprovativos, documentos, entre outros.

A este procedimento é-lhe associado o registo “Relatório”.

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de x

# Processo Liderança

Registos

CPSM

## **Relatório**

---

## Relatório

### Assunto

---

---

---

### Sumário

---

---

---

---

---

---

---

### Desenvolvimento

Resumo

Anexos:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Direção

---

Diretor Técnico

---

## Procedimento

### Auditoria Interna

Procedimento: \_\_\_\_\_

Local da auditoria: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Responsável do Processo

\_\_\_\_\_

Auditor

\_\_\_\_\_

Objetivo da auditoria

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Requisitos da auditoria

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Não conformidade

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ação Corretiva

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conformidade

---

---

---

---

---

---

---

---

Ação Preventiva

---

---

---

Auditor

---

Responsável do Processo

---

## **Critério 3**

### **Gestão de recursos e parcerias**

**Processo Gestão & Parcerias**

Processo	Subprocesso	Procedimentos /Instrução trabalho	Registos
<b>Processo Gestão &amp; Parcerias</b>	Financeiro <b>PGRP_F</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atividade Financeira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Folha de Caixa</li> <li>✓ Balancete</li> <li>✓ Conciliação Bancaria</li> <li>✓ Inventário de existências</li> <li>✓ Mapa de bens patrimoniais</li> <li>✓ Orçamento anual</li> <li>✓ Relatório</li> </ul>
	Gestão da Informação <b>PGRP_GI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documentos externos</li> <li>✓ Atendimento ao cliente</li> <li>✓ Confidencialidade</li> <li>✓ Documentos fornecidos ao cliente em fotocópia</li> <li>✓ Informação visível/afixada</li> <li>✓ Quebra de confidencialidade</li> <li>✓ Reclamações</li> <li>✓ Reunião da Gestão Vs Colaboradores</li> <li>✓ Quebra de confidencialidade</li> <li>✓ Normas de respeito e trato com o cliente</li> <li>✓ Sugestões</li> <li>✓ Transmissão de informação a colaboradores</li> <li>✓ Manual de acolhimento ao cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Circular informativa</li> <li>✓ Registo de sugestões</li> <li>✓ Tratamento de reclamações</li> <li>✓ Atas reuniões</li> <li>✓ Comunicação ao colaborador</li> <li>✓ Informação ao cliente</li> <li>✓ Relatório</li> <li>✓ Livro de Reclamações</li> </ul>
	Instalações/Equipamento/materiais <b>PGRP_IEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestão das Compras</li> <li>✓ Manutenção do Equipamento</li> <li>✓ Limpeza e desinfeção</li> <li>✓ Limpeza e desinfeção da Cozinha e despensa de apoio</li> <li>✓ Não conformidade das instalações</li> <li>✓ Plano de higienização da Cozinha</li> <li>✓ Plano de higienização do refeitório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de colaboradores</li> <li>✓ Plano de Manutenção</li> <li>✓ Falhas de Equipamento</li> <li>✓ Controlo de veículos</li> <li>✓ Controlo dos equipamentos da lavandaria</li> <li>✓ Controlo de equipamentos da cozinha</li> <li>✓ Limpeza da Cozinha</li> <li>✓ Limpeza do Lar</li> <li>✓ Limpeza da lavandaria</li> <li>✓ Limpeza da Sala de Colaboradores</li> <li>✓ Limpeza do WC</li> <li>✓ Limpeza do WC Colaboradores</li> <li>✓ Armazenamento de produtos</li> <li>✓ Compra de Produtos</li> <li>✓ Compra de Serviços</li> <li>✓ Receção de Matéria-prima</li> </ul>

Processo

<p>Segurança <b>PGRP_S</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plano de Emergência</li> <li>✓ Articulação com as autoridades</li> <li>✓ Saídas do Cliente ao exterior</li> <li>✓ Controlo de chaveiros</li> <li>✓ Higiene e Segurança no Trabalho</li> <li>✓ Prevenção de surtos de infeção, violência, fuga e roubo</li> <li>✓ Proteção dos bens do cliente</li> <li>✓ Segurança noturna</li> <li>✓ Abusos, negligência e maus tratos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registo Manual de reclamações</li> <li>✓ Controlo entradas e saídas do cliente</li> <li>✓ Entrada e saídas dos colaboradores</li> <li>✓ Controlo de chaves</li> <li>✓ Lista de pertences do cliente</li> <li>✓ Ocorrência de abusos</li> </ul>
------------------------------------	---	---

O Processo Gestão de Parcerias & Recursos (PGPR) é constituído por 4 subprocessos. Sendo o PGRP um Processo composto por atividades de suporte, que visam promover todos os recursos quer os internos quer os externos ao CPSM, com o intuito de atingir os objetivos delineados pelo CPSM.

Deste Processo fazem parte aos subprocessos de gestão de recursos financeiros; dos equipamentos, materiais e das instalações; da segurança e da informação. Os Quatro Subprocessos são compostos por Procedimentos e instruções de trabalho, aos quais estão associados os respetivos registos.

O Subprocesso Financeiro (PGRP\_F) tem o Procedimento Atividade financeira, que descreve a atividade financeira do CPSM, sendo-lhe atribuído vários registos, nomeadamente: Folha de Caixa, Balancete, Conciliação Bancaria, Inventário de existências, Mapa de bens, patrimoniais, Orçamento anual e Relatório.

O Subprocesso Gestão da Informação (PGRP\_GI) é composto por vários Procedimentos que regulam todas as atividades referentes á comunicação quer com o cliente ou responsável legal, quer com os colaboradores. Os procedimentos descrevem atividades como a organização de documentos externos, atendimento ao cliente e respetivos documentos fornecidos, a informação exposta a clientes e colaboradores, quebra de confidencialidade, normas sobre respeito e trato com o cliente, a transmissão de informação a colaboradores e sugestões de todos os Stakeholders.

A todos estes procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, que fazem a demonstração e controlo de toda as atividades que envolvam a transmissão de informação, quer a colaboradores quer a clientes e seus respetivos responsáveis legais.

O Subprocesso de Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais (PGRP\_IEM) visa definir todas as atividades que estejam direcionadas para a manutenção das instalações, equipamentos e materiais. As atividades são nomeadamente a gestão das compras e

## Processo

serviços, a manutenção do equipamento, a limpeza e desinfecção de todo o edifício e respetivos veículos e a não conformidade das instalações.

A todos estes procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, que fazem prova e controlo de toda as atividades que envolvam manutenção dos equipamentos e instalações, a higienização de todos os equipamentos e instalações aquisição e manutenção de materiais e as respetivas não conformidades.

O Subprocesso de gestão da Segurança (PGRP\_S) define, nos seus procedimentos, todas as questões relativas à segurança quer das Instalações, equipamentos e materiais quer a colaboradores e clientes. Estão incluídos e definidos procedimentos sobre articulação com as autoridades, a prevenção de abusos, maus tratos e negligencia, controlo de entradas e saídas quer de clientes quer de colaboradores e o controlo das chaves do edifício e dos veículos. Refere-se, também à prevenção de surtos de infeção, violência, roubo e fuga, proteção dos bens do cliente e a segurança noturna.

A todos estes procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, que fazem a demonstração e controlo de todas as atividades que envolvam a segurança dos equipamentos e instalações, dos clientes e colaboradores.

Todos os Procedimentos estão-lhe associados os respetivos registos, associados na tabela 1.

**Subprocesso gestão de recursos e parcerias**

**Gestão financeira**

**Procedimentos**

## Procedimento

### Atividade financeira

#### Objetivo

Definir o procedimento “*Atividade financeira*” do Centro Paroquial e Social de Moure, define a forma de atuação da administração do CPSM para com todos os documentos e atividades relacionadas com a gestão financeira do CPSM.

#### Âmbito

Este procedimento aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD.

#### Desenvolvimento

##### Receção de faturas:

O colaborador que recebe e confere mercadoria, recebe as respetivas faturas, e sempre que exista diferença recebe a Nota de debito. Os documentos rececionados são devidamente confirmados, ou seja, confirmar a mercadoria e a guia de transporte ou fatura, e posteriormente entregar à Direção do CPSM, a os armazenar para no final de cada mês os entregar aos serviços da contabilidade, a fim deste serviço, externo ao CPSM, os lançar mensalmente nas contas da instituição.

##### Emissão de faturas a clientes:

Sempre que for necessário emitir faturas ou recibos aos clientes do CPSM, a Diretora Técnica terá de proceder à respetiva emissão dos documentos requisitados pelo cliente.

Nas faturas ou recibos emitidos devem constar o nome do cliente, número fiscal e morada, serviço prestado, valor pago e IVA cobrado.

O Cliente recebe o original da fatura ou recibo e o CPSM reserva uma cópia para o seu arquivo.

##### Entrega de Documentos ao responsável financeiro

Todos os documentos acumulados pela direção técnica, o que inclui faturas de compras, pagamentos, faturas emitidas a clientes e estratos bancários deverão ser armazenados, para que no final de cada mês encaminhe todos os documentos para o responsável financeiro.

### **Gestão do imobilizado**

Gestão dos bens e património do CPSM: o responsável pelo financeiro tem a seu cargo a gestão de todas as atividades financeiras, este deverá manter atualizado o inventário de todo o património da instituição e garantir a conservação do imobilizado, para tal deverá ter planos de manutenção e verificar a realização dos planos de manutenção.

### **Submissão eletrónica de orçamentos e contas**

O Orçamento e as Contas do CPSM são submetidas, obrigatoriamente, por via eletrónica, OCIP através do link: <https://ocip.seg.social.pt/ocip/Login.jsd>. O responsável financeiro tem de submeter à tutela da Segurança social:

- Contas anuais, até 30 de Abril do ano seguinte a que corresponde; o formulário eletrónico a preencher deverá ser acompanhado em anexo pelos seguintes documentos; a ata da aprovação de contas pela Administração do CPSM, o balancete do mês de Dezembro, balancete do apuramento de resultados, balanço e demonstração de resultados e mapa de controlo dos subsídios, sendo que este está disponível no site de Segurança Social.
- Orçamentos anuais, até 30 de Novembro do ano anterior à sua execução e as revisões orçamentais, quando ocorrerem, e com o prazo alargado até 15 de Novembro do ano a que diz respeito as revisões orçamentais. Para os Orçamentos anuais deverá ser preenchido o formulário eletrónico e anexar os seguintes documentos; ata de aprovação do orçamento pela Direção, o parecer do responsável financeiro e a memória justificativa que deverá incluir as atividades e respetivas contams e seu impacto, indicação dos procedimentos a realizar a fim de diminuir os custos no ano a que se refere o orçamento e a discriminação de contas e a identificação dos investimentos e respetivos financiamentos.

As revisões Orçamentais devem realizar-se sempre exista previsão de oscilação de custos anuais iguais ou superior a 15% do previsto no Orçamento anual ou investimento superior a 20% do previsto no Orçamento anual.

Quando necessário, a correção de contas, o responsável financeiro do CPSM, deverá solicitar a correção por via eletrónica, na aplicação do OCIP. Depois de efetuar o pedido deverá verificar o estado do pedido

## Procedimento

A submissão das Contas e do Orçamento os dados e documentos deverão estar previamente preparados. Após o preenchimento o ficheiro Excel deverá ser convertido em PDF e submetido eletronicamente pelo OCIP.

A este procedimento correspondem os seguintes Registos:

- Folha de caixa
- Balancete
- Conciliação Bancária
- Inventário de existências
- Mapa de Inventário dos bens patrimoniais/Amortizações
- Orçamento para o Ano de 20 \_\_

**Subprocesso Gestão de Recursos e parecerias**

**Gestão Financeira**

**Registos**



Registo

**Balancete**

Balancete 01 de Janeiro de 20__ a 31 de Dezembro de 20__			
Receitas		Despesas	
Saldo do ano anterior		1- Despesas Ordinárias	
2- Receitas Ordinárias		Pessoal	
Inscrição		Rendas e Seguros	
Mensalidades		Água, Eletricidade, Combustível	
Rendimentos próprios		Higiene, Limpeza e Conforto	
3- Receitas extraordinárias		Correios e Comunicações	
Doações, legados e heranças		Material de escritório	
Proveniência de festas e atividades		Atividades regulares	
Subsídios		2- Despesas extraordinárias	
Apoios financeiros		Instalações (Manutenção)	
<b>Total</b>		Aquisição de equipamento	
		Atividades extraordinárias	
		Diversos	
		<b>Total</b>	
Receitas _____ Despesas _____ Saldo para o ano seguinte _____ Deposito à Ordem _____ Em caixa _____ Total _____			

Código \_\_\_\_\_

**Conciliação Bancária**

Instituição Bancária: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Saldo do extrato bancário	€
Cheques/Débitos lançados mas não debitados no banco	€
	€
	€
	€
	€
Depósitos/Créditos lançados mas ainda não creditados	€
	€
	€
	€
	€
Saldo da conta (1)	€
Saldo retirado da conta	€
Movimentos debitados no Banco	€
	€
	€
	€
	€
Movimentos creditados no Banco	€
	€
	€
	€
Saldo retirado da conta (2)	€
Diferença= (2)-(1)=	€

Código \_\_\_\_\_



Registo

Mapa de Inventário dos bens patrimoniais/Amortizações

Ano 20\_\_

Equipamento		Ano de aquisição	Vida útil	Taxa	Valor de aquisição	Valor de amortização	Amortizações		Valor atual	Estado de Conservação	
Código	Designação						Anteriores				Acumulados
							Ano	Valor			
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
					€	€		€	€	€	
Total					€	€		€	€	€	

Código \_\_\_\_\_

## Registo

## Orçamento para o Ano de 20 \_\_

Receitas	
Orçamento Ano 20__	Valor
Mensalidade	€
Subsidio	€
Doações	€
Apoios da SS	€
Patrocínios	€
Campanhas de angariação	€
Rendimentos patrimoniais	€
Rendimentos de produtos financeiros	€
Outros	€
Outros	€
Subtotal	€
Saldo do Ano anterior	€
Receitas totais	€
Saldo Total	€

<b>Despesas</b>	
Despesas	Valor
Manutenção das Instalações	€
Manutenção das viaturas	€
Rendas e seguros	€
Ordenados	€
Alimentação	€
Produtos de higiene e conforto	€
Água, eletricidade e combustível	€
Comunicações e Correio	€
Economato	€
Empréstimos	€
Juros	€
Equipamento a comprar	€
Formação	€
Atividades socioculturais	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
Despesas totais	€
Saldo (Receitas totais – Despesas totais)	€

Registo

CPSM

# Relatório

---

**CPSM**  
**01-01-2013**

## Registo

### Relatório

**Assunto**

---

---

**Sumário**

---

---

---

---

---

---

**Desenvolvimento**

Código \_\_\_\_\_

## Registo

Resumo

---

---

---

---

---

Anexos:

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Direção

---

Diretor Técnico

---

Código \_\_\_\_\_



## **Subprocesso gestão de Recursos e parcerias**

### **Gestão da informação**



2013

# Manual de acolhimento ao Cliente



## Mensagem da Direção

Caríssimo Cliente:

É com o maior prazer que lhe damos as boas vindas. Neste dia do seu acolhimento queremos, fornecer-lhe as melhores condições de integração para que se sinta parte desta nova Família.

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 sua nova casa

As dúvidas que surjam após a leitura deste documento podem ser colocadas à Direção do Centro Paroquial e Social de Moure ou à sua Direção Técnica.

Deste modo esperamos corresponder às suas expectativas. Em nome de toda a equipa que estará ao seu dispor damos-lhe as boas vindas, esperando que encontre felicidade e conforto nesta casa que o recebe afavelmente, uma vez que a vida Humana não se preenche unicamente com significados estéreis mas sim com demonstrações de amor ao próximo, sendo o ser humano, na sua complexidade, indubitavelmente muito mais que “a soma das suas partes”

Ao seu dispor,

A Direção do Centro Paroquial e Social de Moure

A Direção

---

Mensagem da Direção .....	2
História .....	4
Missão, Visão e valores.....	4
Sede do CPSM.....	4
Estrutura do CPSM .....	5
Como chegar ao CPSM .....	5
Morada: .....	6
Contactos: .....	6
Serviços prestados.....	6
Lar.....	6
Serviços Administrativos/Secretaria.....	6
Serviço Psico-social.....	7
Acompanhamento Médico.....	7
Serviços Enfermagem.....	7
Serviço de Animação.....	7
Serviço de Apoio Gerontológico .....	7
Serviço de Animação da Fé.....	7
Regras Especificas de convivência e de segurança.....	7
SAD.....	8
Alimentação.....	8
Higiene Pessoal.....	8
Higiene Habitacional.....	8
Tratamento de Roupas .....	9
Outros Serviços.....	9
Recursos humanos.....	9
Direitos e deveres.....	9
Direitos e deveres dos clientes.....	9
Direitos e deveres do CPSM.....	10
Direitos da Entidade Gestora (CPSM) .....	10
Deveres da Entidade Gestora (CPSM) .....	10
Participação dos familiares/Cuidadores .....	11

## Instituição Centro Paroquial e Social de Moure

### História

O Centro Paroquial e Social de Moure designa-se por pessoa jurídica canónica pública, por decreto do Arcebispo Primaz de Braga. Segundo o DL nº119/83, fica integrado da ordem civil como instituição Particular de solidariedade Social (IPSS), sem fim lucrativo (IPSS), o seu maior objetivo é ajudar os idosos carenciados da freguesia e restantes localidades.

O Centro é composto por um conjunto de valências, sendo estas: apoio domiciliário, apoio na alimentação no domicílio; Serviços de higiene pessoal, habitacional e tratamento de roupa.

Este «Centro Paroquial e Social de Moure» foi inaugurado no dia 17/02/1988 possui capacidades para 6 Idosos, ou seja 3 homens e 3 mulheres. O centro acolhe pessoas de ambos os sexos, para lhe proporcionar um ambiente saudável de convívio; promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados; assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento; promover a participação ativa dos clientes ou seus representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais. Tem por objetivo essencial facultar respostas de ação social direcionadas para a terceira idade, através da concessão de bens e da prestação de serviços, nomeadamente: apoio às famílias; proteção dos cidadãos na velhice e em todas as situações de carência ou de incapacidade para o trabalho; promoção da educação e da formação profissional; apoio à integração social e comunitária; e com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos.

### Missão. Visão e valores

- **Missão**

Contribuir para o desenvolvimento harmonioso e integração na comunidade da população envelhecida, trabalhando em parceria com as famílias na prestação serviços de carácter temporário e/ou permanente. Prestar serviços cada vez mais qualificados e certificados através de uma política de melhoria contínua, tendo em conta a satisfação das necessidades dos utentes e respetivos familiares.

- **Visão**

Demarcar-se das demais instituições análogas pela primazia da qualidade nos serviços prestados aos cidadãos em particular e à comunidade no todo.

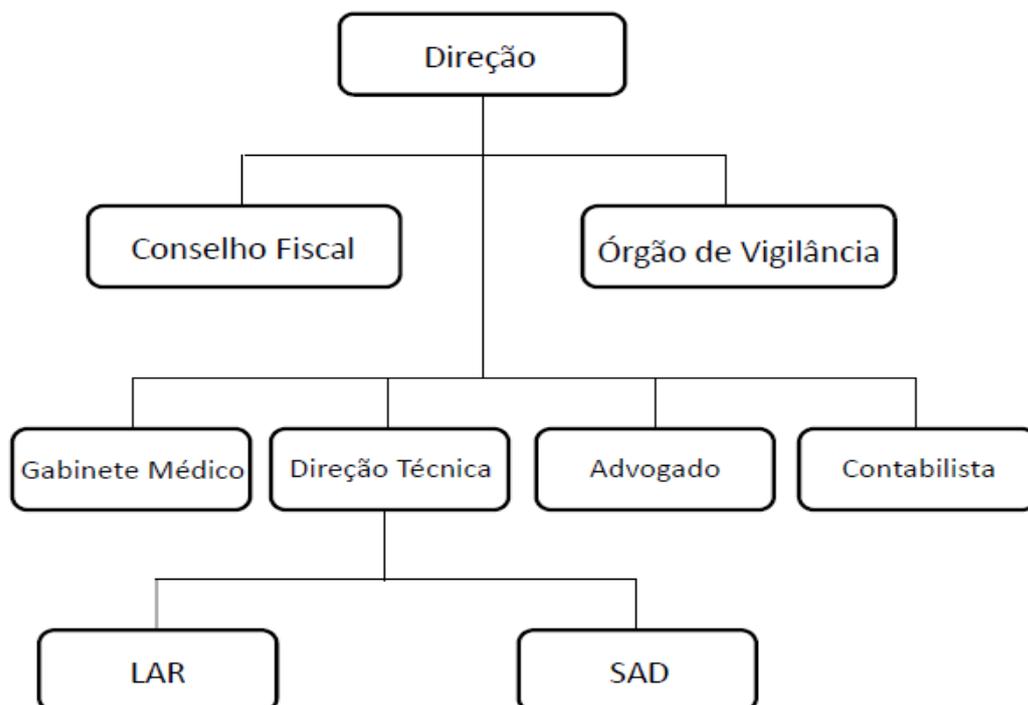
- **Valores**

Solidariedade, confiança e respeito.

### Sede do CPSM

O Centro Paroquial e Social de Moure apresenta a sua sede na freguesia de Moure, concelho de Vila Verde, com os contactos de telefone 253 927 334, Fax. 253 927 669 e email: cpsmoure@mail.telepac.pt.

### Estrutura do CPSM



## Como chegar ao CPSM



### **Morada:**

Avenida Padre Mário

4730 Moure

Vila Verde

### **Contactos:**

Telefone: 253 927 334

Fax: 253 927 669

Telemóvel: DT 93 7999 991

Secretária: 93 7999 992

Email: [cpsmoure@gmail.telepac.pt](mailto:cpsmoure@gmail.telepac.pt)

## Serviços prestados

### Lar

O Lar residencial do Centro Paroquial e Social de Moures alberga idosos em condição de maior risco de perda de autonomia, em regime interno, garantindo-lhes melhoria da qualidade de vida.

Cuidados pessoais – Apoio nas atividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas, medicação, apoio médico e de enfermagem, psicológico, etc...).

Lavandaria – Tratamento de roupa, sendo este serviço realizado diariamente e sempre que se torne necessário.

Refeições – As ementas são elaboradas por uma Nutricionista, que elabora as ementas tendo em conta as necessidades de cada cliente, mediante o quadro clínico de cada uma política de promoção de uma alimentação saudável e variada.

O horário das refeições é o seguinte:

- Pequeno-almoço: 8h00 às 9h00;
- Almoço: 12h00 às 13h00;
- Lanche: 16h00;
- Jantar: 19h00;
- Ceia: 23h00 às 23h30;

### Serviços Administrativos/Secretaria

Este serviço tem com objetivo garantir o atendimento, contabilidade, entrega de receitas pagamento de despesas e tratamento de documentação.

### Serviço Psico-social

Este serviço será prestado pela Diretora Técnica quando solicitado pelos clientes.

### Acompanhamento Médico

Serviço prestado pelo médico em horário afixado, e sempre que seja necessário para o cliente.

### Serviços Enfermagem

O serviço de Enfermagem é prestado pela enfermeira em horário afixado. Os serviços prestados são os seguintes: preparação da medicação, medição da tensão arterial, glicemia, realização de pensos, etc.

### **Serviço de Animação**

As atividades de animação sócio culturais para os clientes, são um meio para lhes permitir experimentar uma série de técnicas e de atividades lúdicas adequadas à sua faixa etária e às necessidades de cada cliente. A animadora promove atividades a fim de estimular estes tempos de lazer de forma adequada e eficaz, tendo a preocupação de ir ao encontro dos gostos e preferências dos clientes. As atividades decorrem no salão do Centro Paroquial e Social de Moure.

O horário das atividades encontra-se afixado no Hall de entrada do CPSM.

### **Serviço de Apoio Gerontológico**

Este serviço será prestado pela Gerontóloga Social do CPSM, atendendo à integração de novos clientes e apoiar as respetivas famílias, mediação de conflitos, aplicação de escalas de avaliação multidimensional do idoso e levantamento de necessidades, entre outras. Este serviço será prestado sempre necessário.

### **Serviço Espiritual/Religião Católica**

O Sr. Padre Sandro Vasconcelos é o responsável pelo serviço religioso, promove momentos de oração diária, a celebração da eucaristia e atendimento espiritual aos colaboradores e clientes.

### **Regras Específicas de convivência e de segurança**

A cliente é-lhe proibido:

- O consumo de medicamentos sem prescrição médica;
- O uso de botijas e cobertores elétricos, aquecedores e outros aparelhos que se revelem perigosos para a segurança das pessoas e das instalações;
- Fumar dentro do Lar;
- Ser portador de qualquer arma.
- Roupa Pessoais

Os clientes deverão ter os seguintes procedimentos, quanto ao cuidado com as suas roupas pessoais.

- A roupa pessoal deve conter marca pessoal que permita a respetiva identificação;

- O cliente deverá ter uma lista de peças pessoais e entrega-la à direção técnica, sendo que o CPSM não se responsabiliza pelo desaparecimento de peças não identificadas;

## **SAD**

### **Alimentação**

O CPSM fornecerá a todos os clientes que requisitem o serviço. O almoço é composto por uma sopa, o prato principal (carne ou peixe) e sobremesa (fruta). As refeições são variadas e adequadas á dieta alimentar do cliente.

A ementa é mensal, encontra-se afixada na entrada do CPSM e distribuída aos clientes. As refeições são transportadas ao domicílio numa marmitta térmica a partir das 11h30; na entrega da alimentação deverá ser devolvida a marmitta do dia anterior.

### **Higiene Pessoal**

O serviço de higiene pessoal baseia-se na prestação de cuidados de higiene corporal e conforto e é prestado mediante a requisição do cliente, podendo esta ser diária ou não, ocorrendo esta atividade da parte da manhã. Sempre que se justifique o serviço poderá compreender mais do que uma higiene pessoal diária, sendo que a equipa poderá ainda colaborar na prestação de cuidados de saúde.

### **Higiene Habitacional**

O serviço de higiene habitacional refere-se à arrumação e limpeza do domicílio das zonas da habitação do cliente. É efetuado apenas 1 vez por semana durante Aproximadamente 1 hora 30 minutos máximo.

### **Tratamento de Roupas**

Este serviço resume-se na recolha, lavagem, secagem, engomagem e distribuição da roupa pessoal ou roupa de casa. A sua limpeza poderá ser realizada nas instalações da Instituição ou na habitação do utente.

Podem-se fazer ainda pequenos arranjos na roupa caso seja necessário.

### **Outros Serviços**

Sempre que solicitado pelo cliente e mediante a disponibilidade das ajudantes de Ação Direta poder-se-á prestar outros serviços, como acompanhamento ao exterior, apoio na aquisição de bens e serviços.

### **Recursos humanos**

- 1 Gerontólogo social
- 1 Psicólogo
- 1 Gestora
- 1 Contabilista
- 1 Advogado
- 1 Medico
- 1 Enfermeiro
- 1 Animador sociocultural
- 1 Administrativo
- 1 Cozinheiro
- 11 Ajudante de ação direta
- 5 Auxiliares de serviços

### **Direitos e deveres**

#### **Direitos e deveres dos clientes**

#### **O cliente tem direito a:**

- Usar as instalações do CPSM
- Usufruir do plano de cuidados estabelecidos;
- Ser respeitado pela sua maneira de ser e estar;
- Usufruir de serviços com qualidade;
- Ter serviço de limpeza do seu habitat e tratamento de roupa;

- Poder participar nas festas, passeios e visitas que se realizem;
- Ser respeitado na sua ideologia, crença religiosa, opções sexuais, etnia;

**O cliente tem o dever de:**

- Colaborar com a equipa do CPSM sempre que lhe seja possível, e não exigir serviços para além do plano estabelecido;
- Pagar atempadamente o valor acordado com o CPSM.
- Manter um bom relacionamento com os funcionários, clientes e a Instituição em geral, zelando sempre pelo mutuo respeito;

**Direitos e deveres do CPSM**

**Direitos da Entidade Gestora (CPSM)**

São direitos da entidade gestora da Instituição:

- A lealdade e respeito por parte dos utentes e pessoas próximas;
- Exigir o cumprimento do Regulamento Interno;
- Receber as participações mensais e outros pagamentos devidos, nos prazos fixados.

**Deveres da Entidade Gestora (CPSM)**

São deveres da entidade gestora do estabelecimento/serviço:

- Proporcionar serviços permanentes e adequados aos clientes;
- Garantir a qualidade dos serviços prestados;
- Garantir aos utentes a sua individualidade e privacidade;
- Garantir o sigilo dos dados constantes nos processos individuais dos utentes;
- Contribuir, dentro do possível, para a melhor qualidade de vida dos clientes no seu processo natural de envelhecimento;
- Desenvolver atividades ocupacionais, de forma a contribuir para o bem-estar dos utentes;

- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter familiar e potenciar a integração social.

### **Participação dos familiares/Cuidadores**

Aquando a integração do cliente no Lar de Idosos ou no Serviço de Apoio Domiciliário, a família tem um importante papel, no sentido de garantir a continuidade entre a vida que a pessoa idosa levava e a que passará a ter apos usufruir o serviço da instituição.

Estes terão que acompanhar todo o processo do cliente, ou seja, terá que ser parte integrante nos seguintes processos: Candidatura, Admissão e Acolhimento, Plano individual, planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal e cuidados pessoais

A participação dos familiares dos clientes e/ou os seus cuidadores torna-se fundamental para o seu bem-estar e qualidade de vida. Assim, esperamos que mantenham a ligação afetiva e social com o cliente, quer através de visitas periódicas no horário estabelecido, quer através da participação em atividades na própria instituição, sempre que se proporcione.

## Atendimento presencial ou telefónico

### Objetivo

Definir o procedimento de atendimento presencial e telefónico do Centro Paroquial de Moure, de forma clara e concisa.

### Âmbito

O procedimento “Atendimento presencial ou telefónico” deverá ser documentado para definir o controlo necessário à sua execução. Descrevendo o atendimento presencial ou telefónico do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

A prestação de informação poderá realizar-se por contato presencial ou telefonicamente, tendo um horário de atendimento entre as 09h e as 19h. O colaborador responsável pelo atendimento é a rececionista/administrativa.

O contato poderá ser realizado pelo cliente, familiar ou por organização encaminhadora.

A prestação de informação e os documentos disponibilizados serão registados no impresso Registo de Informação Disponibilizada ao Cliente.

### Contato presencial

O local de atendimento situa-se á entrada do edifício para os clientes, comporta como um local calmo e agradável.

O atendimento consuma-se pela ordem de chegada dos clientes.

A informação e documentos disponibilizados ao cliente pelo responsável do atendimento são:

- O Boletim de informação do Centro Paroquial e Social de Moure, que contenha informação relevante e atualizada, onde conste os serviços que a Instituição dispõe.
- Informação sobre os serviços pretendidos pelo cliente
- Critérios de admissão
- Regras de gestão da lista de candidatos
- Serviços existentes e quais os horários em que estes são prestados
- Regras para assegurar a confidencialidade da informação dos clientes
- Informação sobre as regras das mensalidades dos clientes pela utilização dos serviços e equipamentos

No primeiro contato do cliente ou familiar com o Centro Paroquial e Social de Moure, o responsável de atendimento disponibiliza o impresso – Ficha de inscrição, facultando as informações necessárias ao seu preenchimento e a referenciar a documentação necessária para formalizar a inscrição. A documentação necessária é:

- Cópia do cartão do cidadão do cliente e do seu representante legal ou cópia do bilhete de identidade, contribuinte, cartão de beneficiário da Segurança Social, cartão do Serviço Nacional de Saúde.

O preenchimento de alguns itens deverá ser efetuado pelo cliente, sendo os restantes itens preenchidos pelo Responsável do Atendimento. O colaborador deve disponibilizar-se para ajudar o cliente ou familiar a preencher a ficha de inscrição e verificar se esta é preenchida corretamente.

No impresso, as questões são explicativas, as quais pretendem obter a informação necessária a ser obtida e registada. Assim, é da competência do responsável do atendimento colaborar e apoiar no preenchimento e adequar as questões às especificidades de cada cliente, substituindo as questões mais genéricas.

O responsável pelo atendimento deverá convidar o cliente ou familiar a visitar as instalações do Centro Paroquial e Social de Moure.

### **Contato telefónico ou outros**

A prestação de informação via telefone ou por outra via (email) é feita de forma sumária, respeitando sempre a solicitação do utente ou cliente, destacando os seguintes itens:

- Os serviços prestados pela instituição
- O horário de funcionamentos da instituição, dos serviços prestados e atendimento ao cliente
- Os critérios de admissão
- As vagas existentes e qual a gestão da lista de candidatos
- Disponibilizar a ficha de inscrição e a respetiva lista de documentos necessários, por via email, e oferecer disponibilidade para uma visita ao Centro Paroquial e Social de Moure, a fim de dar a conhecer as instalações e modo de funcionamento da instituição.

### **Receção do pedido de inscrição**

Na receção do pedido de inscrição, o responsável pelo atendimento deve analisar o preenchimento da ficha de inscrição e se as cópias dos documentos exigidos são conformes. Estes deverão ser anexados á ficha de inscrição. Depois de verificado, o responsável do atendimento deverá atribuir um número de entrada, sequencial por ordem de chegada.

Deverá ser entregue ao cliente o comprovativo como foi realizada a inscrição, identificando a data, o colaborador que deu apoio e recebeu a inscrição.

Os clientes ou familiares serão posteriormente informados sobre a fase seguinte do processo de inscrição, na qual se procederá à avaliação dos requisitos iniciais através de entrevista de diagnostico, a qual poderá realizar-se no ato de inscrição ou imediatamente a seguir. Os documentos do cliente, anexados à ficha de inscrição, serão disponibilizados pelo responsável do atendimento ao Diretor Técnico que realizará a entrevista de diagnóstico.

#### **Clientes sinalizados pela rede social**

A situação que são sinalizadas pela Rede Social de Suporte, a resposta pelo SAD é imediata, a valência Lar está dependente das vagas existentes.

O contato com o Centro Paroquial e Social de Moure é promovido pela Rede Social de Suporte, a fim de solicitar a existência de vaga. Quando existe vaga, responsável de atendimento do Centro Paroquial e Social de Moure procede à avaliação inicial dos requisitos, informando a entidade sinalizadora da admissibilidade do potencial cliente. Mediante a admissão do cliente, são requeridos à entidade sinalizadora o processo individual do utente, para avaliação da Diretora Técnica.

Depois da admissão do cliente, o Centro Paroquial e Social de Moure assume os trâmites processuais aplicados à generalidade dos clientes, mantendo contato com a entidade sinalizadora a fim de manter o contato com a entidade sinalizados, para garantir acesso a informações adicionais, quando estas se justificarem.

Quando o Centro Paroquial e Social de Moure não dispuser de vaga, deverá informar a entidade sinalizadora quais os motivos de impedimento à admissão do cliente.

A este procedimento está associado o registo “Informação disponibilizada ao cliente”.

## Confidencialidade

### Objetivo

Definir o procedimento de *Confidencialidade* do Centro Paroquial e Social de Moure, promovendo a privacidade dos dados pessoais dos seus clientes e definir com acede à informação.

### Âmbito

Este procedimento aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD.

### Desenvolvimento

Todos os elementos da equipa de colaboradores do CPSM têm acesso a informação quer do CPSM quer dos seus clientes. Os dados referentes quer ao CPSM quer a clientes deverão ser mantidos em sigilo, pois estes dizem apenas respeito à instituição e aos seus clientes.

Toda a informação disponibilizada no CPSM é tratada de forma a garantir a confidencialidade. O cliente preenche a ficha de inscrição, disponibiliza fotocópia dos seus documentos, quando o contrato é realizado. Estes são encaminhados para a Diretora técnica e são de sua responsabilidade, incumbindo-lhe a gestão da informação a disponibilizar aos restantes colaboradores.

Toda a informação pessoal do cliente é guardada em suporte digital, em que apenas a diretora técnica tem acesso, pois está protegido por uma palavra-chave. A informação do cliente em formato papel é arquivada num armário, devidamente fechado, e as suas chaves são da responsabilidade da Diretora Técnica.

É da responsabilidade do Diretora Técnica a gestão da informação aos colaboradores. Este apenas cede o nome, a morada, a dieta a seguir e alguma informação de saúde, quando esta o justifique e seja indispensável.

Aos colaboradores cabe-lhes apenas a execução das tarefas e reportarem toda a informação sobre o cliente à Diretora Técnica.

É considerada, também, toda a informação que faça parte do quotidiano do CPSM e dos seus colaboradores. Sendo que todos os seus colaboradores, equipa técnica e Direção estão obrigados a manter o sigilo profissional, conforme legislado no artigo 17 da Lei 67/98 de 26 de Outubro.

A este procedimento está-lhe associado o registo “Comunicação de informação de clientes/Serviço a colaboradores”.

## Informação disponível em cópia ao cliente

### Objetivo

Definir o procedimento de disponibilização de informação ao cliente ou seu representante legal.

### Âmbito

O procedimento “*Informação disponível em cópia ao Cliente*” aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

O Centro Paroquial e Social de Moure dispõe de metodologia que permite disponibilizar a seguinte informação ao cliente, quando este a solicitar.

A informação disponibilizada ao cliente será cedida verbalmente e em cópia, os documentos a disponibilizar serão os seguintes:

- Plano de atividades de animação social, cultural e recreativa
- Metodologia da candidatura/admissão
- Metodologia de avaliação das necessidades
- Metodologia de atuação em situação negligência, abusos e maus tratos
- Serviços disponíveis e respetivos preços
- Horário da prestação dos serviços
- Acordo de cooperação
- Organograma
- Mapa de férias dos colaboradores
- Informação sobre a qualificação profissional dos colaboradores da instituição
- Identificação das entidades a contactar em caso de necessidade, tal como INEM, centro de saúde, bombeiros e PSP/ Guarda Nacional Republicana.

O cliente terá acesso à seguinte informação, sempre que a solicite:

- Identificação dos colaboradores
- Identificação do responsável pelo acompanhamento e supervisão
- Identificação dos colaboradores dos parceiros intervenientes na prestação de serviço (o médico, enfermeiro, advogado, contabilista, fisioterapeuta) e dos fornecedores
- Processo individual do cliente

- Original do contrato
- Informação facilitadora de acesso ao exterior, a fim de aceder a serviços da comunidade
- Regras e condições de acompanhamento do cliente aos serviços comunitários
- Regras e condições de segurança para o apoio e aquisição de bens e serviços em nome do cliente

A este procedimento está associado o registo “Informação disponibilizada ao Cliente – Lar/SAD

## Documentação exposta em local acessível

### Objetivo

Definir o procedimento de afixação dos documentos informativos do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Âmbito

O procedimento " *Documentação exposta em local acessível*" aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

Deverão estar afixados, no placard situação no hall de entrada do Centro Paroquial e Social de Moure os seguintes documentos:

- Cópia do alvará de licenciamento ou cópia de Acordo de Cooperação
- Horário de funcionamento da instituição
- Identificação do diretor Técnico
- Mapa dos colaboradores, que deverão incluir os horários de trabalho e mapa de férias
- Regulamento interno
- Mapa de ementas
- Plano de atividades de animação social, cultural e recreativa
- Preçários com a indicação da prestação mínima e máxima
- Referencia ao Livro de Reclamações
- Publicação dos apoios financeiros da ISS; I.P.
- Regulamento das comparticipações dos clientes e familiares
- Regulamento da mensalidade dos clientes pela utilização dos serviços
- Deverá, também, estar afixado os seguintes documentos
  1. Missão, Visão e valores do Centro Paroquial e Social de Moure
  2. Critérios de admissão na Instituição.

## Quebra de confidencialidade

### Objetivo

Definir o procedimento de “*Quebra de Confidencialidade*” do Centro Paroquial e Social de Moure, promovendo a privacidade dos dados pessoais dos seus clientes e definir o procedimento a adotar pela Direção do CPSM.

### Âmbito

Este procedimento “*Quebra de confidencialidade*” aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD e aos seus colaboradores.

### Desenvolvimento

Todos os elementos da equipa de colaboradores do CPSM têm acesso a informação quer do CPSM quer dos seus clientes. Os dados referentes quer ao CPSM quer a clientes deverão ser mantidos em sigilo, pois estes dizem apenas respeito à instituição e aos seus clientes.

Todos os colaboradores e equipa técnica do CPSM estão obrigados ao sigilo profissional, legislado pela 67/98 de 26 de Outubro, em que todos os que no exercício das suas funções tenham conhecimento de dados pessoais ficam obrigados a sigilo profissional, mesmo após término de funções, o número 1 do artigo 17.

Os dados pessoais devem ser tratados de forma lícita e com respeito. Os dados do CPSM e dos clientes e colaboradores deverão ser utilizados com legitimidade, adequadamente à finalidade para os quais foram cedidos e conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares durante o período necessário para dar continuidade às necessidades da sua recolha.

O não cumprimento do sigilo profissional e uso indevido dos dados pessoais cedidos a colaboradores e a equipa técnica está legislado no artigo 38 da Lei 67/98 de 26 de Outubro e classificado como uma contra ordenação punível por coima, aplicada pelo Presidente da CNPD (Comissão Nacional de Proteção de Dados).

O artigo 47 da Lei 67/98 de 26 de Outubro prevê a ocorrência de violação do sigilo profissional, poderá ser punido com pena de prisão até 240 dias, o comportamento negligente dos colaboradores e equipa técnica é punido com prisão até 6 meses ou multa até 120 dias, dependendo o procedimento criminal de queixa por parte da pessoa ou instituição lesado.

Sempre que a direção do CPSM ou algum cliente ou colaborador verifiquem quebra de confidencialidade ou uso indevido de dados pessoais deverá proceder ao apuramento de factos, dos respetivos responsáveis pela quebra de confidencialidade ou pelo uso indevido e abusivo de dados. Para tal, a Direção do CPSM deverá abrir um inquérito com o objetivo de apurar a verdade dos factos. Para tal deverá ser aberto um Procedimento disciplinar, conforme o regulado pelo Código do trabalho, na Seção III do Capítulo VI, pela Direção do CPSM. Este deverá ocorrer durante os 60 dias após a sua ocorrência, prescrevendo após um ano de ser instaurado, caso não seja comunicada a decisão final. A sanção disciplinar não deverá ser aplicada sem a realização de audiência com o colaborador ou membro da equipa técnica, alvo do procedimento disciplinar. Devendo a Direção atuar conforme o código do trabalho e recorrer sempre que necessário ao Gabinete Jurídico do CPSM.

O CPSM deverá manter atualizado o registo das sanções disciplinares atualizadas, conforme o artigo 332 do Código do Trabalho.

A par do Procedimento disciplinar movido pela Direção do CPM, o lesado poderá proceder à queixa para a entidade competente, a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A este procedimento estão associados os registos:

- Relatório
- Registo de sanções disciplinares

## Reclamações

### ***Objetivo***

Definir o procedimento a adotar para o tratamento de reclamações em relação as serviços prestados pela Instituição e avaliar a satisfação dos clientes/familiares com os serviços prestados pela instituição.

### ***Âmbito***

Aplicar-se-á a todo as reclamações e ações que possibilitem avaliar a satisfação de todos os clientes da Instituição.

### ***Modo de proceder***

Será administrado, anualmente, um *Questionário de Avaliação da Satisfação dos clientes/utentes*, a ser preenchido pelo próprio ou pessoa responsável.

Depois de os *Questionário de Avaliação da Satisfação dos clientes/utentes* preenchidos, serão entregues ao responsável da Qualidade, este deverá realizar uma primeira análise a todos os questionários, com o propósito de identificar sugestões ou factores de insatisfação em que se torne pertinente atuação imediata. No caso de serem identificadas sugestões ou factores de insatisfação deverão ser comunicadas ao Direto Técnico. Deverão ter tratamento estatístico de dados anualmente, a fim de proceder à implementação de ações de melhoria.

No final do processo, deverão ser afixados o resumo do tratamento estatístico dos Inquéritos, e um agradecimento aos clientes.

### ***Tratamento de reclamações***

- Apos a receção da reclamação, esta é analisada no sentido de ser ou não aceite e de se resolver o problema de imediato, ou acordar com o cliente uma futura solução.
- Se o cliente pretende registar a reclamação no Livro de Reclamações, este deverá ser facultado ao cliente e comunicar de imediato Direção que procederá conforme a legislação em vigor.
- As reclamações serão comunicadas ao Responsável da Qualidade, que registará no IMP a não conformidade, ação corretiva/preventiva.
- As reclamações registadas no Livro de Reclamações, serão fotocopiadas e entregues à Direção, que regista e anexa ao IMP a não conformidade, ação corretiva/preventiva.

- Todas as reclamações serão analisadas com o objetivo de identificar as causas que originaram a não conformidade e, sempre que possível, implementar as ações corretivas ou preventivas que impeçam a repetição de não conformidades.
- O Responsável pelas Reclamações deverá manter um registo atualizado das reclamações recebidas e qual o seu ponto de situação no Registo Anual de Reclamações.
- O cliente deverá ser informado em cada fase do tratamento da reclamação, por escrito, anexando uma fotocópia ao seu processo individual.

A este procedimento está associado o relatório “Tratamento de reclamações”.

## Reuniões com a Gestão e os colaboradores

### Objetivo

O procedimento “*Reuniões com a Gestão e os colaboradores*” permite tipificar a as reuniões que a gestão deverá realizar com os colaboradores da instituição.

### Âmbito

O procedimento “Reuniões com a Gestão e os colaboradores” aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

Este procedimento deverá realizar-se mensalmente, com a finalidade de tratar de todos os assuntos que envolvam o funcionamento da instituição: os clientes e os serviços, as atividades, sugestão de melhorias, reclamações dos clientes, estado do equipamento e o esclarecimento de dúvidas.

O grupo da reunião procuram discutir e trocar ideias e informações para encontrar soluções com a finalidade de melhorar os serviços prestados pelo Centro Paroquial e Social de Moure.

As reuniões deverão ser registadas em ata, estas deverão registar a data, os assuntos tratados na reunião e assinadas pelos participantes.

A este procedimento está associada o registo “Ata de reunião Colaboradores”

## Normas de respeito e de trato para o cliente

### Objetivo

O procedimento “*Regras de respeito e de trato para o cliente*” tem como objetivo uniformizar e tipificar regras de conduta e comportamental dos funcionários perante os clientes no Centro Paroquial e Social de Moure.

### Âmbito

Procedimento “*Regras de respeito e de trato para o cliente*” aplica-se a todos os funcionários do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

Todos os funcionários do Centro Paroquial e Social de Moure deverão providir à adoção das seguintes normas, com a finalidade de obter uma atitude profissional adequada e a fomentarem uma imagem exemplar da Instituição.

### Normas de trato para com o cliente:

- Garantir a privacidade dos clientes
- Garantir, sempre que possível, a autonomia
- Garantir a dignidade, e a confidencialidade dos clientes
- Promover relações empáticas com os clientes
- Informar o cliente de todas as tarefas a realizar, e sempre que necessário motivar o cliente para colaborar na tarefa (ex: banho)
- Não envolver os clientes em conflitos internos, quer com colegas quer com a Instituição
- Não transmitir problemas quer pessoais quer profissionais ao cliente
- Não revelar informação de outros clientes.

### Normas de apresentação dos colaboradores:

- Os colaboradores devem estar devidamente apresentados, de forma limpa, sem ostentação e com a farda da instituição
- O calçado e vestuário devem ser confortáveis e discretos
- Usar as fardas e respetivo cartão de identificação
- Não utilizar maquilhagem nem acessórios

- O cabelo deverá estar preso
- Sempre que necessário proceder ao uso de luvas descartáveis, máscaras faciais

#### **Normas de comportamento**

- Tratar o cliente pelo nome
- Estar devidamente fardado para iniciar a atividade
- Lavar com frequência as mãos
- Ter um discurso assertivo e pausado
- Não utilizar o telemóvel pessoal, durante o horário de trabalho
- O telemóvel de serviço deverá estar em silêncio, utilizando-o apenas em situações de emergência
- Durante a execução de tarefas não é permitido comer e mastigar pastilhas elásticas
- Os horários de trabalho dos funcionários são definidos mensalmente pela Direção Técnica

A evidência de cumprimento deste procedimento verificar-se-á na administração do Inquérito “Avaliação da Satisfação dos clientes”

## Sugestões de melhoria

### Objetivo:

Definir e escrever o procedimento de sugestões de melhoria do Sistema de Gestão da Qualidade do Centro Paroquial e Social de Moure, de forma clara e concisa, com a finalidade de proceder ao tratamento de sugestões e à implementação quando estas sejam pertinentes.

### Âmbito:

O procedimento “Sugestões de melhoria” deverá definir o controlo necessário à sua execução, aplica-se o procedimento de “Sugestões de melhoria” do SGQ, do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento:

Sugestões de melhoria podem ter origem nas fichas de sugestões, do relatório da direção, dos questionários de satisfação e das reuniões com a direção e funcionários.

O Centro Paroquial e Social de Moure tem ao dispor dos seus clientes, na entrada da Instituição uma caixa que está devidamente identificada, onde se procede à recolha das sugestões auferidas pelos seus clientes, familiares, funcionários e todos os stakeholders interessados.

Às sugestões escritas o tratamento a seguir será o seguinte:

Mensalmente a Direção procede à recolha das sugestões que se encontrem colocadas na caixa de sugestões. Estas sugestões serão analisadas pela direção. Cabendo ao diretor a análise pormenorizada do conteúdo da sugestão, a fim de serem ou não tomadas medidas de implementação da sugestão de melhoria.

Estas sugestões, tenham ou não sido implementadas deverão constar dos relatórios da gestão.

O tratamento de sugestões provenientes por outros meios.

As sugestões de melhoria que resultem de Relatórios da direção e da gestão, das reuniões entre a direção e os funcionários e dos questionários de avaliação. Estas sugestões de melhoria deverão passar uma avaliação pormenorizada com vista à existência de fundamentação a fim de proceder à sua implementação.

Os resultados do tratamento de sugestões de melhoria serão afixados em relatório, no escaparate, localizado no hall de entrada do Centro Paroquial e Social de Moure.

A este procedimento estão associados os seguintes registos:

- *Registo de sugestões*
- *Relatório de melhoria*
- *Questionários de satisfação do cliente*
- *Ata de reunião com colaboradores*

## Transmissão de informação entre colaboradores

### Objetivo

Este procedimento tem como objetivo uniformizar e tipificar a transmissão de informação entre colaboradores, quer sobre as suas funções, quer sobre os utentes.

### Âmbito

O Procedimento “*Transmissão de informação entre colaboradores*” aplica-se a todos os funcionários e funções do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

A transmissão de informação entre os colaboradores atempadamente é fulcral para o bom funcionamento da instituição e garantir a satisfação dos clientes pelos serviços prestados.

Quer na valência Lar quer na valência SAD existe o registo “Comunicação de Informação” no qual são anotadas todas as informações anómalas quer sobre clientes quer sobre os serviços. Este registo é realizado com o desígnio de transmitir toda a informação necessária entre colaboradores e os diferentes turnos sobre os clientes ou sobre os serviços da instituição.

Sempre que surja necessidade de transmitir uma informação sobre clientes ou serviços, estes serem anotados, no registo próprio, onde deverá ser identificado o nome do cliente ou identificar o serviço, deverá também referenciar-se o assunto a transmitir, colocar a data e assinar o nome do colaborador que efetua o registo da informação.

O colaborador que entra ao serviço, no turno seguinte, deverá consultar o registo, a fim de verificar a existência de registo de nova informação sobre clientes ou serviços.

Sempre que a Direção do CPSM pretenda transmitir alterações de regras e norma de funcionamento do CPSM, a Direção deverá transmitir a informação através de uma circular informativa. Desta circular informativa deverá constar o Numero da Circular informativa, a data, qual o assunto a transmitir aos colaboradores. A Direção e Diretor Técnico deverão assinar a Circular Informativa.

Em anexo deverá constar a assinatura dos respetivos colaboradores.

A este procedimento corresponde o registo:

- “Comunicação de informação de clientes/Serviço a colaboradores”
- Circular informativa

### Documentos externos

#### Objetivo

Definir o procedimento de “Documentos externos” do Centro Paroquial e Social de Moure, promover a organização e facilitar o acesso aos documentos externos, sempre que seja necessário para o bom funcionamento do CPSM.

#### Âmbito

Este procedimento aplica-se a todos os colaboradores do Centro Paroquial e Social de Moure.

#### Desenvolvimento

Os manuais e documentos de origem externa ao CPSM estão arquivados e ao acesso dos colaboradores, sempre que solicitado à Direção Técnica do CPSM.

Produto	Manual de Utilização	Garantia	CD Drivers/Instalação
Fax Lanier LF120	Sim	Não	Sim
Windows XP Professional	Não	Não	Sim
Monitor Asus VH242&VH222	Sim	Sim	Sim
Matherboard Asus P4S-X	Não	Não	Sim
Panda Internet Security 2007	Sim	Não	Sim
Router SMC 54Mbps	Sim	Sim	Sim
Aspirador FJ-103 JOCEL	Sim	Sim	Não
Máquina de Lavar Roupa Samsung	Sim	Sim	Não
Monitor Samsung SyncMaster TFT-LCD	Sim	Não	Sim
Pivot Software SyncMaster TFT LCD Monitor	Não	Não	Sim
Samsung Color Laser Printer CLP – 310 Series	Sim	Sim	Sim
Intel Core i5 Processor	Sim	Sim	Sim

MSI Graphics Card	Sim	Sim	Sim
Mitsubishi Electric Ar Condicionado	Sim	Sim	Não
Aspirador Samsung	Sim	Sim	Não
Monitor Asus VH242&VH222	Sim	Sim	Sim
Antena D-Link 2.4GHz Wireless	Sim	Não	Não
FLEX PE.PME.EED.BIO	Sim	Não	Sim
Caldeirão	Sim	Não	Não
Tsunami Desktops (x2)	Sim	Não	Nao
TP-LINK Adaptadores Wireless 802.11N	Sim	Sim	Sim
Turst Teclado	Sim	Não	Não
Internet Keyboard Samsung	Não	Não	Sim
Wireless USB 2.0 Adapter 54 Mbps SMC	Sim	Sim	Sim
Intel Core i3 Processor	Sim	Sim	Sim
USB Optical Mouse Trust	Sim	Não	Não
Simens Gigaset talk&surf 6.0.27	Não	Não	Sim
Telepac FLEX	Não	Não	Sim
Nero Express	Não	Não	Sim
Xelo 3D Ultra Graphics Accelerator Cards	Não	Não	Sim
Máquina Fotográfica HP430	Não	Não	Sim
HP LasetJet 1010/1012/1015	Sim	Não	Sim
SpeefTouch 300 series	Não	Não	Sim
SpeefTouch 500 series	Não	Não	Sim
WinIPSS – Líder	Não	Não	Sim
WinIPSS – Instalação	Não	Não	Sim

WinIPSS – Instalação	Não	Não	Sim
ATEN	Não	Não	Sim
Sony Cyber-Shot Programa	Não	Não	Sim

**Lista de contactos úteis**

<b>Serviço</b>	<b>Contacto</b>
Número Nacional de Socorro	112
Proteção à Floresta	117
<b>Bombeiros</b>	
Bombeiros Linha Verde	800 202 425
<b>Saúde</b>	
Linha Saúde 24	800 242 424
Hospital de Braga	253 027 000
Hospital Misericórdia de Vila Verde	253 310 120
Centro de Saúde Vila Verde	253 310 850
Centro de Saúde Vila do Prado	253 929 130
Centro de Saúde Escariz (São Martinho)	253 929 180
Centro de Saúde Ribeira do Neiva	253 381 366
<b>Alcoólicos</b>	
Alcoólicos Anónimos	217 162 969
<b>Crianças</b>	
Criança Maltratada – Apoio à família e à criança	213 433 333
Linha de Emergência da Criança Maltratada	213 433 333
Linha Verde Recados da Criança - Receção e encaminhamento pelo Provedor de Justiça de queixa de crianças em perigo	800 206 656
SOS Criança – Linha Verde	800 202 651
Instituto de Apoio à Criança	217 818 590
<b>Drogas</b>	
Linha de Narcóticos Anónimos	800 202 013
<b>Famílias</b>	
Famílias Anónimas	214 538 709
Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica	800 202 148
APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	218 884 732 / 218 876 351

<b>Idosos</b>	
Linha do Cidadão Idoso	800 203 531
Serviço Tele Alarme - Serviços de Apoio a idosos	217 933 360
<b>Mulheres</b>	
Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres - Informação às mulheres vítimas de violência	800 202 148
SOS Grávida	213 952 143
SOS Mulher - Serviço de apoio à mulher da Fundação Bissaya-Barreto. Mulheres em situação problemática; maus tratos: gravidez indesejada; esclarecimento de dúvidas	239 832 073 (De 2ª a 6ª, das 11h00 às 18h00)
Associação Projeto Artémis de apoio emocional de mulheres que perderam filhos durante a gestação (Terapias grupais gratuitas, Individuais e de Casal)	225 028 272
<b>Mães Adolescentes</b>	
Residência temporária para grávidas adolescentes	217 933 209
Casa João Paulo II	214 409 474
Humanus - Associação Humanidades	210 996 493
<b>SIDA</b>	
Abrço - Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA	800 22 51 15
Linha SIDA	800 266 666
SOS SIDA	800 201 040
<b>Linhas de Apoio à Deficiência</b>	
Associação Portuguesa de Deficientes	213 881 112
Linha Nacional de Apoio à Deficiência	217 959 545
<b>Integração Imigrantes</b>	
ACIDI - Linha SOS Imigrante	808 257 257 (rede fixa) 218 106 191 (rede móvel)
STT - Serviço de Tradução Telefónica (serviço disponível para mais de 50 línguas)	808 257 257 (rede fixa) 218 106 191 (rede móvel)
<b>Sem Abrigo</b>	

Centro Cais Lisboa	218 369 000
Centro Cais Porto	222 071 320
Centro de Apoio Social de São Bento	213 913 060
<b>Pobreza</b>	
Caritas - Lisboa	218 454 220
Caritas - Porto	225 024 467
Banco Alimentar contra a fome – Lisboa	213 649 655
Banco Alimentar contra a fome – Porto	229 983 140
<b>Outras linhas de Apoio</b>	
Centro de Informação Anti-Venenos	217 950 143
Linha Intoxicações	217 950 143
Linha Vida	800 255 255
Violência Doméstica	800 202 148
Projeto Vida - Linha Vida	217 267 766
Sexualidade em Linha	800 222 002
SOS Telefone Amigo, Coimbra	239 721 010
Telefone SOS - Palavra Amiga	232 424 282
SOS Voz Amiga - Ajuda na Solidão, angústia, desespero e prevenção de suicídio (diariamente das 16h-24h)	Lisboa: 213 544 545 Lisboa: 912 802 669 Lisboa: 963 524 660 Porto: 228 323 535
<b>Loja do Cidadão Braga</b>	
Loja do Cidadão	707 241 107

**Subprocesso Gestão de Recursos e parcerias**

**Gestão da Informação**

**Registos**

Registo

**Circular informativa n<sup>a</sup> \_\_\_\_\_**

Centro Paroquial e Social de Moure, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Caros Colaboradores, a presente Circular serve para dar conhecimento:

Direção

\_\_\_\_\_

Diretor Técnico

\_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_



Registo

*Sugestões de melhoria*

*Identificação*

Nome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Assinale co X a opção correta:

Cliente \_\_\_ Familiar \_\_\_ Fornecedor\_\_\_ Colaborador

Ocorrência/Sugestão de melhoria

Data \_\_\_\_\_

Ocorrência/Sugestão de melhoria

---

---

---

---

Justificação

---

---

---

---

---

Análise da Direção

---

---

---

---

Código \_\_\_\_\_

### Tratamento de Reclamações

*Reclamação*

	<i>Quantidade</i>
Serviço higienização cliente	_____
Serviço higienização Cliente	_____
Alimentação	_____
Atendimento	_____
Fornecimento	_____
Serviço médico/enfermagem	_____
Instalações	_____
Atividades recreativas	_____
Outros	_____

*Origem da reclamação*

Cliente	_____
Fornecedor	_____
Colaborador	_____
Outros _____	_____

Ações corretivas

---

---

---

Ações preventivas

---

---

---

Duração média de tratamento de Reclamação

---

Código \_\_\_\_\_

Registo

**Ata de reunião Colaboradores**

Âmbito da reunião

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

Sumário:

<hr/>
---

Código \_\_\_\_\_

## Registo

## Colaboradores presentes na reunião

Nome	Assinatura

Data \_\_\_\_\_

Presidente  

---

Vice-presidente  

---

Secretário  

---

Tesoureiro  

---

O Diretor técnico  

---

Código \_\_\_\_\_

**Comunicação de informação de clientes/Serviço a colaboradores**

Cliente/Serviço \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Colaborador \_\_\_\_\_

Cliente/Serviço \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Colaborador \_\_\_\_\_

Cliente/Serviço \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Colaborador \_\_\_\_\_

Cliente/Serviço \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Colaborador \_\_\_\_\_

Registo

Contato presencial	Contato telefónico	email	
Nome do cliente			
Contato			
Nome de quem efetua o contato			
Contato			
Relação com o cliente			
Tipo de informação	Informação disponibilizada	Documentos disponibilizados	
Regulamento Interno			
Critérios de candidatura e de admissão			
Gestão da lista de candidatos			
Regulamento da comparticipação/ mensalidades dos clientes pela utilização dos serviços			
Modelo de intervenção SAD e Lar			
Boletim informativo da instituição			
Horário de funcionamento da Instituição			
Ficha de inscrição			
Documentos a entregar com a ficha de inscrição			
Técnico da organização			

Assinalar com X a situação verificada

Código \_\_\_\_\_

Registo

**Informação disponibilizada ao Cliente – Lar/SAD**

Contato pessoal <input type="checkbox"/>	Contato presencial <input type="checkbox"/>	outros <input type="checkbox"/>
Nome do cliente		
Contato		
Nome da pessoa que realiza o contato		
Contato		
Relação com o cliente		

<b>Tipo de informação</b>	<b>Informação Disponibilizada</b>	<b>Documentos Disponibilizados</b>
Regulamento interno		
Critérios de candidatura e admissão		
Gestão da lista de candidatos		
Regulamento de participações das mensalidades dos clientes pela utilização dos serviços e equipamentos. Mensalidade de seguros.		
Modelo de funcionamento do Centro Paroquial e Social de Moure e de todos os serviços prestados, incluindo períodos de encerramento e de férias.		
Serviços prestados pelo SAD		
Boletim de informação		
Ficha de inscrição		
Documentos a entregar com a ficha de inscrição		
Técnico para contacto		

Data: \_\_\_\_\_

Ass. Resp. Atendimento

\_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

Registo

**Sanções disciplinares**

Data: ___/___/___	
Colaborador _____	
Infração _____	
_____	
Diligência efetuada	
_____	
_____	
Factos apurados	
_____	
Sanção aplicada	
_____	
_____	
Responsável	Data

Data: ___/___/___	
Colaborador _____	
Infração _____	
_____	
Diligência efetuada	
_____	
_____	
Factos apurados	
_____	
Sanção aplicada	
_____	
_____	
Responsável	Data



Imagem

## Sugestões

A sua opinião é importante para que possamos continuar a melhorar os nossos serviços.

**Colabore Connosco !**

Avenida Padre Mário  
Moure  
4730 - 300 Vila Verde

Tel: 253 927 334

Fax: 253 927 669

Directora Técnica 937999991

Técnica Secretariado 937999992

Correio electrónico: [cpsmour@mail.telepac.pt](mailto:cpsmour@mail.telepac.pt)

Horário de Atendimento: 10h às 17h  
Segunda a Sexta.



Centro Paroquial e Social de Moura





**Subprocesso Gestão de Recursos e parcerias**

**Gestão de Equipamento e Materiais**

**Procedimentos**

## Não conformidade das Instalações

### Objetivo

Definir o procedimento de “Não conformidade das Instalações” do Centro Paroquial e Social de Moure, pretende definir as não conformidades existentes no CPSM, temporariamente.

### Âmbito

Este procedimento aplica-se às Instalações da Estrutura residencial de Lar do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

Todas as não conformidades existentes com as instalações do Centro Paroquial e Social de Moure, nomeadamente, a não existência da licença de utilização, sendo de referenciar a falta de plantas de saídas de emergência, rampas de acesso.

Para a eliminação desta não conformidade temporária, a Direção da CPSM terminou o processo de licenciamento, junto de todas as entidades competentes e dará início à ampliação da estrutura residencial de Lar.

Fazem parte do processo de licenciamento com deferimento os seguintes documentos:

- Licenciamento da segurança Social para Estrutura residencial para Pessoal idosas/SAD entrada nº 231973
- Unidade de saúde Pública Processo nº 94-VV/2012
- Município de Vila Verde, Processo nº 01/2013/126
- Ministério da Administração, Processo nº 034703

A este procedimento estão associadas fotocópias das respetivas Licenças.

### ***Manutenção dos equipamentos e Instalações***

#### **Objetivo**

Definir o procedimento de “*Plano de manutenção dos equipamentos e Instalações*” do Centro Paroquial e Social de Moure, promovendo a manutenção do equipamento e das instalações do Centro Paroquial e Social de Moure, para que se rentabilizem estes recursos eficientemente.

#### **Âmbito**

Este procedimento aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD.

#### **Desenvolvimento**

Todos os equipamentos e as instalações do CPSM estão sujeitas a uma revisão do estado de conservação e desempenho.

Por equipamento entende-se:

- Viaturas
- Eletrodomésticos
- Ar condicionado/aquecimento
- Equipamento lavandaria
- Lâmpadas
- Equipamento informático
- Equipamento de comunicação

Por instalações entende-se:

- Edifício
- Chão, paredes, tetos e telhado
- Janelas
- Instalação elétrica e canalização

Qualquer colaborador deverá informar a Direção Técnica de alguma anomalia que verifique, quer nos equipamentos quer nas instalações.

Sendo que não exista referencia a qualquer tipo de anomalia, a Direção Técnica deverá proceder mensalmente a uma vistoria, a fim de verificar se existe alguma necessidade de manutenção de equipamentos ou das instalações.

A este procedimento estão associados os seguintes registos:

Código

Aprovado por: \_\_\_\_\_

Página y de  
x

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

- Plano de manutenção
- Registo de falhas e avarias
- Registo de equipamento de cozinha, lavandaria e veículos

## Limpeza e desinfeção

### Objetivo

Definir o procedimento de “*Limpeza e desinfeção*” do Centro Paroquial e Social de Moure, promovendo a higiene no Centro Paroquial e Social de Moure.

### Âmbito

Este procedimento aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD

### Desenvolvimento

#### Higiene do Ambiente

A lavagem remove a maior parte, cerca de 80% dos micro-organismos pelo que, tratando-se de superfícies e objetos que não estão em contacto direto com o doente, a utilização de um detergente é suficiente. Para a limpeza geral será suficiente a utilização de água e detergente. Sempre que haja propagação de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfetante antes de proceder à lavagem.

#### Conceitos

##### *Limpar:*

- Remoção da sujidade através da ação mecânica;
- Agente: detergente;
- Eficácia: + de 80% de remoção de micro-organismos.

##### *Desinfetar:*

- Destruição da maior parte ou totalidade dos micro-organismos patogénicos;
- Agente: desinfetante;

Eficácia: remoção de 90% a 99% de micro-organismos.

##### *Descontaminar:*

- Redução da quantidade de micro-organismos no ambiente/equipamento logo após a sua utilização de forma que o pessoas que manipula esse material não corra risco de contaminação.

### **Princípios Gerais da Limpeza**

- Todos os meios que levantem pó devem ser excluídos;
- A limpeza em todas as áreas deve ser feita com pano húmido;
- A limpeza deve ser feita com luvas de usos doméstico, que no fim do trabalho e antes de serem removidas, devem ser lavadas com água e sabão. Penduradas para que na próxima utilização estejam secas. Em seguida lavar as mãos.
- A limpeza deve ser feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Iniciar pelas paredes, sem seguida o mobiliário e por fim, o chão.
- Nunca deve ser utilizada água simples, juntar detergente;
- Nunca se deve misturar em caso algum lixívia e detergente, pois a ação do detergente neutraliza a ação do desinfetante.

### **Limpeza dos Pavimentos/Superfícies de Áreas Comuns**

Todo o pavimento, principalmente aquele com muito movimento, é rapidamente contaminado, depois de limpo. Recomendasse a limpeza e secagem completa de todas as superfícies, não só como forma de apresentação aos utilizadores um ambiente limpo e apresentável, mas também para diminuir qualquer possibilidade de infeção.

### **Princípios Básicos**

- A desinfecção não pode em caso algum substituir a limpeza;
- A limpeza precede sempre á desinfecção;
- Os pavimentos a tratar devem estar libertos de matéria orgânica, pois, a maioria dos desinfetantes são inativados na presença desta;
- O desinfetante a utilizar deve ser adequado a cada situação, dependendo dos seguintes factores:
  1. Tipo de material a ser tratado;
  2. Micro-organismos envolvidos;
  3. Tempo disponível para descontaminação;

4. Risco para o doente e para o utilizador.

#### Procedimentos de Limpeza

- Lavar diariamente com um balde, com detergente diluído e água quente;
- A esfregona só no balde com detergente;
- A água deve ser substituída com frequência;
- O detergente e água quente devem ser sempre mudados no fim da lavagem de cada divisão e sempre que necessário.

**Nota:** Sempre que haja derramamento de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfetante antes de proceder á lavagem.

#### Frequência da Limpeza

- *Quartos/Salas*

Pavimentos: diário – 1 vez por dia e SOS

Camas: diário – 1 vez por dia e SOS

Mobiliário: diário – 1 vez por dia, incluindo mesas, cadeiras, telefones, etc.

Paredes: mensalmente até 2m de altura; trimestral a a partir de 2m de altura.

Janelas e Vidros externos: semanalmente

Vidros internos: semanalmente

Tetos: trimestral

- *WC: 1 vez por dia e SOS*

A limpeza do WC deve começar pela seguinte ordem:

- Paredes;
- Lavabos;
- Base de chuveiro;
- Sanitas.

- *Áreas de Acesso: Corredores, Escadarias:*

Pavimentos: 1 vez por dia e SOS;

Paredes: Trimestralmente;

Janelas: Mensalmente;

Vidros: Semestral;

Tetos: Semestral.

- *Carrinhas*

Interior, a parte de transporte de alimentos: 1 vez por dia e SOS

Interior; a parte da condução: 1 vez por semana e SOS

Vidros: 1 vez por semana

Exterior: 1 vez por mês

### **Higiene e Arranjo da Unidade do Utente**

Da unidade do utente faz parte a cama, mesinha de cabeceira, mesa de refeições, cadeira, armário e os seus objetos pessoais. Esta deve ser limpa e arrumada diariamente e sempre que necessário. Além da limpeza da unidade propriamente dita, é necessário arrumar e desinfetar a unidade com e sem o utente.

### **Desinfecção da Unidade com o Utente**

- Colocar dispositivos de proteção: avental descartável e luvas de uso doméstico;
- Lavar as mãos antes e no fim de iniciar qualquer atividade, mesmo quando se calças luvas;
- Arejar a unidade, verificar se não existem perto do utente arrastadeiras ou urinóis que devem ser limpos e arrumados em local próprio;
- Retirar a roupa da cama, cuidadosamente sem sacudir para que não haja propagação de micro-organismos;
- Separar a roupa suja por categorias em sacos próprios e diferentes, os quais devem estar colocados junta á cama do utente;
- Colocar a roupa muito suja ou com produtos biológicos (sangue, urina e fezes) num saco isoladamente e identificado;
- Transportar os sacos com roupa suja para a lavandaria logo que possível;
- Recolher o lixo em saco apropriado;

Código

Aprovado por: \_\_\_\_\_

Página y de  
x

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## Procedimento

- Limpar o mobiliário com pano próprio, humedecido com detergente desinfetante;
- Limpar o mobiliário de cima para baixo e começando pelo mais limpo;
- Aspirar o chão;
- Lavar o chão com detergente;
- Arrumar e organizar a unidade do utente de modo a que fique com um aspeto agradável e personalizado;
- Deixar um saco branco e vazio (WC) assim como alguma roupa limpa nas unidades dos utentes que irão necessitar de cuidados de higiene mais assiduamente.

### **Desinfecção da Unidade sem o Utente e WC**

Sempre que o utente sai, a unidade deve ser limpa e desinfetada.

- Colocar dispositivos individuais de proteção (avental descartável e luvas de borracha);
- Retirar toda a roupa, lixo e objetos que estiveram em contacto com o doente;
- Lavar e desinfetar todos os objetos que fazem parte da unidade do utente;
- Limpar o teto, paredes, portas, janelas e vidros;
- Limpar e desinfetar a cama incluindo as grades e estrado do colchão;
- Limpar o colchão;
- Substituir o colchão se a cobertura impermeável estiver danificada;
- Aspirar o chão;
- Lavar o chão;
- Arrumar e organizar a unidade do utente de modo a que fique com um aspeto agradável;
- Colocar sacos nos recipientes do lixo;
- Colocar toalhetes de papel das mãos e papel higiénico.

Código

Aprovado por: \_\_\_\_\_

Página y de  
x

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

### Eliminação

- Calçar luvas de proteção;
- Colocar e retirar arrastadeiras e urinóis aos doentes que necessitem, com indicação do Enfermeiro, observando as características da eliminação e procedendo ao respetivo despejo;
- Ajudar o Enfermeiro a colocar e a retirar a arrastadeira nos doentes em que se justificar a intervenção do Enfermeiro;
- Transportar e inutilizar sacos de drenagem;
- Lavar e esterilizar as arrastadeiras e urinóis;
- Retirar a lavagem das mãos do doente após utilização da arrastadeira;
- Respeitar o pudor e a privacidade do doente.

A este procedimento está associado os seguintes planos:

- Plano de higienização dos quartos
- Plano de higienização do WC
- Plano de higienização das áreas comuns de acesso
- Plano de higienização das carrinhas

A este procedimento está associado os seguintes registos:

- *Controlo de limpeza do lar*
- *Limpeza de WC*
- *Limpeza da Despensa*
- *Controlo de limpeza da lavandaria*
- *Limpeza de WC Sala de Colaboradores*
- *Controlo de limpeza dos veículos do SAD*

## Limpeza e desinfeção da cozinha

### Objetivo

Definir o procedimento de “*Limpeza e desinfeção da cozinha*” do Centro Paroquial e Social de Moure, promovendo a higiene no Centro Paroquial e Social de Moure.

### Âmbito

Este procedimento aplica-se a todo o Centro Paroquial e Social de Moure e às suas valências de Lar e SAD

### Desenvolvimento

A lavagem remove a maior parte, cerca de 80% dos micro-organismos pelo que, tratando-se de superfícies e objetos que não estão em contacto direto com o doente, a utilização de um detergente é suficiente. Assim, para a limpeza geral será suficiente a utilização de água e detergente. Sempre que haja derramamento de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfetante antes de proceder à lavagem.

### Conceitos

#### Limpar:

- Remoção da sujidade através da ação mecânica;
- A gente: detergente;
- Eficácia: mais de 80% de remoção de micro-organismos.

#### Desinfetar:

- Destruição da maior parte ou totalidade dos micro-organismos patogénicos;
  - Agente: desinfetante;
- Eficácia: remoção de 90% a 99% de micro-organismos.

### **Descontaminar:**

- Redução da quantidade de micro-organismos no ambiente/ equipamento logo após a sua utilização de forma que o pessoas que manipula esse material não corra risco de contaminação.

### **Princípios Gerais da Limpeza**

Todos os meios que levantem pó devem ser excluídos;

A limpeza em todas as áreas deve ser feita com pano húmido;

A limpeza deve ser feita com luvas de usos doméstico, que no fim do trabalho e antes de serem removidas, devem ser lavadas com água e sabão. Penduradas para que na próxima utilização estejam secas. Em seguida lavar as mãos.

A limpeza deve ser feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Iniciar pelas paredes, sem seguida o mobiliário e por fim, o chão.

Nunca deve ser utilizada água simples, juntar detergente;

Nunca se deve misturar em caso algum lixívia e detergente, pois a ação do detergente neutraliza a ação do desinfetante

### **Princípios Básicos**

1º. A desinfecção não pode em caso algum substituir a limpeza;

2º. A limpeza antecede sempre á desinfecção;

3º. Os pavimentos a tratar devem estar libertos de matéria orgânica, pois, a maioria dos desinfetantes são inativados na presença desta;

4º. O desinfetante a utilizar deve ser adequado a cada situação, dependendo dos seguintes factores:

- Tipo de material a ser tratado;
- Micro-organismos envolvidos;
- Tempo disponível para descontaminação;
- Risco para o doente e para o utilizador.

### **Procedimentos de Limpeza**

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de  
x

### Moveis/ balcões/Loiças/Pavimento

- Lavar diariamente com um balde, com detergente diluído e água quente;
- A esfregona só no balde com detergente;
- A água deve ser substituída com frequência;
- O detergente e água quente devem ser sempre mudados no fim da lavagem de cada divisão e sempre que necessário.

**Nota:** Sempre que haja derramamento de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfetante antes de proceder á lavagem.

Os planos de higienização da cozinha e do refeitório fazem parte deste procedimento, devendo estes estar arquivados com os registos, a fim de poderem ser consultados todas as vezes que os colaboradores sentirem que é necessário.

A este procedimento corresponde o registo “*Controlo de limpeza da cozinha e dispensa de apoio*”.

### Higienização das áreas de acesso

Área a Higienizar	Ação	Produto	Doseamento	Equipamento	Método de Aplicação	Frequência
Pavimentos e puxadores	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Esfregona / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar resíduos;</li> <li>Aplicar a solução de detergente;</li> <li>Deixar atuar;</li> <li>Escovar o pavimento;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia e em SOS
Paredes e portas	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recolher resíduos;</li> <li>Aplicar solução e deixar atuar;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	Mensalmente até 2m de altura; trimestral a partir de 2m de altura
Vidros	Lavagem	Nitid / Windy	Puro	Pano ou pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulverizar a superfície;</li> <li>Limpar a superfície com um papel ou pano;</li> <li>Passar com um papel ou pano seco para obter um brilho extra.</li> </ul>	Semestralmente
Janelas	Lavagem	Nitid / Windy	Puro	Pano ou pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulverizar a superfície;</li> <li>Limpar a superfície com um papel ou pano;</li> <li>Passar com um papel ou pano seco para obter um brilho extra.</li> </ul>	Mensalmente
Tetos	Lavagem	Água	Puro	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar todos os produtos, desligar o sistema de refrigeração;</li> <li>Aplicar o produto diluído;</li> <li>Enxaguar com água;</li> <li>Deixar secar ao ar livre;</li> </ul>	Semestralmente

### Higienização das carrinhas

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de

x

Área a Higienizar	Ação	Produto	Doseamento	Equipamento	Método de Aplicação	Frequência
Parte do transporte de alimentos	Desinfecção	Kos Plus	Diluição em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar resíduos;</li> <li>Aplicar a solução desinfetante;</li> <li>Deixar atuar;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia / SOS
Parte do condutor	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recolher resíduos;</li> <li>Aplicar solução e deixar atuar;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por semana / SOS
Vidros	Lavagem	Nítid / Windy	Puro	Papel ou pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulverizar a superfície;</li> <li>Limpar a superfície com um papel ou pano;</li> <li>Passar com um papel ou pano seco para obter um brilho extra.</li> </ul>	1 vez por semana
Exterior	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recolher resíduos;</li> <li>Aplicar a solução e deixar atuar;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por mês

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de

x

## Higienização dos quartos

Área a Higienizar	Ação	Produto	Doseamento	Equipamento	Método de Aplicação	Frequência
Pavimentos e puxadores	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Esfregona / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar resíduos;</li> <li>• Aplicar a solução de detergente;</li> <li>• Deixar atuar;</li> <li>• Escovar o pavimento;</li> <li>• Enxaguar com água limpa;</li> <li>• Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia e em SOS
Paredes e portas	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher resíduos;</li> <li>• Aplicar solução e deixar atuar;</li> <li>• Enxaguar com água limpa;</li> <li>• Deixar secar.</li> </ul>	Mensalmente até 2m de altura; trimestral a partir de 2m de altura
Vidros e janelas	Lavagem	Nitid / Windy	Puro	Pano ou pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulverizar a superfície;</li> <li>• Limpar a superfície com um papel ou pano;</li> <li>• Passar com um papel ou pano seco para obter um brilho extra.</li> </ul>	Semanalmente
Tetos	Lavagem	Água	Puro	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar todos os produtos, desligar o sistema de refrigeração;</li> <li>• Aplicar o produto diluído;</li> <li>• Enxaguar com água;</li> <li>• Deixar secar ao ar livre;</li> </ul>	Trimestralmente
Contentores de lixo	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher resíduos;</li> <li>• Aplicar a solução e deixar atuar;</li> <li>• Enxaguar com água limpa;</li> <li>• Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia e em SOS

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Página y de

x

### Higienização do WC

Área a Higienizar	Ação	Produto	Doseamento	Equipamento	Método de Aplicação	Frequência
Pavimentos e puxadores	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Esfregona / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar resíduos;</li> <li>Aplicar a solução de detergente;</li> <li>Deixar atuar;</li> <li>Escovar o pavimento;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia / SOS
Paredes e portas	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recolher resíduos;</li> <li>Aplicar solução e deixar atuar;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia / SOS
Vidros e janelas	Lavagem	Nítid / Windy	Puro	Papel ou pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulverizar a superfície;</li> <li>Limpar a superfície com um papel ou pano;</li> <li>Passar com um papel ou pano seco para obter um brilho extra.</li> </ul>	1 vez por dia / SOS
Contentores de lixo	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Diluição de 3% a 5% em água	Pano / Luvas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recolher resíduos;</li> <li>Aplicar a solução e deixar atuar;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Deixar secar.</li> </ul>	1 vez por dia / SOS

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Página y de

x

### Higienização da cozinha

Área a Higienizar	Ação	Produto	Doseamento	Equipamento	Método de Aplicação	Frequência
Mãos	Lavagem	Dermegel	Puro	Doseador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molhar as mãos e premir o doseador;</li> <li>• Esfregar as mãos, os espaços interdigitais e escovar as unhas, deixando atuar 30 segundos;</li> <li>• Enxaguar e secar as mãos com toalha de papel.</li> </ul>	Máxima
Mãos	Desinfecção	Soft Care Line MED H5	Puro	Doseador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosear o produto para as mãos;</li> <li>• Esfregar as mãos até o produto evaporar;</li> <li>• Não enxaguar nem secar as mãos com toalha.</li> </ul>	Máxima
Bancadas	Lavagem	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro); Alud (Lava Loiças Manual)	Lava Tudo: Diluição de 3% a 5% em água Alud: 1 a 3 gramas por litro de água	Esponja e/ou papel e/ou pano recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar resíduos;</li> <li>• Aplicar a solução e deixar atuar 5 minutos;</li> </ul> Enxaguar com água limpa e deixar secar ao ar.	Diária
Bancadas	Desinfecção		Diluir em água	Esponja e/ou papel e/ou pano recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar o produto na superfície a limpar;</li> <li>• Limpar com o auxílio de um pano ou esponja;</li> <li>• Enxaguar com água limpa e passar com um pano limpo afim de remover os restos de sujidade.</li> </ul>	Sempre que necessário

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de

x

### Higienização do refeitório

Área a Higienizar	Ação	Produto	Doseamento	Equipamento	Método de Aplicação	Frequência
Mesas	Lavagem	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro); Alud (Lava Loiças Manual)	Lava Tudo: Diluição de 3% a 5% em água Alud: 1 a 3 gramas por litro de água	Esponja e/ou papel e/ou pano recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar resíduos;</li> <li>Aplicar a solução e deixar atuar durante 5 minutos;</li> <li>Enxaguar com água limpa e deixar secar ao ar.</li> </ul>	Diária
Mesas	Desinfecção		Diluir em água	Esponja e/ou papel e/ou pano recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar o produto na superfície a limpar;</li> <li>Limpar com o auxílio de um pano ou esponja;</li> <li>Enxaguar com água limpa e passar com um pano limpo afim de remover os restos de sujidade.</li> </ul>	Sempre que necessário
Pavimentos	Lavagem e desinfecção	Lava Tudo Perfumado (PH Neutro)	Lava Tudo: Diluição de 3% a 5% em água	Escova de Pavimentos, rodo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retirar resíduos;</li> <li>Aplicar a solução de detergente;</li> <li>Deixar atuar;</li> <li>Escovar o pavimento;</li> <li>Enxaguar com água limpa;</li> <li>Secar com rodo</li> </ul>	Diária



[Escrever texto]

## **Subprocesso Gestão de Recursos e Parcerias**

### **Manutenção de equipamentos e materiais**

#### **Registos**

Registo  
Equipamentos da cozinha

		Exaustor	Fogão	Grelhador	Marmita da Sopa	Frigorífico 1	Frigorífico 2	Passe vite	Varinha mágica grande	Varinha mágica pequena	Micro-ondas	Balança	Termómetro	Descascador de batatas	Máquina Lavar Loça	Arca 1	Arca 2
1	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
2	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
3	Manhã																

Registo  
Equipamentos da cozinha

	Tarde																
	Noite																
4	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
5	Manhã																
	Tarde																
	Noite																

Registo  
Equipamentos da cozinha

6	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
7	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
8	Manhã																
	Tarde																

Registo  
Equipamentos da cozinha

9	Noite																
	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
10	Manhã																
	Tarde																
	Noite																

## Registo

### Qualificação dos fornecedores

#### Identificação

Fornecedores

---

---

Produto/serviços

---

---

---

#### Avaliação do desempenho

Número de fornecimentos

Número de fornecimentos sem Não conformidades

Número de fornecimento com mais de 3 Não conformidades


#### Condições de pagamento

Com facilidade de pagamento

Pronto pagamento

#### Preço

Inferior à concorrência

Igual à concorrência

Superior à concorrência

#### Prazo de entrega

Respeita os prazos estipulados

Atraso de entrega

#### Qualificação

Índice de qualificação de Fornecedores

Nível \_\_\_\_\_

Responsável de Qualidade

---

$$IQF = \frac{\text{Total dos totais}}{\text{Total dos fornecimentos}}$$

Data

---

#### Qualificação

- 1- IQF Mais de 80% Fornecedor sem reservas
- 2- IQF Entre 50% e os 80% Fornecedor com necessidade de melhoria
- 3- IQF Menor que 50% Fornecedor Não conforme

Código



Registo

Compras

<b>Compra/encomenda de serviços</b>	
Empresa _____	Fatura/ Guia de transporte
_____	
Serviço _____	
_____	
_____	
Data de encomenda _____	Responsável pelas compras
_____	
<b>Confirmação do serviço</b>	
Observação _____	
_____ Não	
conformidade _____	
_____	
Data de confirmação _____	Responsável de confirmação
_____	
_____	
<b>Compra/encomenda de serviços</b>	
Empresa _____	Fatura/ Guia de transporte
_____	
Serviço _____	
_____	
_____	
Data de encomenda _____	Responsável pelas compras
_____	
<b>Confirmação do serviço</b>	
Observação _____	
_____ Não	
conformidade _____	
_____	
Data de confirmação _____	Responsável de confirmação
_____	
_____	

Código



**Controlo de equipamentos de lavandaria**

Data	Equipamento /estado	Hora	Serviço	Data	Equipamento /estado	Hora	Serviço	Ass.
__/__/--				__/__/--				

Não conformidade

---



---

Código



## Registo

## Controlo de desinfeção dos veículos do SAD

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ PRODUTO QUÍMICO UTILIZADO \_\_\_\_\_

DIA	HORA	RUBRICA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Data \_\_\_\_\_

Código

**Plano de manutenção**

Data	Máquina/Equipamento /Edifício	Descrição	Periodicidade	Empresa de reparação
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				

Direção

---

Diretor Técnico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Código

Falhas e avarias de equipamentos

<i>Equipamento</i>		Data ___/___/___
<i>Descrição da avaria</i>		Prioridade:
<i>Causa</i>		Normal ___ Urgente ___
<i>Solução</i>		
<i>Despacho</i>		Assinatura _____
<i>Contactos realizados para resolver avaria</i>		Data
		___/___/___
		___/___/___
<i>Reparação</i>		
<i>A preencher pelo técnico/fornecedor</i>		
<i>Reparação definitivamente</i>		
<i>Reparação provisória</i>		
Sem reparação		
Observações		
Data		

Código

Controlo de limpeza de cozinha

Equipamento/Área	Frequência	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Equipamento/Área	Frequência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Pavimento/Escoamento	Diária																
Paredes	Semanal																
Tetos	Mensal																
Armários	Semanal																
Câmaras de refrigeração	Semanal																
Câmaras de congelação	Mensal																
Hottes e filtros	Semanal																
Fritadeiras	Mudança Óleo																
Fogões, fornos, grelhadores	Diária																
Tábuas corte, lavagem e desinfeção	Após utilização																
Bancadas e lava louça	Após utilização																
Utensílios lavagem e desinfeção	Após utilização																
Máquina de lavar louça	Sempre que necessário																
Descascadora de batata	Após utilização																
Lava-mãos	Diária																
Baldes do lixo	Diária																

Código

<b>Pavimento/Escoamento</b>	Diária																
<b>Paredes</b>	Semanal																
<b>Tectos</b>	Mensal																
<b>Armários</b>	Semanal																
<b>Câmaras de refrigeração</b>	Semanal																
<b>Câmaras de congelação</b>	Mensal																
<b>Hottes e filtros</b>	Semanal																
<b>Fritadeiras</b>	Mudança Óleo																
<b>Fogões, fornos, grelhadores</b>	Diária																
<b>Tábuas corte, lavagem e desinfeção</b>	Após utilização																
<b>Bancadas e lava louça</b>	Após utilização																
<b>Utensílios lavagem e desinfeção</b>	Após utilização																
<b>Máquina de lavar louça</b>	Sempre que necessário																
<b>Descascadora de batata</b>	Após utilização																
<b>Lava-mãos</b>	Diária																
<b>Baldes do lixo</b>	Diária																

Não Confo0ormidade

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

Código

Controlo de limpeza do Lar

Equipamento/Área	Frequência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Pavimento/Escoamento	Diária																
Paredes	Semanal																
Mesas de apoio	Diária																
Mesinhas de cabeceira	Diária																
Camas	Diária																
Sofás/cadeirões	Semanal																
Tectos	Mensal																
Armários	Semanal																
Baldes do lixo	Diária																
Equipamento/Área	Frequência	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Pavimento/Escoamento	Diária																
Paredes	Semanal																
Mesas de apoio	Diária																
Mesinhas de cabeceira	Diária																
Camas	Diária																
Sofás/cadeirões	Semanal																
Tectos	Mensal																
Armários	Semanal																
Baldes do lixo	Diária																

Não conformidade \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Código

Controlo de limpeza da lavandaria

Equipamento/Área	Frequência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Pavimento/Escoamento	Diária																
Paredes	Semanal																
Mesas de apoio	Diária																
Baldes da roupa	Diária																
Máquinas de roupa	Diária																
Máquinas de secar	Diária																
Tetos	Mensal																
Armários	Semanal																
Baldes do lixo	Diária																
Equipamento/Área	Frequência	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Pavimento/Escoamento	Diária																
Paredes	Semanal																
Mesas de apoio	Diária																
Baldes da roupa	Diária																
Máquinas de roupa	Diária																
Máquinas de secar	Diária																
Tetos	Mensal																
Armários	Semanal																
Baldes do lixo	Diária																

Não conformidade \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Código

## Receção da matéria prima

Data	Matéria-Prima	Fornecedor	N.º de documento que acompanha o produto	Quantidade	Lote	Prazo de Validade	Temperatura	Rubrica

Não conformidade

---

Data: \_\_\_\_\_

Código

Registo

Despensa/armazém

Equipamento/Áreas	Frequência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Pavimento																	
Paredes																	
Tecto																	
Prateleiras																	
Portas/Janelas																	
Equipamento/Áreas	Frequência	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Pavimento																	
Paredes																	
Tecto																	
Prateleiras																	

Não conformidade

---



---

Data \_\_\_\_\_

Código

**Limpeza da sala de colaboradores**

Equipamento/Áreas	Frequência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Pavimento																
Paredes																
Tecto																
Prateleiras																
Portas/Janelas																

Equipamento/Áreas	Frequência	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Pavimento																	
Paredes																	
Tecto																	
Prateleiras																	
Portas/Janelas																	

Não conformidade

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Código

## **Subprocesso Gestão de Recursos e Parcerias**

### **Gestão de Segurança**

#### **Procedimentos**

## Procedimento

### Emergência interna

#### Objetivos

O procedimento “Emergência interna” define como se deve o proceder mediante situações de emergência no Centro Paroquial e Social de Moure na valência Lar. Os seus colaboradores devem conhecer os procedimentos a realizar em caso de se depararem situações de emergência e saber quais as ações a realiza.

#### Âmbito

O procedimento “Emergência interna” aplica-se a todas as instalações do Centro Paroquial e social de Moure.

#### Desenvolvimento

Centro Social Paroquial de Moure; Lar Residencial para Idosos e SAD

#### Morada

Avenida Padre Mário

4730- 300 Moure

Vila Verde

Telefone: 253 927334

Telemóvel: 93 7999991

Email: [cpsmoure@gmail.telepac.pt](mailto:cpsmoure@gmail.telepac.pt)

#### Localização geográfica:

- O Centro tem a sua sede na Avenida Padre Mário, freguesia de Moure, concelho de Vila Verde, Distrito de Braga

Descrição do estabelecimento:

- 1 Cozinha
- 1 Sala de jantar
- 2 WC

- 2 Despensas/armazém
- 1 Gabinete técnico
- 2 Quartos
- 1 WC comum
- 1 Sala de convívio
- Hall de entrada
- Lavandaria
- Sala de funcionários
- 2 WC de funcionários
- Sala da Direção
- 2 WC
- 1 Copa
- 1 Despensa
- 1 Sala de Reuniões
- 1 Gabinete médico

Identificação das fontes de energia:

- Gaz propano, eletricidade

População por piso, considerando as horas de funcionamento:

- 8 Clientes
- 6 Funcionários por turno

### **Identificação dos riscos**

Internos: incêndios nos fogões, curtos circuitos, quedas e dificuldades de mobilidade dos clientes.

Externos: Linhas de alta tensão, antenas de comunicação, inundação e intemperas atmosféricas

### **Meios e recursos**

Os meios primários de intervenção passam pela deteção de situação de emergência, que estão identificados na planta de emergência a fim de permitir a difusão dos meios existentes

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de

x

## Procedimento

no CPSM para a intervenção imediata em situação de emergência, quer por funcionários, quer por clientes.

Sendo que o material existente é o seguinte:

- Extintores;
- Alarme de incêndios;
- Extinção automática de incêndios;
- Manta ignífuga;
- Sinalização de extintores e extintores;
- Sinalização de saídas de emergência

De momento o CPSM não possui carretéis nem portas corta-fogo, situação que será resolvida após a execução das obras.

### Plano de intervenção

O plano de intervenção permite estipular o procedimento a realizar perante uma situação de emergência, para tal estão estabelecidas as operações a realizar a fim de minimizar a ocorrência. Deverão realizar-se os seguintes procedimentos:

- Conhecer os perigos e sua localização;
- Quais os procedimentos a adotar em caso de deteção de situações de emergência
- Desenvolver a manobra com os dispositivos de segurança, nomeadamente:
- Corte da alimentação da energia elétrica
- Corte da alimentação do gaz
- Utilização da manta ignífuga
- Utilização dos extintores
- Alertar os Bombeiros
- Prestação dos primeiros socorros
- Acolher e informar os bombeiros
- Coordenar as operações do plano de evacuação

### Plano de evacuação

O CPSM institui em caso de emergência as seguintes formas de atuação, estando todos os presentes na situação afetos à sua realização, a fim de garantir a evacuação do edifício:

## Procedimento

- Dirigir todas as pessoas para o exterior do edifício, de forma rápida e ordenadamente sem instalar entre os presentes o pânico.
- Auxiliar as pessoas com dificuldade de mobilidade, nomeadamente os acamados para o exterior ou zonas isentas de perigo.

Intervenção externa (Bombeiros, policia, etc)

### Formação de segurança

Formação

A formação sobre situações de emergência para funcionários do CPSM deverá realizar-se anualmente, a fim de informar e capacitar todos os funcionários de como proceder em caso de emergência.

A formação deverá conter a seguinte informação:

- Corte de alimentação energética
- Como utilizar um extintor
- Que tipos de extintores existem no CPSM
- Como utilizar a manta ignífica
- Dar o alerta às entidades competentes
- Identificar as saídas de emergência
- Proceder à evacuação
- Prestação de primeiros socorros
- Como receber os bombeiros
- Selecionar a informação relevante para o combate à situação de emergência

### Exercícios e treinos

Os exercícios e treinos são realizados anualmente, devem contar com a participação dos Bombeiros e os responsáveis da proteção civil, bem como todos os colaboradores e clientes.

Os exercícios visam retratar uma situação real de emergência (incendio, terramoto) e proceder ao treino de todos os intervenientes com o intuito de exemplificar as ações a realizar em caso de emergências reais.

A este procedimento estão acoissadas as seguintes plantas de emergência:

- Planta de emergência do piso 1
- Planta de emergência do piso 0

**Lista telefónica de emergência**

Bombeiros: 117/ 253 310 390

Polícia: 112

Urgência:112

## Articulação com as autoridades

### Objetivos

O procedimento “Articulação com as autoridades” define como se deve o proceder sempre que seja necessário recorrer às autoridades locais. Os colaboradores do Centro Paroquial e Social de Moure devem conhecer os procedimentos a realizar em caso de necessidade de contactar as autoridades locais.

### Âmbito

O procedimento “Articulação com as autoridades” aplica-se ao Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

#### *Medico:*

Sempre que necessário para o cliente recorrer aos serviços externos ao CPSM, mediante a descrição do estado de saúde do cliente, o este poderá ser encaminhado para o Serviço Nacional de Saúde, apos consulta do médico avançado pelo CPSM. O colaborador, mediante a análise dos factos e conselho do médico do CPSM, deve recorrer ao SNS a fim de satisfazer as necessidades dos clientes. Os números de contato estão afixados no hall de entrada, no placar.

#### *Polícia:*

Poderá ser necessário a presença de agentes policiais no CPSM, sendo que todos os colaboradores deverão informar o seu diretor técnico de todas as anomalias que surjam no funcionamento da instituição. Cabe ao diretor técnico recorrer aos agente policiais. Quando o diretor técnico não se encontra na instituição, deverá ser informado via telefone, caso seja impossível o contato, o responsável presente na instituição deverá tomar a iniciativa de pedir a presença dos agentes policiais. O contato está afixado no placard

#### *Bombeiros:*

Todos os colaboradores poderão pedir auxílio aos bombeiros, desde que tal se mostre necessário. Torna-se necessária a presença dos bombeiros em situações de emergência, tal como incêndios, inundações, transporte de clientes aos serviços de Saúde ou Hospitalar.

## Procedimento

O diretor técnico deverá pedir a intervenção dos bombeiros sempre que seja necessária a realização de simulacros para formar os colaboradores como deverão proceder em caso de emergência. O contato telefónico está afixado no placard.

## Acompanhamento do cliente ao exterior

### Objetivo

Definir o procedimento “ Acompanhamento do cliente ao exterior” do Centro Paroquial e Social de Moure”

### Âmbito

No âmbito de Sistema da Gestão da qualidade este procedimento aplica-se a toda a instituição do Centro Paroquial e Social de Moure.

### Desenvolvimento

Todos os clientes da valência Lar do Centro Paroquial e Social de Moure podem deslocar-se ao exterior da Instituição. Para tal, deverão avisar instituição da sua pretensão. O aviso deverá ser reportado ao Diretor Técnico, que tomará as devidas diligências a fim de cumprir o procedimento.

Ao comunicar à instituição da pretensão de ausência, deverá ser definido o tempo e datas da ausência e identificar um responsável ou acompanhante. Isto é, em caso de sair da instituição com algum familiar ou representante legal.

No momento em que o cliente se ausentar da instituição este ou acompanhante deverão assinar um termo de responsabilidade. Neste documento estará referenciada a data, o local, a identificação dos intervenientes e a seguinte declaração.

Está associado o seguinte registo:

- *Registo de entradas e saídas dos clientes*

## Controlo de chaves e segurança noturna

### Objetivos

O procedimento “Controlo de chaves e segurança noturna” define como se deve o proceder mediante as medidas de segurança noturna e o controlo das chaves do estabelecimento e de viaturas do Centro Paroquial e Social de Moure na valência Lar. Os seus colaboradores devem conhecer os procedimentos a realizar.

### Âmbito

O procedimento “Controlo de chaves e segurança noturna” aplica-se a todas as instalações do Centro Paroquial e social de Moure.

### Desenvolvimento

Para garantir a segurança noturna do CPSM, às 21h o a instituição fecha as suas portas quer do interior quer do exterior. A colaboradora destacada para o período noturno deverá verificar todo o edifício, nomeadamente:

- Portas exteriores
- Portões do CPSM
- Carrinhas

Apos confirmar todas as portas e janelas e com atenção redobrada para as portas que dão acesso ao exterior, deverá andar com a chave da porta principal no bolso da farda.

Sempre que alguém toca à campainha, esta deverá atender pelo interfone, nunca se dirige à porta. Para permitir a entrada, o colaborador deverá, através do interfone, colocar questões chave, de modo a identificar e verificar a veracidade das informações prestadas. Só poderão abrir a porta, quando devidamente identificados, a:

- Membros da Conferencia Vicentina
- Membros da comunidade ou familiar do colaborador
- Direção do CPSM
- Medico
- Ambulância
- Enfermeiro

## Procedimento

- Diretor técnico
- Colaborador

Às 00h a colaboradora dirige-se ao piso superior do Lar, onde estão em repouso os clientes, a fim de fechar a chave a porta do Lar. A colaboradora faz a vigia noturna de hora em hora aos clientes. A vigia é feita com recurso à luz de presença, nunca recorrendo à luz. Às 6h a colaboradora abre a porta do Lar, às 7h abre a porta principal do edifício e os portões do CPSM.

As chaves de todas as entradas do edifício estão num chaveiro, na ala principal, ao lado do gabinete técnico. Existe um mapa de controlo, onde cada colaborador que utilize uma chave deverá proceder ao respetivo registo. Inclui-se neste registo as chaves dos veículos do SAD.

As chaves do gabinete técnico estão à responsabilidade da Diretora técnica e da administrativa.

As chaves do economato são da responsabilidade das colaboradoras nomeadas para o efeito.

De momento CPSM não dispõem de circuito interno de camera de vigilância e de alarme de segurança ligados às autoridades, sendo que a administração do CPMS pretende colmatar esta lacuna após a realização das obras de ampliação e melhoria do edifício.

A este procedimento estão associados o registo de “Controlo de chaves de acesso ao Lar/SAD/Lavandaria/Sala de Funcionários.

## Segurança, higiene e saúde no trabalho

### Objetivos

O procedimento “*Segurança, higiene e saúde no trabalho*” define como atua o Centro Paroquial e Social de Moure na valência Lar e SAD perante os seus colaboradores e clientes sobre a problemática da Segurança, higiene e saúde no trabalho. Este procedimento, com apoio na legislação, define todo o modo de atuação perante estas questões de modo a cumprir todos os requisitos legais que promovam a segurança, higiene e saúde dos seus colaboradores e clientes. Devem todos os clientes e colaboradores conhecerem o modo de atuação perante esta questão, nomeadamente a segurança e a higiene.

### Âmbito

O procedimento “*Segurança, higiene e saúde no trabalho*” aplica-se a todas as instalações do Centro Paroquial e social de Moure.

### Desenvolvimento

No âmbito da Lei 102/2009, de 10 de Setembro que se aplica a todos os ramos de atividade, nomeadamente ao setor cooperativos e social (artigo n.º 3). A Direção Técnica do CPSM elaborou um check-list “Promoção de Segurança e Saúde no Trabalho” baseada na Lei 102/2009, de 10 de Setembro, verificando que cumpre minimamente os requisitos exigidos na legislação.

A Segurança e Saúde no Trabalho, é assegurada por uma empresa externa que realiza auditorias, com o objetivo de averiguar o cumprimento dos requisitos legais. Esta empresa terá de fornecer um documento como prova da realização das auditorias e o relatório de toda a auditoria realizada. Esta mesma empresa está incumbida da realização dos exames periódicos, para a obtenção das fichas de aptidão. Os exames periódicos são anuais para todos os trabalhadores com idade superior a 50 anos de idade e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores.

Relativamente aos pontos da check-list que não se encontram conforme no CPSM, estes estão a ser alvo de implementação. Os pontos que apresentam inconformidade são referentes às medidas de auto proteção, ou seja, falta de formação e instruções de evacuação em caso de incêndios.

O CPSM detetou as seguintes Não Conformidades, que serão provisórias:

## Procedimento

- Empregador adota medidas de segurança e dá instruções ao trabalhador em caso de perigo grave e eminente.
- Em matéria de primeiros socorros, combate a incêndios e de evacuação estão estabelecidas: medidas a adotar e a identificação dos trabalhadores responsáveis pela sua aplicação, como os contatos necessários das entidades externas competentes para emergência médica.
- Os trabalhadores não comunicam ao superior hierárquico ou ao trabalhador designado para funções de segurança e saúde no local de trabalho as avarias e deficiências detetadas, bem como nos defeitos nos sistemas de proteção
- Os trabalhadores não tiveram acesso à informação atualizada sobre os riscos e medidas de prevenção e proteção, instruções a adotar em caso de perigo grave e iminente, medidas de primeiros socorros, combate a incêndio e evacuação
- O CPSM não tem estrutura interna que assegure as atividades de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de instalações

Mediante as não conformidades detetadas, a ação corretiva para colmatar as mesmas será a formação dos colaboradores sobre esta problemática.

A este procedimento está associado os seguintes registo “Formação” e o Relatório de auditoria.

## Procedimento

### Prevenção de surtos de infecção, violência, fuga e roubo

#### Objetivos

O procedimento “Prevenção de surtos de infecção, violência, fuga e roubo” define como se deve o proceder a fim de prevenir a ocorrência de surtos de infecção, violência, fuga e roubo no Centro Paroquial e Social de Moure na valência Lar. Os seus colaboradores devem conhecer os procedimentos a realizar para prevenir este tipo de situações e saberem quais as ações a realiza.

#### Âmbito

O procedimento “Prevenção de surtos de infecção, violência, fuga e roubo” aplica-se a todas as instalações do Centro Paroquial e social de Moure.

#### Desenvolvimento

O Centro Paroquial e Social de Moure desenvolveu várias estratégias de prevenção surtos de infecção, violência, fuga e roubo nas instalações da instituição.

*A prevenção de surtos de infecção:*

- Corte de água: sempre que ocorra uma situação de emergência, as águas são cortadas pela Camara Municipal de Vila Verde.
- Quando existem surtos de vírus infetocontagiosos o CPSM recorre às entidades competentes a fim de tomar todas as medidas necessárias à prevenção da propagação de vírus. As entidades competentes a que o CPSM se dirige sempre que necessário são ao Centro de Saúde Local, à Saúde Publica.
- A Unidade de Saúde Publica ACES-CAVADO2-GERES/Cabreira efetua anualmente a recolha de amostras de alimentos e analisam as mãos dos colaboradores e, emanam comunicados sobre alertas acerca dos planos de contingência quer em relação a intempéricas climatéricas quer em de surtos de vírus.
- Instituto da Segurança Social envia alertas dos planos de contingência para situações anómalas, quer em relação a intempéricas climatéricas quer em de surtos de vírus.

*Planos de desinfeção*

Código

\_\_\_\_\_

Aprovado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Página y de

x

## Procedimento

A lavagem remove cerca de 80% dos micro-organismos pelo que, tratando-se de superfícies e objetos que não estão em contacto direto com o doente, a utilização de um detergente é suficiente. Assim, para a limpeza geral será suficiente a utilização de água e detergente.

Sempre que haja derramamento de matéria orgânica, esta deverá ser removida após 10 minutos com uma solução de desinfetante antes de proceder à lavagem.

- Limpar: Remoção da sujidade através da ação mecânica; com a utilização de detergente, e com a eficácia de 80% na remoção micro-organismos
- Desinfetar: procede á destruição da maior parte ou totalidade dos micro-organismos patogénicos; através da utilização de desinfetante e a remoção dos micro-organismos é de 90% a 99% de eficácia.
- Descontaminar: a redução da quantidade de micro-organismos no ambiente/equipamento logo após a sua utilização de forma que o pessoas que manipula esse material não corra risco de contaminação.
- A limpeza deve ser feita com luvas de usos doméstico, que no fim do trabalho e antes de serem removidas, devem ser lavadas com água e sabão. Em seguida lavar as mãos.
- A limpeza deve ser feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Iniciar pelas paredes, sem seguida o mobiliário e por fim, o chão.
- Nunca deve ser utilizada água simples, juntar detergente;
- Nunca se deve misturar em caso algum lixívia e detergente, pois a ação do detergente neutraliza a ação do desinfetante;

### *A prevenção de violência:*

Sempre que surjam conflitos entre os clientes do Lar e os colaboradores, a Psicóloga intervém como mediadora do conflito. A esta deverá ouvir as partes sendo imparcial e minimizando o motivo de conflito. Em fase posterior os envolvidos no conflito deverão ser acompanhados para melhorarem a sua postura, o comportamento e atitudes. Trabalhar o cliente ou colaborador individualmente de forma a reduzir atitudes impulsivas e agressivas. E estimular as capacidades de comunicação, a fim de evitar futuros conflitos.

### *A prevenção de fuga:*

## Procedimento

- Controlo de chaves das saídas do CPSM
- Pedir aos colaboradores para abrirem a porta de saída
- Ao se ausentarem do CPSM todos os clientes assinam uma declaração, na qual o cliente ou responsável legal se responsabiliza pela sua saída do CPSM

### *Prevenção de roubo:*

- Os bens móveis do cliente entregues ao CPSM são inventariados e guardados no cofre do CPSM. Sempre que necessários, os bens móveis serão fotografados. s Depois de o cliente ou responsável pelo cliente e o Diretor técnico assinarem o Inventário dos bens entregues ao CPSM serão anexados a fotografia e o inventário ao processo individual do cliente
- Os bens móveis do cliente que estejam em sua posse são da responsabilidade do cliente ou representante legal.

### Registos associados:

- Controlo de chaves Lar/SAD
- Lista de bens móveis
- Registo de limpeza e desinfeção WC, Lar, cozinha

## Proteção dos bens dos clientes

### Objetivos

O procedimento “Proteção dos bens do cliente” define como se deve o proceder a fim de prevenir a ocorrência de extravios de bens dos seus clientes quando estes são confiados ao Centro Paroquial e Social de Moure na valência Lar. Os seus colaboradores devem conhecer os procedimentos a realizar para prevenir a fim de evitar algum extravio.

### Âmbito

O procedimento “Proteção dos bens do cliente” aplica-se a todas as instalações do Centro Paroquial e social de Moure.

### Desenvolvimento

Todos os pertences dos clientes são entregues à direção do CPSM, sempre que o cliente ou representante legal o entenda como necessário. Para confiar os bens ao CPSM serão preenchidos os respetivos registos, do qual o cliente deverá ter uma cópia, sendo o original guardado pelo CPSM, juntamente com o processo individual do cliente. Os bens confiados ao CPSM serão guardados no cofre-forte da própria instituição. O cofre encontra-se localizado numa dispensa interior ao gabinete técnico. Este apenas é acedido pela direção e pela diretora técnica.

Sempre que o cliente queira aceder ao seu bem material, terá que realizar o seu pedido à direção técnica e preencher os respetivos registos. Dos registos deverão constar a identificação do objeto, o estado em que se encontra, a data de entrega, a assinatura do responsável do CPSM e a assinatura do cliente ou representante legal. Sempre que se considere oportuno deverá ser anexada uma fotografia do bem guardado. O cliente poderá requisitar o bem a qualquer momento, tendo que assinar a data de entrega.

Os bens que poderão ser objeto de guarda do CPSM poderão ser de natureza diversa, incluindo objetos pessoais de valor sentimental:

- Objetos de ouro/ prata
- Documentos
- Dinheiro
- Fotografias

- Outros objetos que o cliente considere significativo

A este procedimento está associado o registo “Lista de pertences do cliente”.

## Procedimento

### Abusos, negligência e maus tratos

#### Objetivo

Definir o procedimento mediante situações de abusos e maus tratos no Centro Paroquial e Social de Moure, quer na valência Lar quer na valência SAD. Os seus colaboradores devem conhecer os procedimentos a realizar em caso de se depararem com situações de abusos, negligência e maus tratos e como e as ações a realizar a fim de os evitar.

#### Âmbito

Este procedimento aplica-se às valências de Lar e SAD do Centro Paroquial e Social de Moure.

#### Desenvolvimento

Deve ser claro para todos que a missão da instituição é promover a qualidade de vida dos utentes, a sua saúde, autonomia e independência. Conhecer e estar sensibilizado para as características e necessidades específicas das pessoas idosas é indispensável.

O Centro Paroquial e Social de Moure tem tolerância zero em relação aos maus tratos, com procedimentos claros de deteção, avaliação e encaminhamento de casos, sendo de extrema relevância que todos sintam que podem denunciar situações de maus tratos sem risco de retaliação.

#### O que fazer em caso de maus tratos?

Os utentes podem ser maltratados ou negligenciados pelo prestador de cuidados, pela sua família, por si próprios ou por qualquer pessoa que com eles tenha contacto.

Detetar uma situação de maus tratos nem sempre é fácil é necessária uma avaliação complexa e multidisciplinar para se obter conclusões seguras. Assim, é importante ter em conta uma série de indicadores que apontam para a existência de maus tratos.

#### Indicadores relativos ao utente:

**Físicos:** ferimentos, fraturas, queimaduras, equimoses, golpes ou marcas de dedos, marcas de ter estado amarrado, medicação excessiva ou insuficiente, má nutrição ou desidratação sem causa clínica aparentes, falta de higiene;

## Procedimento

**Comportamentais ou psicológicos:** alterações dos hábitos alimentares, perturbações do sono, medo, confusão, resignação excessiva, apatia, depressão, desespero, angústia, tentativa de evitar contactos físicos, o olhar ou a comunicação, tendência para o isolamento;

**Sexuais:** alterações do comportamento sexual, alterações bruscas do humor, agressividade, depressão, auto-mutilação, dores abdominais, hemorragias vaginais ou rectais, infeções genitais frequentes, equimoses nas áreas mamária ou genital, roupa interior rasgada ou com manchas, nomeadamente de sangue;

**Financeiros** - mudanças repentinas na forma de gerir os seus bens; alteração inesperada de um testamento; desaparecimento de joias e outros bens; transações suspeitas na conta bancária; falta de meios de conforto, apesar das possibilidades; falta ou insuficiência de recurso a cuidados de saúde, que meios financeiros próprios possibilitam ou facilitam.

### **Como facilitar uma queixa de maus tratos ou negligência?**

É importante que quem denuncia o mau trato, tenha sempre em elevada atenção os seguintes procedimentos a executar. Ouça o utente com toda a atenção e confirme tudo o que ele lhe disse, a fim de verificar se percebeu corretamente o que ele lhe contou; faça perguntas que deem ao utente a possibilidade de relatar tudo o que aconteceu; evite questões cuja resposta seja “sim” ou “não”; só assim poderá obter uma perspetiva global dos acontecimentos; mostre que acredita nos factos; explique ao utente que a situação tem de ser comunicada à Direção da Instituição e que eventualmente, mais pessoas terão que tomar conhecimento da situação, mas apenas as indispensáveis para garantir a sua segurança e assegure ao utente que tudo o que ouviu será tratado de forma confidencial e com todo o respeito.

No caso dos maus tratos físicos e sexuais, é importante considerar alguns aspetos: sempre que estes ocorram, é imprescindível a deslocação a uma unidade de saúde ou de medicina legal, uma vez que lesões aparentemente insignificantes, ou mesmo não visíveis no imediato, podem implicar ameaça à saúde da pessoa, constituírem elementos de prova e fonte de observações médicas que facilitem intervenções futuras. Não podendo o utente tomar banho ou lavar a roupa usada na altura da agressão. Podem eliminar elementos muito relevantes para a compreensão e prova do ocorrido.

## Procedimento

Os utentes ou os seus representantes têm que ser esclarecidos sobre a quem e como apresentar queixa, no caso de ocorrência de maus tratos ou violação dos direitos essenciais e estar conscientes de que não serão, por isso, objeto de qualquer represália ou discriminação. Todas as queixas devem ser escutadas, analisadas, investigadas e objeto de decisão num espaço de tempo razoável. Sempre que se verifique uma situação de maus tratos o Diretor Técnico deve registar a ocorrência da não conformidade, devendo comunicar a ocorrência à direção do Centro Paroquial e Social de Moure, a fim de comunicarem a ocorrência às entidades competentes.

### **O que fazer se suspeitar que um colega maltrata ou negligencia um utente?**

Se tiver razões para pensar que um colega seu não responde às necessidades de um ou mais utentes - é rude no trato, grita, desrespeita a privacidade - deve conversar com ele e posteriormente com o superior hierárquico. No entanto, não é aconselhável fazer acusações sem ter presenciado uma situação de maus tratos ou, pelo menos, ter indícios claros da sua existência. Poderá haver explicações lógicas para comportamentos que à primeira vista parecem indiciar que o utente foi maltratado ou negligenciado.

### **O que fazer se vir um colega a maltratar um utente?**

Tente acalmar o ambiente e peça de forma firme e assertiva que o abusador altere o seu comportamento; não o trate de forma humilhante nem tente enfrentá-lo, pois isso só vai dificultar a situação, caso o comportamento do agressor se tornar violento e constituir uma ameaça, a sua prioridade deve ser proteger-se a si e aos outros do perigo e pedir ajuda.

Seguidamente deve comunicar a ocorrência ao superior hierárquico o mais rapidamente possível; o propósito de comunicar um mau-trato é proteger as pessoas de comportamentos abusivos. A informação deverá ser redigida na ficha de ocorrência, para não se esquecer de nenhum detalhe e para que este registo possa ser utilizado por técnicos de outras áreas que venham a intervir no caso.

### **Como avaliar uma situação de maus tratos?**

Se possível, observar facto que constitui mau trato e ouvir em separado as pessoas envolvidas no caso - vítima, agressor, testemunhas, além de outros colaboradores e técnicos que possam contribuir para o apuramento da verdade e perguntar diretamente

## Procedimento

sobre violências, abusos, meios de contenção inadmissíveis ou eventual negligência. O relacionamento entre o utente e o eventual agressor deve ser averiguado.

A avaliação detalhada do caso deve abarcar factores clínicos, funcionais, intelectuais e sociais. Não descurando, quando aplicável, atenção aos riscos de maus-tratos em contexto familiar. Impondo-se a avaliação, nomeadamente: as características da família; o grau de consciência dos direitos e necessidades da pessoa idosa, a verificação da existência de relações de afeto, o sentido de responsabilidade dos familiares em relação à pessoa idosa; o possível desgaste que os familiares sentem face à situação; a natureza e grau das limitações da pessoa e a sua capacidade de defesa. Com base nessa avaliação tornar-se-á possível atuar de forma a reduzir o risco e intervir precocemente na deteção de situações de perigo e agir em conformidade com a legislação em vigor (Anexo I).

A este procedimento estão associados os Registos:

- “Ficha de ocorrência de abusos”.
- “Registo anual de Reclamações”

•

## Anexo I

## Procedimento legal

### Declaração Universal dos Direitos Humanos:

#### Artigo 3.º

Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

#### Artigo 5.º

Ninguém pode ser submetido a tortura nem a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

### Legislação Portuguesa

#### Artigo 13.º - Princípio da Igualdade

Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

#### Artigo 24.º - Direito à Vida

A vida humana é inviolável.

Em caso algum haverá pena de morte.

#### Artigo 25.º - Direito à integridade pessoal

A integridade moral e física das pessoas é inviolável.

Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

#### Artigo 26.º - Outros direitos pessoais

A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à

## Procedimento

palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação. A lei estabelecerá garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.

A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efetuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

### **Artigo 18 - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias**

Os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são diretamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas. A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos. As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstrato e não podem ter efeito retroativo nem diminuir a extensão e alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais.

## **Código Civil**

### **Responsabilidade Civil**

#### **Artigo 483.º (Princípio geral)**

Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.

Só existe obrigação de indemnizar independentemente de culpa nos casos especificados na lei.

## **Código Penal**

### **Crimes contra a vida (art.º 131.º - Homicídio -; art.º 132.º - Homicídio Qualificado).**

Crimes contra a integridade física (art.º 143.º - Ofensa à Integridade Física Simples -; art.º 144.º - Ofensa à Integridade Física Grave -; art.º 146.º - Ofensa à Integridade Física Qualificada). Crimes Sexuais (Crimes contra a liberdade sexual dos idosos: art.º 163.º - Coação Sexual -; art.º 164.º - Violação -; art.º 165.º - Abuso sexual de Pessoa Incapaz de Resistência -; art.º 166.º Abuso Sexual de Pessoa Internada -; art.º 167.º Fraude Sexual -; art.º 169.º - Tráfico de Pessoas -; art.º 170.º Lenocínio -; art.º 171.º - Atos Exibicionistas. No Código Penal merece especial referência o artigo 152.º que tipifica o crime de maus tratos.

### **Artigo 152.º**

#### **Maus Tratos e infração de regras de segurança**

Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direção ou educação, ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e: Lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente; A empregar em atividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou

A sobrecarregar com trabalhos excessivos; é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se o facto não for punível pelo artigo 144.º A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus tratos físicos ou psíquicos. A mesma pena é também aplicável a quem infligir a progenitor de descendente comum em 1.º grau maus tratos físicos ou psíquicos. A mesma pena é aplicável a quem, não observando disposições legais ou regulamentares, sujeitar trabalhador a perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou a saúde.

Se dos factos previstos nos números anteriores resultar: Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos; A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.

Quanto a possível medida de coação, cfr. art.º 200.º, n.º 1, alínea a) do Código de Processo Penal - Proibição de permanência, ausência ou de contactos

## Procedimento

Nos casos de maus tratos previstos nos n.ºs 2 e 3 do presente artigo, ao arguido pode ser aplicada a pena acessória de proibição de contacto com a vítima, incluindo o afastamento desta, pelo período máximo de dois anos.

Para que se inicie o **procedimento criminal** pelo crime de maus tratos do art.º 152.º do Código Penal não é necessária queixa do ofendido. O Ministério Público tem legitimidade para iniciar esse procedimento, bastando para isso que tenha conhecimento da situação de maus tratos. Qualquer pessoa pode participar junto da polícia ou do Ministério Público situações de maus tratos de que tenha conhecimento. A participação é obrigatória para os funcionários (com o sentido do art.º 386.º do Código Penal) quanto aos crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas. Nos crimes sexuais de que sejam vítimas as pessoas idosas, o procedimento criminal depende em regra de queixa do ofendido (cfr. art.ºs 163.º, 164.º, 165.º, 167.º, 171.º e 178.º do Código Penal).

Alguns desses crimes são porém públicos, pelo que o procedimento criminal não depende de queixa. (cfr. art.ºs 166.º, 169.º, 170.º e 178.º, n.º1, al. b) do Código Penal.

### Contactos úteis

**GNR – Posto Territorial de Vila Verde** 253311142

**GNR – Posto Territorial de Prado** 253921121

**Centro de Saúde de Vila Verde** 253310850 – 253310855

**Centro de Saúde da Vila de Prado** 253929130

**Hospital Misericórdia de Vila Verde** 253 310 120

**Hospital de Braga** 253 027 000

**Bombeiros Voluntários de Vila Verde** 253 310 390 - 926727200

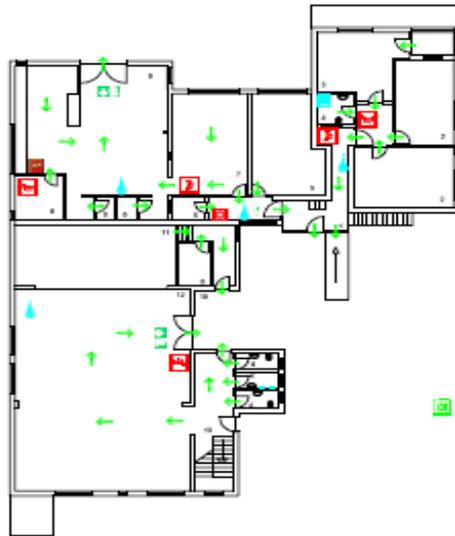
**Cruz Vermelha Portuguesa - Núcleo da Vila de Prado** 253 921 151

**APAV (Associação Portuguesa de Apoio à vítima)** 707 20 00 77 (Dias úteis das 10h-13h)



# **Plantas de emergência do CPSM**

# PLANTA DE EMERGENCIA



- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. Circulação        | 8. Cozinha           |
| 2. Quarto            | 9. Arrumos           |
| 3. Sala de Visitas   | 10. Alpendre         |
| 4. W.C.              | 11. Palco            |
| 5. Sala de Estar     | 12. Sala Polivalente |
| 6. Despensa          | 13. Acesso à Tribuna |
| 7. Sala de Refeições |                      |

## LEGENDA

- |  |                    |  |                |
|--|--------------------|--|----------------|
|  | Você Está Aqui     |  | Extintor       |
|  | Ponto de Encontro  |  | Sinalização    |
|  | Saida              |  | Manta Ignífuga |
|  | Indicação de Saída |  |                |

## FOGO

### Telefones de Emergência

Bombeiros Voluntários: 253 310 380

Emergência: 112

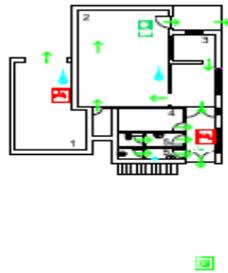
### Em Caso de Incêndio

- Se descobrir um incêndio
- Mantenha a calma. Não grite nem corra, dê o alarme.
- Ataque o fogo. Com os meios ao seu alcance. Sem correr riscos inúteis.
- Se não conseguir apagar o fogo. Abandone o local. Baixe-se para não respirar fumo.

### Evacuação

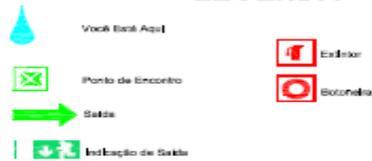
- Quando ouvir o sinal
- Siga a sinalização de segurança. Feche as portas ao sair.
- Siga as instruções dadas pelo pessoal do estabelecimento.
- Não volte para trás. Sem autorização.

# PLANTA DE EMERGÊNCIA



1. Lavandaria
2. Sala
3. Copa
4. Enfermagem
5. W.C.

## LEGENDA



## FOGO

### Telefones de Emergência

Bombeiros Voluntários : 255 310 360

Emergência :112

### Em Caso de Incêndio

- Se detectar um incêndio:
- Mantenha a calma. Não pule nem corra, dê o alarme.
- Abogue o fogo. Com os meios ao seu alcance. Sem correr riscos inúteis.
- Se não conseguir apagar o fogo. Abandone o local. Balanço para não respirar fumaça.

### Evacuação

- Quando ouvir o sinal.
- Siga a sinalização de segurança. Feche as portas ao sair.
- Siga as instruções dadas pelo pessoal do estabelecimento.
- Não volte para trás. Sem autorização.

**Subprocesso de Gestão de Recursos e parcerias**

**Gestão da Segurança**

**Registos**

Registo

Ficha de ocorrência de abusos

Relatório anterior	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	(Se sim anexar)
Nome do cliente		
Data de nascimento		Sexo: Fem. <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>
Estado civil		

Outros envolvidos

Nome	
Relação com o residente	Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Nome	
Relação com o residente	Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Nome	
Relação com o residente	Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>

Descrição da ocorrência:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Medidas a tomar:

Notificação policial	<input type="checkbox"/>
Relatório médico	<input type="checkbox"/>
Comunicação familiar	<input type="checkbox"/>
Comunicação interna	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Diretor técnico	_____	___/___/___
Residente	_____	___/___/___
Colaborador	_____	___/___/___
Outros	_____	___/___/___

Código \_\_\_\_\_





## Registo

## Registo de entradas e saídas dos clientes

<i>Nome do Cliente</i>	<i>Data</i>	<i>Hora de saída</i>	<i>Hora de entrada</i>	<i>Motivo</i>	<i>Acompanhante</i>	<i>Assinatura do Responsável</i>

Não conformidade

Código \_\_\_\_\_

## Lista de pertences do cliente

Designação do bem material	Quantidade	Observações	Data de entrega	Assinaturas		Data de devolução	Assinatura	
				Cliente	CPSM		Cliente	CPSM

Data \_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

Registo

Registo anual de reclamações

Reclamação	Data	Motivo	Ação implementada	Data de resolução

