

QUALIDADE

MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA LARES DE IDOSOS

equal
"de igual para igual"



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



FICHA TÉCNICA

Identificação do Projecto

Qual_Idade - Pedido de Financiamento 2004/EQUAL/A3/AD/194

Entidade Interlocutora

SCML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)

Parceria de Desenvolvimento

CEQUAL (Centro de Formação Profissional para a Qualidade), IPQ (Instituto Português da Qualidade), SCMAV (Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos) e UMP (União das Misericórdias Portuguesas)

Designação do Produto

Gestão da Qualidade em Lar de Idosos
I. Manual da Qualidade Tipo/ II. Manual de Instrumentos

Parceiros Responsáveis pelo Produto

CEQUAL (Centro de Formação Profissional para a Qualidade) - Manual da Qualidade
IPQ (Instituto Português da Qualidade) - Manual de Instrumentos
UMP (União das Misericórdias Portuguesas)

Projecto Qual_Idade (Sede)

Gabinete de Projectos Inovadores
Direcção de Acção Social
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Largo Trindade Coelho
1200-470 Lisboa
Telefone: 213230574 / Fax: 213235005
Email: umpqualidade@gmail.com



Índice

Enquadramento

Volume I - Manual da Qualidade Tipo

Volume II - Manual de Instrumentos

Enquadramento

O envelhecimento constitui, para as sociedades contemporâneas desenvolvidas, uma questão cada vez mais central, assumindo reflexos, consequências e implicações num espectro cada vez mais amplo e diverso de dimensões da vida social. Com efeito, o envelhecimento, que é “à partida simplesmente demográfico, de transformação das estruturas de população por idade e sexo, transformou-se em problema de economia e de organização social.” (Guillemard, 1991).

Da centralidade do envelhecimento nas sociedades actuais, decorre, antes de mais, um aumento da complexidade e diversidade analítica, que se traduz num confronto de abordagens paradigmáticas, designadamente ao nível dos conceitos utilizados, da construção dos objectos de investigação, dos próprios entendimentos acerca do processo de envelhecimento, e das metodologias de intervenção que, no seu conjunto, traduzem o modo como as sociedades lidam com um fenómeno de importância crescente.

As características das mudanças demográficas iniciadas nos séculos XIX e XX, e cujos contornos se consolidam e expandem neste início de século, nomeadamente no que concerne ao aumento da esperança de vida, e no que respeita à quebra generalizada dos níveis de fecundidade e à redução do número médio de filhos por casal, colocam importantes questões do ponto de vista da própria estrutura demográfica e ao nível da sustentabilidade e solidariedade geracional (problemas que portanto obrigam a reflectir sobre os modos de organização económica da sociedade). Mas estas mudanças demográficas invocam também questões que se prendem com a organização das respostas sociais dirigidas ao cidadão idoso e, nesse âmbito, opções relacionadas com a sua qualidade de vida, os seus direitos e o reconhecimento da liberdade de opções quanto aos diferentes modelos de envelhecimento e estilos de vida.

As mudanças demográficas em causa traduzem-se essencialmente num maior peso da população idosa face ao total da população. Segundo a hipótese média de projecção da população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir e atingirá os 21% do total da população em 2050. A contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente de aumento, passando de 5,3% para 15,6% do total da população entre 1960 em 2050. Note-se, nestes termos, que para os países desenvolvidos estas transformações assumem um significado muito mais amplo e profundo, suscitando questões e desafios que - apesar de tudo - não se colocam com a mesma pertinência e acuidade nos países com estruturas etárias menos envelhecidas.

Em Portugal, de acordo com os dados fornecidos pelo INE, entre 1960 e 2001 o envelhecimento demográfico traduziu-se num decréscimo de cerca de 36% da população jovem e num incremento em cerca de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, duplicou em 2001, passando para 16%. As projecções demográficas estimam que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando por isso os idosos, em

2050, cerca de 32% do total da população residente no nosso país. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, entre 1960 e 2001, passando de 708.570, para 1.702.120 (dos quais 715.073 do sexo masculino e 987.047 do sexo feminino). Num período, sublinhe-se, em que o total da população residente cresceu de modo muito menos expressivo, encontrando-se hoje numa fase de tendencial estagnação.

Com o aumento da idade, tende a aumentar também o grau de dependência, embora existam percursos de envelhecimento muito diferenciados. Todavia, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas são um dado adquirido. Com efeito, a percentagem de indivíduos com limitações é superior para maiores níveis etários. Estudos internacionais apontam para que mais de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos sofra de algum tipo de incapacidade, sendo que relativamente a indivíduos com idade inferior a 65 anos, esta percentagem não atinge os 5%. O número de pessoas idosas com limitações na sua vida diária é, hoje em dia, muito significativo. Estima-se que cerca de um terço dos idosos com 65 ou mais anos precisam de ajuda para realizar as suas actividades de vida diária e calcula-se portanto que existam cerca de 600.000 idosos em todo o país, com algum nível de dependência. As consequências de um envelhecimento bem sucedido constituem por isso grandes oportunidades e desafios para a sociedade.

Uma intervenção continuada e adaptada a cada caso específico, em termos de apoio e cuidados, é por estas razões um factor decisivo na preservação das capacidades físicas, cognitivas e relacionais do cidadão idoso, o que sublinha a necessidade da qualidade dos serviços de apoio social e de saúde. Cabe assim às organizações prestadoras de cuidados um papel preponderante, sendo necessário ter um conhecimento profundo da população a quem se presta os cuidados, bem como da população candidata a essa prestação.

Foi com base neste conjunto de preocupações que surgiu o Projecto Qual_Idade, candidatado e aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL em 2005. O projecto foi apreciado no contexto de cinco grandes prioridades, face às quais seria enquadrado no Eixo 3 (Empregabilidade, Adaptabilidade, Espírito Empresarial, Igualdade e Requerentes de Asilo), e na Medida 3.2: *“Fomentar a capacidade de adaptação das empresas e dos trabalhadores às transformações económicas e estruturais, assim como promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação e de outras novas tecnologias”*.

Um dos objectivos centrais do projecto, e que a parceria procurou estivesse presente durante todo o processo de desenvolvimento das suas actividades e produtos, consistiu no esforço em contribuir para a conciliação de três princípios que se consideram fundamentais na qualificação de respostas sociais. Por um lado, o **princípio da normatividade**, segundo o qual se procura facilitar e fundamentar a adopção e incorporação dos normativos produzidos pelas entidades públicas competentes, no quadro das políticas de qualificação de cada sector. Por outro, o **princípio da adaptabilidade**, que consagra a premência de que as estratégias de desenvolvimento de processos e sistemas da qualidade garanta a preservação da especificidade de cada organização, nomeadamente no que se

refere aos seus traços identitários, inserção territorial e escala. Por último, um **princípio de transversalidade**, que traduz a preocupação em que os produtos resultantes do projecto sejam facilmente apropriáveis por entidades com distinta natureza jurídica (organizações públicas, privadas e da economia social).

Na base destes princípios encontra-se o entendimento de que:

- a) Todos os processos de qualificação de respostas sociais devem estar fundamentados no enquadramento legal em vigor, por forma a que, independentemente da natureza jurídica de cada instituição, esteja salvaguardado o quadro de direitos do cliente;
- b) As estratégias e orientações subjacentes às políticas de qualificação de respostas sociais, estabelecidas pelos respectivos organismos públicos competentes, devem salvaguardar a **identidade institucional** das organizações, valorizando assim os seus capitais de experiência e conhecimento, bem como a adequabilidade das suas respostas ao meio em que se inserem;
- c) Os processos de implementação de sistemas de gestão e avaliação da qualidade devem ser perspectivados enquanto **meios estratégicos** para atingir objectivos que são mais profundos e imateriais, designadamente no que respeita à promoção da democraticidade, transparência e participação no modo como são organizadas e desenvolvidas as diferentes respostas sociais.

O Projecto Qual_Idade desenvolveu as suas actividades nas respostas sociais Apoio Domiciliário, Cuidados Continuados Integrados e **Lar de Idosos** (resposta social a que respeita o presente documento, constituído pelo Manual da Qualidade Tipo para Lar de Idosos e o respectivo Manual de Instrumentos), e desenvolveu-se em 3 Acções:

- Acção 1 - Fase de Diagnóstico em que se procurou conhecer e confirmar os dinamismos do envelhecimento em Portugal; aprender com as experiências de outros países que, enfrentando primeiro este fenómeno, já desenvolveram esforços e encontraram soluções de Qualidade; mobilizar parceiros estratégicos capazes de construir instrumentos que permitam o foco permanente da actividade no Cliente/Utente, nas suas necessidades e na avaliação da sua satisfação; analisar toda a legislação nacional que regulamenta as respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados; recolher informações no terreno. Neste sentido, o diagnóstico contemplou a visita a equipamentos de 6 Santas Casas da Misericórdia - Arruda dos Vinhos, Fundão, Lagos, Lisboa, Mora e Vila do Conde. Do trabalho realizado na Acção 1 resultou um Relatório de Diagnóstico e um Plano de Acções a empreender na Acção 2.
- Acção 2 - Fase de Desenvolvimento, em que de acordo com a estratégia definida, o trabalho desenvolvido teve por base os Modelos de Avaliação da Qualidade do Instituto da Segurança Social para as respostas sociais Apoio Domiciliário e Centro de Dia e o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, do Instituto da Qualidade em Saúde. Foi efectuado o

estudo da adaptabilidade dos modelos de referência, visando simultaneamente confrontar a situação e as características das organizações prestadoras de cuidados, em cada resposta social, com as exigências dos próprios referenciais, e, por outro, identificar instrumentos e elementos cuja relevância suscita a necessidade de incorporação ou complemento, em relação aos próprios modelos de referência, por forma a facilitar a incorporação e adaptação das orientações de qualificação das diferentes respostas sociais. No que se refere ao caso concreto da resposta social Lar de Idosos, depois de analisados os Modelos e realizado o estudo da adaptabilidade de muitos instrumentos que se poderiam aplicar a esta resposta social procedeu-se à elaboração do Manual da Qualidade e dos documentos, procedimentos documentados e instruções de trabalho que se verificou serem necessários em processos de implementação de Sistemas de Gestão e Avaliação da Qualidade. O trabalho realizado foi complementado com os instrumentos decorrentes da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade com base na norma ISO 9001, nos Lares de Idosos seleccionados como alvos de experimentação: Lar do Alcambar e Lar da Cartaxaria (Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos) e Lar Residência e Centro de Dia Quinta das Flores (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa).

- Acção 3 - Fase de Disseminação, que, tal como o nome indica, teve como objectivo promover a disseminação dos produtos desenvolvidos no âmbito da Acção 2, de acordo com uma lógica de apropriação, incorporação e divulgação nas práticas das organizações dos produtos concebidos, com vista à melhoria sustentada dos processos e da prestação dos serviços, através de um acompanhamento programado e continuado das entidades incorporadoras dos produtos. Participaram como alvos de disseminação as Santas Casas da Misericórdia de Águeda, Esposende e Portimão, das quais foram também recolhidos contributos que permitiram actualizar e melhorar os produtos finais do Projecto.

Os produtos desenvolvidos pelo Projecto Qual_Idade traduzem deste modo uma forte preocupação para que se constituam enquanto recursos úteis para as diferentes organizações, procurando-se que os mesmos assumam uma clara **dimensão pedagógica**. Aliás, tendo em vista uma **incorporação** que concilie a normatividade com a adequação dos sistemas de gestão e avaliação da qualidade à natureza e especificidade de cada organização, os produtos procuram estimular o potencial de **adaptabilidade** dos diferentes instrumentos e componentes que os constituem.

Foi também a preocupação em conciliar os princípios de normatividade e da adaptabilidade, bem como assegurar a natureza pedagógica e o potencial de apropriação dos produtos, que a Parceria de Desenvolvimento do Projecto Qual_Idade, a par com as respectivas entidades reguladoras, assumiu a necessidade de se constituir a partir da integração de três dimensões, que se consideram essenciais no desenvolvimento de políticas e estratégias de qualificação de respostas sociais:

- **Dimensão reguladora e regulamentar**, assegurada pelo Instituto de Segurança Social (ISS),

Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e Direcção Geral de Saúde (DGS)¹;

- **Dimensão normalizadora e técnica**, assegurada pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ) e pelo Centro de Formação Profissional para a Qualidade (CEQUAL);
- **Dimensão empírica**, decorrente da participação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML, entidade interlocutora junto da Iniciativa Comunitária EQUAL), da Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos (SCMAV) e da União das Misericórdias Portuguesas (UMP).

Na elaboração dos produtos do Projecto Qual_Idade, foram tidos em conta os princípios EQUAL, a saber:

- **Inovação**: Princípio concretizado através da criação de práticas e procedimentos que vêm suportar e complementar os Modelos de Referência (do ISS no caso de um futuro Modelo para a resposta social Lar de Idosos, e para o já existente relativo ao Apoio Domiciliário, e do IQS no caso dos Cuidados Continuados Integrados), procurando-se que os mesmos consubstanciassem uma abordagem pedagógica e de apropriação, não se limitando a formas de implementação directa, pouco sensíveis à realidade de cada entidade ou organização;
- **Empowerment**: Princípio assegurado, sempre que tal se afigurou possível, desejável e adequado, pela participação dos beneficiários finais e utilizadores dos Manuais, desde os níveis da Gestão de Topo até ao nível dos Trabalhadores de Serviços Gerais (passando pelas diferentes categorias funcionais, hierárquicas e profissionais). A sua participação foi estimulada não só no sentido de serem ouvidas as suas opiniões e contributos para a construção da documentação em causa, mas também como agentes do processo de experimentação, aquando da validação de impressos (como a “Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições”, ou o “Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internados”, por exemplo);
- **Adequabilidade**: Os manuais foram elaborados com base na experiência profissional dos beneficiários finais e na sua realidade. A documentação e instrumentos apresentados, que assumem uma natureza pedagógica, procuram dar resposta relativamente flexível aos modos de cumprimento dos requisitos dos Modelos de Referência e, simultaneamente, às condições e necessidades dos utilizadores, com base na sua experiência profissional diária, potenciando a cultura e práticas já existentes;
- **Utilidade**: Os manuais permitem facilitar, de modo flexível, a operacionalização de processos de implementação de Sistemas de Gestão e Avaliação da Qualidade, documentando práticas e procedimentos por forma a contribuir para a melhoria dos serviços prestados;
- **Acessibilidade**: A acessibilidade é assegurada através de uma linguagem o mais simples e concreta que é possível, nomeadamente na construção de Instruções de Trabalho e Questionários de Avaliação do Grau de Satisfação, onde se tornam facilmente perceptíveis os

¹ Entidades externas à Parceria de Desenvolvimento.

seus objectivos para os utilizadores e destinatários. A forma como os manuais estão construídos permite a fácil adopção da documentação e dos instrumentos disponibilizados.

- **Igualdade:** Na elaboração dos manuais foram tidos em conta os pressupostos da igualdade de género e de oportunidades, da participação activa e da responsabilidade social das pessoas envolvidas no trabalho de terreno, no quadro do reconhecimento da universalidade dos direitos humanos. Toda a documentação e instrumentos elaborados são de aplicação a toda e qualquer pessoa que se revele apta para as práticas profissionais em causa, valorizando a discriminação positiva, e considerando que se trata de uma realidade profissional em que existe um maior predomínio do sexo feminino. A linguagem utilizada respeita o Princípio da Igualdade de Género e está de acordo com as regras da Língua Portuguesa. Isto significa que, quando se entendeu que a leitura e percepção dos conteúdos poderiam, de alguma forma, ser prejudicados pela utilização de uma “linguagem de género”, se optou pela utilização do “masculino singular ou plural” que na Língua Portuguesa se utiliza para exprimir uma ou mais pessoas de sexos diferentes.
- **Transferibilidade:** Procura assegurar-se através da fácil apropriação e aplicação a qualquer equipamento ou serviço, no quadro das respostas sociais abrangidas pelo Projecto. A documentação e os instrumentos apresentados são também suficientemente flexíveis para permitir a sua adaptação às especificidades próprias de cada Organização, nunca deixando de respeitar os requisitos exigidos pelos respectivos Modelos de Referência.

Em suma, o Projecto Qual_Idade visou 4 grandes objectivos:

- √ A implementação de políticas e processos de qualificação de equipamentos e serviços das respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados;
- √ A adopção de metodologias que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança;
- √ Conciliar a adopção dos princípios normativos subjacentes às políticas públicas de qualificação de respostas sociais com a realidade específica das organizações e a sua identidade;
- √ Facilitar e modernizar os processos de gestão da informação, racionalizando processos e promovendo a eficácia e eficiência.

Sem pôr em causa todo o trabalho realizado até agora, a UMP sustenta que o sistema de financiamento da Segurança Social aos Lares de Idosos, recentemente consagrado no Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a União das Misericórdias Portuguesas, mudou significativamente, impondo um conjunto de alterações profundas das relações entre os diferentes agentes que intervêm nesta resposta social. O desenvolvimento exponencial da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as sucessivas alterações

introduzidas pela Unidade de Missão em sede de qualidade, implicou a não validação do documento por esta entidade.

Assim, face aos novos quadros legais, na Acção 3 - Disseminação - a UMP defende que o documento agora apresentado deve ser entendido como um exercício, com o qual globalmente concorda, mas a necessitar de ajustes e adaptações.

I^a PARTE
MANUAL DA QUALIDADE TIPO

Introdução

O Manual da Qualidade Tipo (MQ Tipo) para a resposta social Lar de Idosos é um Produto desenvolvido no âmbito das actividades do Projecto Qual_Idade.

O MQ Tipo, tem como objectivo facilitar a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) em Lares de Idosos, tendo sido utilizado como referencial, para a sua concepção, a norma NP EN ISO 9001 e a legislação aplicável à resposta social.

A sua construção e conseqüente validação decorreu nos seguintes equipamentos:

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor

A incorporação dos conceitos definidos e a melhoria do produto envolveu as pessoas com responsabilidade nestes serviços.

Este trabalho efectivo no terreno mostrou-se essencial para a incorporação e melhoria do MQ Tipo, tendo sido clara a forma como a sua aplicação facilita a implementação do SGQ e permite o cumprimento dos requisitos aplicáveis.

O MQ Tipo foi construído à luz da legislação aplicável à resposta social, tendo sido também consideradas a série de normas NP EN ISO 9000, Normas Internacionais utilizadas como vocabulário e modelo para a concepção e implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade em diversos países, bem como o Modelo de Avaliação da Qualidade ISS - SAD 2005 - Adaptado para a Resposta social Lar.

O MQ Tipo reflecte, ao longo do seu texto, todos os requisitos acima referidos e ainda contém exemplos de aplicação prática dos mesmos à resposta social Lar de Idosos das Santas Casas da Misericórdia supra mencionadas.

Cada organização com a resposta social Lar de Idosos, deverá complementar e adaptar o MQ Tipo de forma a reflectir a sua realidade de acordo com as orientações fornecidas ao longo do texto. Importa salientar que a adaptação a efectuar por cada organização com a resposta social Lar de Idosos deve restringir-se às suas particularidades, nunca esquecendo os princípios orientadores do referencial ISO 9001, os quais não devem ser retirados do texto, nem adaptados.

Foram ainda integradas no texto do MQ Tipo as orientações para que cada organização com a resposta social Lar de Idosos possa fazer as adaptações necessárias (estas instruções encontram -

se destacadas em caixas de texto sombreadas, e devem ser retiradas aquando da elaboração do Manual da Qualidade da Organização).

Para uma futura implementação do MQ Tipo e seu subsequente desdobramento em Processos-Chave, Processos de Suporte, Procedimentos, Instruções de Trabalho e outros documentos que integram um Sistema de Gestão da Qualidade eficaz e consistente, devem ser asseguradas determinadas condições, antes da implementação.

Após a implementação, o SGQ deve ser monitorizado e actualizado, periodicamente. Assim, é necessário que as condições abaixo se mantenham ao longo do tempo, em cada Organização com a resposta social Lar de Idosos.

Condições a assegurar

O MQ Tipo é um documento técnico que quando transposto e aplicado à realidade de cada Organização com a resposta social Lar de Idosos, funciona como o “mapa de estradas” que sintetiza o Sistema de Gestão da Qualidade e o relaciona com os requisitos, a legislação e com a restante documentação de suporte.

As Organizações com a resposta social Lar de Idosos, deverão ter em conta alguns aspectos essenciais:

- 1. Comprometimento da Direcção da Organização:** A decisão de implementar um SGQ deverá ser tomada, conscientemente pela Mesa Administrativa para proporcionar a legitimidade que este projecto exige e de acordo com a norma NP EN ISO 9001.
A implementação de um SGQ implica mudanças organizacionais que só serão concretizadas com o comprometimento da Direcção, relativo à Qualidade.
- 2. Nomeação do Responsável pela Qualidade na Organização:** Após a decisão de implementar o SGQ, a Mesa Administrativa da Misericórdia nomeia formalmente um Responsável pela Qualidade que, independentemente de outras funções, deve assegurar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade.
Esta nomeação deve ser formalizada e documentada (por exemplo, constar em acta ou no capítulo de Promulgação do MQ) e deve conferir a responsabilidade e autoridade necessárias para que o Responsável pela Qualidade possa desempenhar adequadamente as suas funções.
- 3. Conhecer e Adquirir os Documentos de Referência:** Antes de iniciar a implementação do SGQ, a Organização com a resposta social Lar de Idosos, deverá conhecer os documentos de referência e legislação aplicáveis, que permitirão o enquadramento para a construção do Sistema.
- 4. Focalização no Cliente/utente:** Promover continuamente a identificação e compreensão das necessidades (actuais e futuras) do Cliente/Utente, de forma a satisfazê-las e excedê-las. Entender o conceito alargado de Cliente/utente (ou parte interessada), como por exemplo, satisfazer as necessidades da família e comunidade envolvente, através da prestação de um serviço de Qualidade.
- 5. Tomar Decisões com Base em Factos e Dados Concretos:** Para que este princípio se verifique,

as Misericórdias com a resposta social Lar de Idosos, devem estruturar a recolha e tratamento de dados que possibilitem monitorizar os processos e o SGQ, continuamente e de forma fidedigna. Para tal será necessário assegurar:

- a) O planeamento da recolha, tratamento e análise de dados do SGQ;
- b) A formação dos colaboradores para que percebam a importância do correcto preenchimento dos registos, pois o conteúdo dos mesmos irá fornecer os dados a tratar e analisar posteriormente;
- c) O acompanhamento periódico dos Indicadores de Desempenho dos Processos;
- d) A clarificação para todos os colaboradores dos conceitos relacionados com não conformidades, reclamações, acções correctivas e preventivas, que devem ser encarados como oportunidades de melhoria e não como penalizações; assim, é muito importante que as não conformidades sejam correctamente registadas e recebam o tratamento adequado.

6. Promover a Participação dos Colaboradores: Os documentos de suporte ao SGQ devem ser elaborados com a participação dos colaboradores envolvidos nas actividades, numa óptica de *empowerment* e para assegurar que os documentos reflectem as práticas da Misericórdia com a resposta social Lar de Idosos; esta metodologia proporciona um sentido de pertença dos colaboradores em relação ao SGQ e é uma forma de o implementar eficazmente .

7. Envolvimento e Responsabilização de Todos: Promover a consciencialização dos colaboradores, a todos os níveis, sobre a importância do contributo de cada um para a satisfação do Cliente/Utente. Criar nos colaboradores o sentido de responsabilização relativamente ao trabalho executado.

8. Manter Relações Mutuamente Benéficas com os Fornecedores e Parceiros: da eficácia das relações com os fornecedores e parceiros depende a criação de valor. A relação com os fornecedores é um aspecto importante da Gestão da Qualidade e que deve ser formalizado.

9. Promover a Melhoria Contínua: O desempenho global da resposta social Lar de Idosos, deve promover permanentemente a melhoria contínua. Deve ser avaliado sistematicamente o desenvolvimento das práticas internas a todos os níveis, de modo a que seja mensurável ao longo do tempo a melhoria alcançada.

10. Igualdade de Oportunidades: A actividade desenvolvida nos Lares de Idosos deverá valorizar, respeitar e promover a igualdade de género, multiculturalidade, a inclusão, a cidadania e a universalidade dos direitos humanos, devendo recorrer-se à discriminação positiva.

Implementação

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade deve ser faseada. A metodologia abaixo indicada aponta as linhas gerais de actuação :

1. Diagnóstico

Efectuar um diagnóstico para identificar:

- Levantamento das práticas existentes;
- Análise das discrepâncias face ao referencial normativo e à legislação aplicável;
- Identificação dos recursos humanos e materiais necessários à adaptação e reformulação das práticas no sentido de estas darem resposta aos requisitos aplicáveis;

O diagnóstico é o ponto de partida para o trabalho que se descreve a seguir.

2. Planeamento das Actividades:

A partir do diagnóstico deverá ser elaborado um Plano de Acção para a implementação do SGQ, que contemple as actividades a desenvolver, responsáveis, prazos e ponto de situação.

3. Sensibilização e Formação:

No sentido de colmatar as novas necessidades de competência geradas pelo projecto e de possibilitar a participação acrescida dos grupos-alvo nos contextos organizacionais, devem ser promovidas acções de sensibilização e de formação.

Estas acções devem ser planeadas e concretizadas em diferentes momentos do projecto, de acordo com os objectivos pedagógicos e o público-alvo a atingir.

Salienta-se ainda que a formação deve ser desdobrada no Lar de Idosos de modo a abranger **todos** os colaboradores. O Responsável pela Qualidade deverá assegurar a formação interna sobre o MQ, Processos-Chave, de Suporte e restante documentação. Esta formação interna tem como principal objectivo esclarecer dúvidas sobre a documentação e recolher sugestões de melhoria.

Exemplos de acções de formação a assegurar:

- Sensibilização à Segurança, Higiene e Saúde Ocupacional;
- Sensibilização à Qualidade para Dirigentes das Organizações Sociais;
- A Aplicação de um Sistema de Gestão da Qualidade NP EN ISO 9000 ;
- Sensibilização à Higiene e Segurança Alimentar.

4. Concepção da Estrutura Documental de Suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade:

Com base no diagnóstico e nos referenciais aplicáveis (normas e legislação), deverá ser concebida a estrutura que contempla as categorias de documentos necessários para suportar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade (ilustrado na pirâmide da estrutura documental no MQ Tipo, Capítulo 4).

Assim, cada Misericórdia com a resposta social Lar de Idosos, torna o seu SGQ demonstrável, normalizando os procedimentos para a prestação de um serviço mais consistente.

As fases subsequentes deste trabalho serão a implementação no terreno, as auditorias internas e as acções correctivas daí decorrentes.

A implementação do SGQ, para além do referido nos pontos anteriores, poderá ser optimizada através da sua Implementação em Rede, com outros equipamentos eventualmente existentes na mesma área geográfica, numa óptica sustentada de *benchlearnig* organizacional. Deste modo, rentabilizam-se os recursos e potencia-se o processo de troca de experiências/ informações/ documentos.

Estrutura do Manual

O MQ Tipo encontra-se dividido em três partes:

Parte I - Secções Introdutórias (até o Capítulo 3): Inclui o índice do MQ; o texto que promulga oficialmente o Manual na resposta social Lar de Idosos e formaliza a nomeação do Responsável pela Qualidade, constituindo-se como documento orientador a ser cumprido por todos os colaboradores no exercício das suas funções.

Fazem parte constituinte das secções introdutórias:

- ↳ a apresentação do Lar de Idosos e da Misericórdia,
- ↳ o campo de aplicação do MQ, a documentação de referência e a legislação aplicável
- ↳ o glossário e principais abreviaturas utilizadas no Lar de Idosos.

O Manual da Qualidade inclui o âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, justificando qualquer exclusão, menciona o referencial normativo em que se baseia, faz a referência aos procedimentos documentados e descreve os processos e as suas interacções.

Deve ainda ser incluída no Manual da Qualidade informação que evidencie a verificação, aprovação, estado de revisão e data de aprovação, identificando a natureza da alteração do documento.

Parte II - Gestão da Qualidade (Capítulos 4 a 8): Estes Capítulos encontram-se organizados de acordo com os Requisitos da norma NP EN ISO 9001. Cada Capítulo descreve, sucintamente, a forma como os mesmos se encontram implementados no Lar de Idosos e remete para outros documentos do SGQ onde estão descritos os detalhes.

O Manual da Qualidade deverá descrever a estrutura da Organização.

Responsabilidades, autoridades e inter-relações poderão ser indicadas através de organogramas, fluxogramas e/ou descrições de funções. Estes poderão ser incluídos ou referidos no Manual da Qualidade.

O Manual da Qualidade deverá reflectir os métodos que a Organização utiliza para satisfazer a sua política e os seus objectivos.

Parte III - Secções Complementares: Tabela de correspondência entre os requisitos do Referencial Normativo e a documentação de suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade; tabela de registo das alterações ao MQ relativamente às edições anteriores.

Apresenta-se, de seguida, o MQ Tipo com as instruções para que cada instituição possa fazer as adaptações necessárias (destacadas em caixas de texto).

Controlo do Manual

Esta tabela tem por objectivo evidenciar a aprovação do MQ através das rubricas de quem elaborou, verificou e aprovou o documento (no original). O controlo das cópias também é efectuado em cada cópia do MQ, através da identificação de Cópia Controlada, número e data, ou de Cópia Não Controlada.

Elaborado por:	
Verificado por:	
Aprovado por:	
Data:	
Edição	
Cópia	<input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Não Controlada
Cópia Nº	
Data	

Índice do Manual de Qualidade

O Manual de Qualidade deverá possuir um Índice, que permita localizar os diferentes componentes que o integram. Segue-se, neste caso a estrutura da paginação do Manual da Qualidade Tipo.

Promulgação

Iª Parte

Introdução

- | | |
|--|----|
| 1. Apresentação da Misericórdia e do Equipamento..... | 13 |
| 2. Documentação de Referência, Legislação Aplicável e Âmbito do SGQ..... | 34 |
| 3. Termos e Abreviaturas..... | 38 |

IIª Parte

Gestão da Qualidade

- | | |
|---|-----|
| 4. Sistema de Gestão da Qualidade..... | 45 |
| 5. Responsabilidade da Gestão..... | 61 |
| 6. Gestão de Recursos..... | 94 |
| 7. Execução das Actividades da Resposta Social Lar de Idosos..... | 110 |
| 8. Medição, Análise e Melhoria..... | 151 |

IIIª Parte

Tabelas e Registos Complementares

- | | |
|---|-----|
| 9. Tabela de Correspondência do SGQ com a NP EN ISO 9001..... | 155 |
| Registo das Alterações ao MQ..... | 157 |

1. Promulgação

A promulgação do MQ tem o objectivo de evidenciar o comprometimento da Mesa Administrativa da Misericórdia. Torna o Manual oficialmente válido para ser aplicado à resposta social Lar de Idosos e de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores. É neste ponto do MQ que se formaliza a nomeação do Responsável da Qualidade.

A/o _____ (*designação do órgão dirigente*) da/o _____ (*nome da entidade*), e a Direcção do Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*), assumem a Qualidade como um factor determinante para a intervenção na Comunidade, nomeadamente na Resposta social Lar de Idosos.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os Cliente/Utentes da Resposta social Lar e outras partes interessadas.

Constitui o suporte material para os processos e procedimentos dos Serviços e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete à Direcção fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os critérios dos referenciais que estão na base da concepção deste Manual entre eles a NP EN ISO 9001, entre outros.

O Responsável pela Qualidade no Lar de _____ (*nome do Lar*), Sr(a). _____ (*nome da pessoa responsável*), possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Direcção nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores do Lar de _____ (*nome do Lar*), no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela/o _____ (*designação do órgão dirigente*) e pela Direcção do Lar, em colaboração com o Responsável pela Qualidade quanto à sua adequação e actualizado sempre que se torne necessário.

A/o _____ (*designação do órgão dirigente*), e a Direcção manifestam o seu compromisso para com a Qualidade, e em conformidade, promulgam a presente edição do Manual da Qualidade do Lar de _____ (*nome do Lar*).

A(o) _____ (*designação do órgão dirigente*),

A Mesa Administrativa,

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Promulgação

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende assume a Qualidade como um factor determinante para a intervenção na Comunidade, nomeadamente na Resposta Social Lar de Idosos.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os clientes/utentes da Resposta Social Lar e outras partes interessadas.

Constitui o suporte material para os processos e procedimentos dos Serviços e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão.

Compete à Mesa Administrativa fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os critérios do referencial ISO 9001, da legislação em vigor e de Modelos de Avaliação da Qualidade do ISS, adaptados à Resposta Social Lar.

O Responsável pela Qualidade no Lar do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda, Dr.ª Catarina Leonor Torres Fernandes de Sá possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Mesa Administrativa nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores do Lar do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda, no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela Mesa Administrativa, em colaboração com o Responsável pela Qualidade quanto à sua adequação e actualizado sempre que se torne necessário.

A Mesa Administrativa manifesta o seu compromisso para com a Qualidade, e em conformidade, promulga a presente edição do Manual da Qualidade do Lar do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda.

A Mesa Administrativa

O/A Responsável da Qualidade

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Promulgação

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Águeda, e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda (CRALB), assumem a Qualidade como um factor determinante para a intervenção na Comunidade, nomeadamente na Resposta Social de Lar de Idosos.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os clientes/utentes da Resposta Social Lar e outras partes interessadas.

Constitui o suporte material para os processos e procedimentos dos Serviços e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete à Direcção fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os critérios do referencial ISO 9001, da legislação em vigor e de Modelos de Avaliação da Qualidade do ISS, adaptados à Resposta Social Lar.

O Responsável pela Qualidade no Lar Madame Breda, Dra. Paula Sousa, possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Mesa Administrativa nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores do Lar Madame Breda, no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela Mesa Administrativa e pela Direcção da CRALB, em colaboração com o Responsável pela Qualidade quanto à sua adequação e actualizado sempre que se torne necessário.

A Mesa Administrativa e a Direcção manifestam o seu compromisso para com a Qualidade e, em conformidade, promulgam a presente edição do Manual da Qualidade do Lar Madame Breda.

A Mesa Administrativa,

A Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor

1. Promulgação

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, e o Director Técnico do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor, assumem a Qualidade como um factor determinante para a intervenção na Comunidade, nomeadamente na Resposta Social Lar de Idosos.

Este Manual refere os meios adoptados para assegurar a Qualidade adequada aos serviços prestados, de modo a satisfazer os clientes/utentes da Resposta Social Lar e outras partes interessadas.

Constitui o suporte material para os processos e procedimentos dos Serviços e para a execução do conjunto de acções inerentes ao Sistema de Gestão da Qualidade.

Compete à Mesa Administrativa fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste Manual e que satisfazem os critérios do referencial ISO 9001, da legislação em vigor e de Modelos de Avaliação da Qualidade do ISS, adaptados à Resposta Social Lar.

O Responsável pela Qualidade no Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor, Dra. Mónica Afonso, possui a responsabilidade e autoridade necessárias para garantir a eficácia do Sistema, respondendo directamente à Mesa Administrativa nesta matéria.

As determinações que constam deste Manual são de cumprimento obrigatório por todos os colaboradores do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor, no âmbito do seu campo de actuação.

Este documento é revisto anualmente pela Mesa Administrativa e pelo Director Técnico do Lar, em colaboração com o Responsável pela Qualidade quanto à sua adequação e actualizado sempre que se torne necessário.

A Mesa Administrativa, e o Director Técnico manifestam o seu compromisso para com a Qualidade, e em conformidade, promulgam a presente edição do Manual da Qualidade do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor.

A Mesa Administrativa,

O Director Técnico,

Iª Parte

Introdução

1. Apresentação da Misericórdia e do Equipamento

1.1- Apresentação da Misericórdia

Breve apresentação da Misericórdia onde o Lar de Idosos está inserido, de forma a fazer um enquadramento da resposta social.

Alguns elementos devem ser tidos em consideração, nomeadamente:

- **Caracterização da Organização:** Quanto à sua natureza jurídica, dimensão, características, forma de organização, filosofia e objectivos de intervenção, etc.;
- **Caracterização do meio envolvente:** Características demográficas, económicas, sociais e culturais do contexto em que se insere a organização, com destaque para elementos relevantes no que concerne à resposta social Lar de Idosos.

Organograma da (*nome da Misericórdia*)

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

1.1- Apresentação da Santa Casa da Misericórdia de Esposende

1.1.1. Enquadramento Institucional

A IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE ESPOSENDE, abreviadamente designada por Santa Casa da Misericórdia de Esposende, ou SCME, segundo o Compromisso aprovado por Decreto de Sua Ex.^ª Rev.ma o Senhor Arcebispo Primaz de Braga, datado de 8 de Julho de 1982 e subscrito pelo Chanceler P.e Fernando Carvalho Rodrigues, continua a ser uma associação de fieis, constituída na ordem jurídica, com o objectivo de satisfazer carências sociais e praticar actos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, enformado pelos princípios da doutrina e moral cristã, e ainda pelos usos e costumes da Irmandade.

No Campo social, exerce a sua acção através da prática das catorze obras de Misericórdia, sete espirituais e sete corporais; e no sector especificamente religioso, sob a invocação de Santa Isabel, que é sua padroeira, e exerce as actividades que constarem do Compromisso e as mais que vierem a ser consideradas convenientes.

É membro fundador da União das Misericórdias Portuguesas.

Actualmente, a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Esposende é considerada uma Instituição Particular de Solidariedade Social, nos termos do nº 1 do artigo 94º do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, aprovado pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro, e da alínea I) do nº 6 do Despacho da Secretária de Estado da Segurança Social nº 6/83, de 5 de Maio, publicado no D.R., II Série, de 20 de Maio de 1983.

Era anteriormente qualificada como pessoa colectiva de utilidade pública administrativa, por se encontrar abrangida pelos artigos 416º e 417º do Código Administrativo.

Os estatutos desta Instituição foram registados nos termos do nº 3 do artigo 13º do Regulamento aprovado pela Portaria nº 778/82, de 23 de Julho na Direcção-Geral da Segurança Social, no Livro das Irmandades da Misericórdia, sob o nº 7/83, a folhas 94 e 94 verso, em 19/01/1983.

Conserva as isenções e regalias que a Lei lhe concedia na qualidade de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa, nos termos do nº 1 do artigo 97º do referido Estatuto.

A Santa Casa da Misericórdia de Esposende presta serviços nas áreas de educação, terceira idade e saúde.

Quanto aos serviços prestados na educação, temos a Creche/ Jardim-de-infância Santa Isabel. Na área da terceira idade, temos o Centro de Apoio Social Ernestino Miranda. Na área da saúde, temos o Hospital Valentim Ribeiro.

E começemos por este. Foi inaugurado em 1916, sendo propriedade desta Santa Casa. Sessenta anos depois, 1975, foi nacionalizado.

Entre 1975 e 1995, desempenhou funções, como propriedade do Estado.

Nesse mesmo ano de 1995, reabriu o HVR através da SCME.

Tem uma capacidade instalada, capaz de traduzir cobertura ao nível da Clínica Geral - ambulatório e internamento, e também ao nível de cerca de 20 especialidades médicas - ambulatório, cirurgia e internamento.

O seu regulamento interno define os princípios gerais de organização, bem como as regras gerais de funcionamento, com vista ao eficaz desempenho da sua actividade. Tem a sua sede na cidade de Esposende e não tem personalidade jurídica autónoma. Exerce a sua actividade cumprindo os Princípios Universais das 14 Obras de Misericórdia e a Missão e Objectivos da Instituição a que pertence, perseguindo fins de assistência e solidariedade social. Dispõe de uma capela destinada ao culto religioso dos seus clientes/utentes.

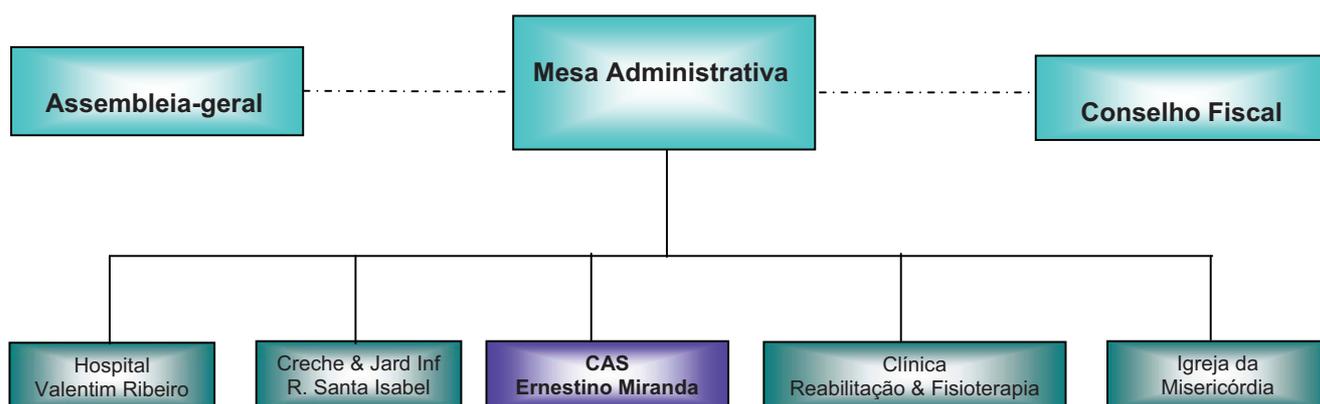
1.1.2. Respostas Sociais da Santa Casa da misericórdia de Esposende

Esta instituição presta serviços em diversas áreas sociais, nomeadamente:

- Resposta Social de apoio à Infância: Creche e Jardim-de-infância St^a Isabel;
- Resposta Social de Ocupação dos Tempos Livres;
- Respostas Sociais de Apoio à Terceira Idade (Lar, Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de apoio domiciliário e Turismo sénior);
- Resposta Social Hospitalar (Hospital Valentim Ribeiro) – Serviço de Atendimento Permanente; Serviço de Consulta Externa; Cirurgia – Ambulatório e Internamento; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Medicina Física e de Reabilitação; Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença; Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação;

- Igreja da Misericórdia.

Organograma da Irmandade da Santa Casa (Corpos Gerentes & Equipamentos)



EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Introdução

1. Apresentação da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e da Casa da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda

1.1- Apresentação da Santa Casa da Misericórdia de Águeda

Herdeira da “ Albergaria de Águeda “ (já existente em 1449), do “Hospital do Lugar de Águeda” (1533) e do “ Hospital de Nossa Senhora da Boa Morte “ (1721), a Santa Casa da Misericórdia de Águeda (SCMA), foi instituída em 12 de Novembro de 1859, tendo sido seus fundadores:

- José Ribeiro de Sousa Figueiredo, Joaquim Mariano de Sousa Ribeiro, António de Sousa Tondela, Vitorino António Martins, António Ferreira de Almeida Freitas, António de Melo e Padre João Baptista de Figueiredo Breda.

A sua primeira Mesa Administrativa (1859-1863) foi constituída por:

- Provedor: João António Pereira de Carvalho

- Mesários: António Ferreira Sucena, José da Silva Ruela, Joaquim José Maria de Almeida, Jacinto Rodrigues Breda, Tomaz António de Figueiredo e João de Pinho e Freitas.

Inicialmente, dedicou-se à Área da Saúde, no antigo Hospital de Nossa Senhora da Boa Morte, situado na Rua do Barril, em Águeda, que viria a ser vendido em 1901. Em 1904 já estava parcialmente construído o actual edifício do “ Hospital - Asylo Conde de Sucena “, tendo a Mesa Administrativa aí reunido pela primeira vez, em 08 de Setembro de 1907, sob a presidência do Benemérito e então Provedor da SCMA, José Rodrigues de Sucena - 1º Conde de Sucena. Terminada a construção do “ Hospital -Asylo Conde de Sucena”, o seu Benemérito fundador foi forçado a ausentar-se do país.

Enquanto não ocorreu a inauguração e abertura do Hospital, esteve nele instalado, a partir de 1917, por requisição do Ministério da Guerra, o Sanatório Militar de Águeda, destinado ao repouso dos soldados vindos do Corpo Expedicionário Português, em França, tendo sido directores, entre outros, o Dr. Eugénio Ribeiro, o Dr. Albano Pereira e, em 1921, o então alferes miliciano médico Dr. António Pereira Pinto Breda. Este último, que, nesse tempo já se distinguiu como cirurgião, conhecendo bem as dificuldades provenientes da falta dum hospital, foi propositadamente a Paris falar com o Conde de Sucena para que este procedesse à inauguração do Hospital.

O regresso do Conde de Sucena a Portugal deu-se em Maio de 1922 e em Junho desse mesmo ano foi celebrada a escritura de doação de raiz do edifício, ocorrendo a sua abertura e inauguração em 15 de Agosto de 1922. O usufruto ficou a pertencer ao filho do doador - 2º Conde de Sucena - que o legou à SCMA por escritura celebrada em 30 de Maio de 1949, subscrita pelo doador, 2º Conde de Sucena e pelo Provedor da Santa da Misericórdia Dr. Fausto Luís de Oliveira.

Disponha o Hospital, então já pertencente à SCMA, de três enfermarias gerais, doze quartos particulares e um sector de isolamento e compunham o seu corpo clínico os médicos Dr. Joaquim Carvalho e Silva, Dr. António Pereira Pinto Breda e Dr. Benjamim Camossa, apoiados por um corpo de enfermagem constituído por quatro Irmãs Religiosas da Ordem de S. Vicente de Paulo, que o Dr. António Pereira Pinto Breda tinha trazido expressamente de França.

Acomodava ainda uma secção asilar, localizada no rés-do-chão do edifício, com 24 camas para idosos de ambos os sexos, “ pobres e velhos sem outro socorro”, que ali eram recolhidos, assistidos e tratados, sem qualquer contrapartida.

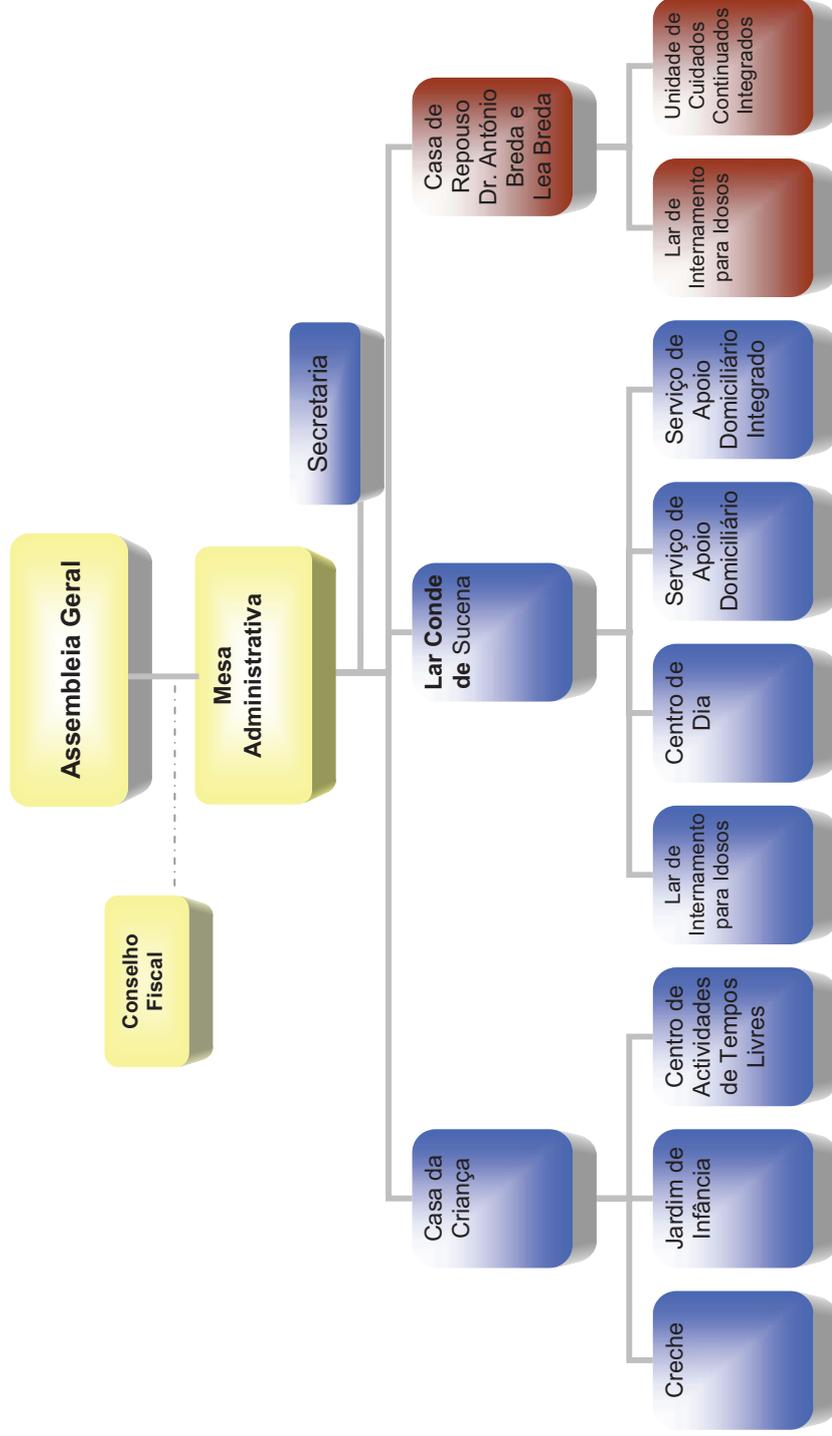
Em 10 de Setembro de 1976, o Hospital foi oficializado, separando-se da SCMA, embora o edifício e as estruturas continuassem e continuem a pertencer a esta Instituição. A 4 de Maio de 1987, passou a designar-se por Hospital Distrital de Águeda.

A separação do Hospital e da Santa Casa, motivando administrações, quadros de pessoal e estruturas diferentes, determinou a necessidade de ser criado um Lar onde fossem acolhidos os “pobres e velhos sem outro socorro”.

A Mesa Administrativa da SCMA, que ao tempo liderava os destinos da Instituição e da qual era Provedor Alfredo dos Anjos Ferreira, mandou fazer o respectivo projecto, que, depois de submetido à aprovação da Direcção - Geral da Assistência Social, para efeitos de comparticipação, foi aprovado tendo em vista a construção de um Lar para Pessoas Idosas, com 45 camas, a erigir em terrenos junto do edifício do Hospital. Este Lar foi inaugurado em 07 de Julho de 1980 e a sua lotação foi alterada, sucessivamente, para 60, 90 e 105 camas, lotação esta que ainda hoje mantém. Detém o nome de Lar Conde de Sucena , em homenagem ao grande Benemérito José Rodrigues de Sucena (1º Conde de Sucena).

Mais tarde, a 05 de Julho de 1997, inaugurou, solenemente, a Casa da Criança e em 28 de Fevereiro de 2005, iniciou a actividade da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda.

Organograma das Respostas Sociais da Santa Casa da Misericórdia de Águeda



EXEMPLO C

Santa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor

Iª Parte

Introdução

1. Apresentação da Organização e do Equipamento

1.1. Apresentação da Instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Portimão, Instituição fundada no ano de 1585 e constituída na ordem do direito canónico, tem como objectivo a prática de actos de solidariedade social e de culto católico, em harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios da doutrina e moral cristãs. Juridicamente reconhecida como associação em 1928, adquiriu personalidade jurídica como Instituição Particular de Solidariedade Social em 1991, sendo então reconhecida como Pessoa Colectiva de Utilidade Pública².

Do enquadramento histórico mais recente da Misericórdia de Portimão, destacam-se:

- Em 1997, a inauguração do Complexo Social Coca Maravilhas onde se situam as Respostas Sociais na área da infância (Berçário, Creche, Jardim de Infância e ATL) e idosos (Lar Residência, Lar Social, Apoio Domiciliário e Centro de Dia).
- Em 2004, a inauguração do remodelado Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão, onde, actualmente funcionam a Unidade de Convalescença e a Unidade de Média Duração e Reabilitação no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A Misericórdia tem a sua sede na cidade de Portimão, Município de referência no Algarve, pólo âncora do Barlavento Algarvio, caracteriza-se por uma economia fundamentalmente assente no

² D.R. n.º62, 3ª Série de 15-03-1994.

turismo e nos serviços. A cidade de Portimão é um contexto urbano em pleno crescimento e desenvolvimento, com uma crescente demanda social transversal a diversas áreas, da infância aos mais seniores, do apoio social e comunitário à prestação de cuidados de saúde.

A Economia Social é a razão da Existência da Instituição, com a visão orientada para a melhoria da prestação dos serviços gerados pelas Respostas Sociais actuais da Instituição.

A actual Mesa Administrativa actua com base nos princípios da solidariedade, equidade e equilíbrio financeiro, enquanto motor para a resolução das necessidades sentidas pelo colectivo.

- **Caracterização do meio envolvente**

Portimão é uma cidade, nascida na margem direita do rio Arade, virada para o mar, encontra-se inserida numa região cuja geografia e características físicas viriam condicionar as actividades dos agrupamentos humanos que aí se viriam a fixar. A sua forte vertente marítima condicionaria actividades como a salinicultura, a pesca, a indústria de conservas de peixe, a construção naval, os transportes, o turismo e o comércio de produtos rurais e da bacia do Arade, como os frutos secos (alfarroba, figo e amêndoa), madeira, cortiça entre outros.

No último quartel do século, a actividade económica, não só da cidade, como de todo o município, foi marcada pelo crescimento acentuado do turismo. É no 3º sector que se concentra mais de 80% da população activa do concelho.

Portimão apresenta uma taxa de idosos superior a 17% da população, sendo muito semelhante à média nacional.

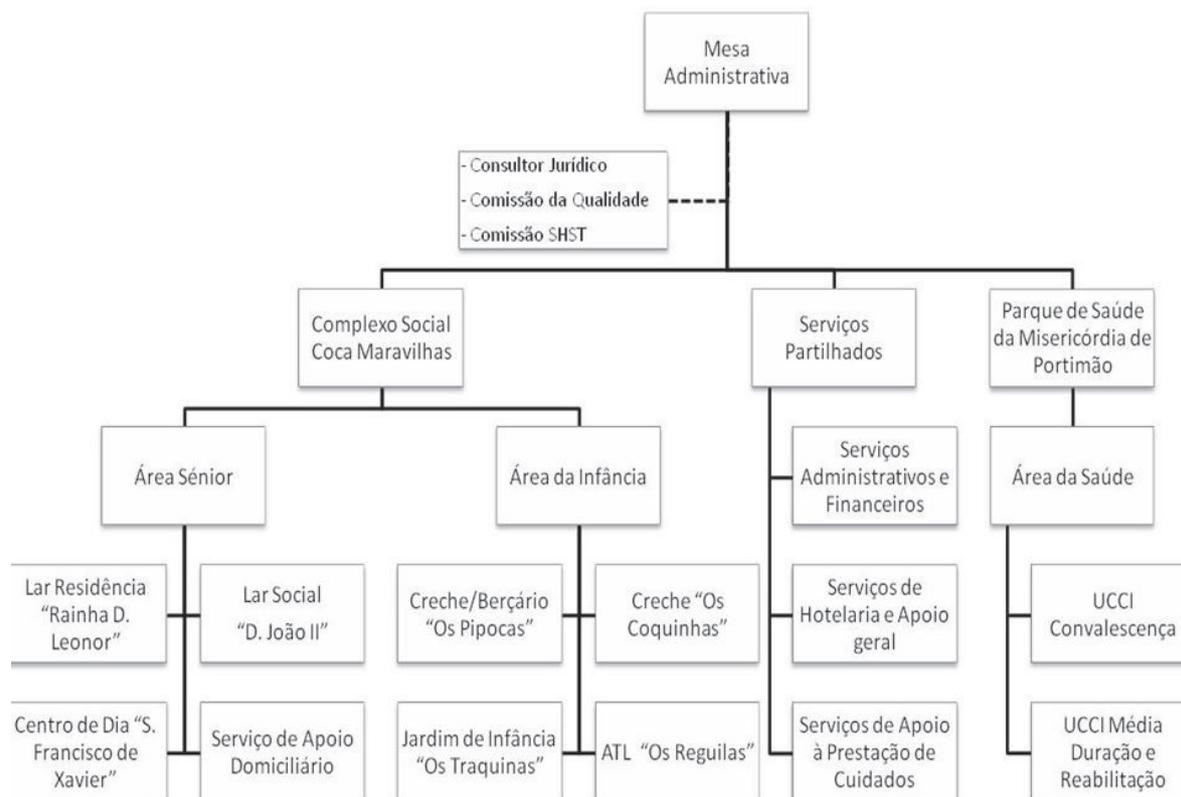
Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Portimão

Na caracterização da organização referiu-se como a Santa Casa da Misericórdia de Portimão interfere na economia social, prestando apoio diversificado em áreas sociais muito carenciadas onde a procura ainda é muito superior à oferta. A forma de intervenção da Instituição já foi referida anteriormente.

A actual Mesa Administrativa, actua com base nos princípios da solidariedade, equidade e equilíbrio financeiro, enquanto motor para a resolução das necessidades sentidas pelo colectivo.

Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Portimão

Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Portimão



v.2 - 2008/08/20

1.2- Apresentação do Lar de Idosos

Neste ponto, o Lar de Idosos deve fazer a sua apresentação, evolução histórica, regras e condições gerais de funcionamento e outros aspectos que considere relevantes, conforme exemplificado.

Organograma do Lar de (*nome do Lar*)

O organograma do Lar de Idosos, a ser inserido aqui, deve clarificar a relação hierárquica de forma a facilitar a compreensão dos colaboradores, bem como ilustrar o posicionamento do Responsável pela Qualidade na hierarquia, de forma consistente com a autoridade e responsabilidade que lhe foram conferidas no texto da Promulgação.

Cada Organização deverá rever a sua estrutura hierárquica, no sentido de preservar a ligação directa do Responsável pela Qualidade aos órgãos de decisão, nomeadamente a Mesa Administrativa/Direcção do Lar/ Direcção da Organização.

O exemplo apresentado ilustra a estratificação possível a considerar na elaboração de um organograma, o qual deverá ser adaptado à realidade de cada Lar de Idosos.

Sugere-se ainda que seja visualizável no organograma o relacionamento/dependência com outros serviços internos da Organização, como por exemplo, a gestão de cozinhas/refeitórios, lavandaria, serviços de saúde, de limpeza, segurança, compras, manutenção, recrutamento de Recursos Humanos ou outros.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

1.2- Apresentação do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda

1.2.1. Resposta Social de Lar

O Centro de Apoio Social Ernestino Miranda foi inaugurado no dia 22/11/1992 e a sua construção foi conseguida através de apoios estatais e graças ao benemérito Ernestino Miranda.

Congrega actualmente no mesmo espaço físico as Respostas Sociais de Lar de Idosos, Centro de Dia/Convívio; Apoio Domiciliário e Resposta Social de Actividades de Tempos Livres (A.T.L).

O Lar de Idosos do Centro de Apoio Social desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e proporcionalmente a animação cultural e a ocupação dos tempos livres dos seus clientes/utentes.

A institucionalização surge como a última resposta para o encaminhamento da pessoa idosa, visto que o objectivo base é proporcionar aos clientes/utentes desta Resposta Social o máximo de qualidade de vida, pelo maior tempo possível.

A capacidade máxima do Lar do Centro de Apoio Social é de 25 clientes/utentes, sendo que o número abrangido por acordo de cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social é de 20.

Saliente-se que, ainda assim, esta resposta é insuficiente para as necessidades da área envolvente, dado que existe uma lista de espera nesta Resposta Social, de cerca de 15 pessoas.

O Lar surge, deste modo, como uma resposta social destinada a pessoas idosas que, por diversas razões, como por exemplo o grau de dependência, o isolamento, as más relações familiares, as incapacidades para se manterem no seu domicílio. O internamento deve surgir no momento em que a situação física, emocional e social do idoso o impossibilite de se manter no seu meio familiar.

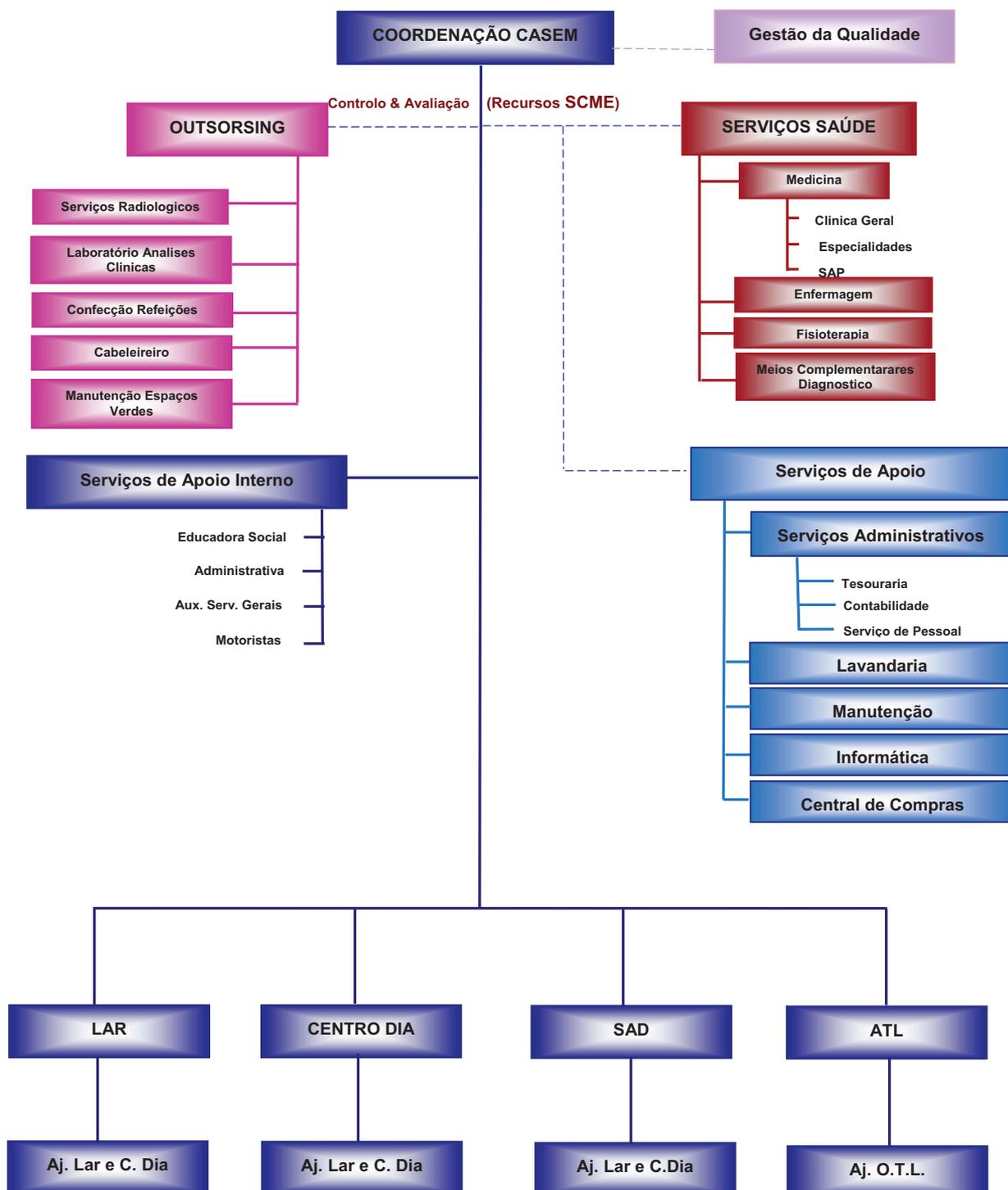
Nesta Resposta Social pretende-se satisfazer as necessidades do Cliente/utente através da prestação dos seguintes serviços:

- Alojamento
- Alimentação
- Higiene Pessoal
- Tratamento de Roupa

- Cuidados de Enfermagem
- Assistência Médica
- Ocupação/Animação

Constituem objectivos do Lar o possibilitar ao idoso um ambiente que lhe seja favorável e estimulante, identificando-o o mais possível com um ambiente familiar; promover a sua integração no grupo de idosos e na vida do Lar de Idosos em geral; criar as condições para que a independência e autonomia do idoso perdurem o mais tempo possível; proporcionar a satisfação das necessidades básicas; assegurar um acompanhamento psicossocial no sentido de garantir a sua integração no ambiente em que está inserido; promover as relações entre utente/família e utente/comunidade e também assegurar a qualidade dos serviços prestados a todos os Clientes/utentes.

Organograma do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda



EXEMPLO B**Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.****1.2- Apresentação da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda**

A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda (CRABLB) resultou duma doação do casal Breda do seu solar e terrenos anexos em Barrô, à Santa Casa da Misericórdia de Águeda, a 5 de Julho de 1987. Propriedade e residência de três gerações de médicos distintos, dos quais o Dr. António Breda foi o último, é uma construção singular situada, em Barrô, numa zona de tranquilidade e harmonia da natureza, onde o olhar se estende pelo verdejante Vale do Cértima, mesmo às portas da cidade de Águeda e até às serranias do Buçaco e Caramulo



Imponente empreendimento, todo pintado de branco, caracteriza-se pela interligação da casa antiga, que manteve a sua traça original, com um moderno edifício composto por:



- Recepção;
- Cinco alas de quartos;
- Salas de estar;
- Refeitório;
- Ginásio;
- Sala de Tempos Livres;
- Capela;
- Cabeleireiro;
- E todos os demais espaços funcionais imprescindíveis aos serviços nele prestados.

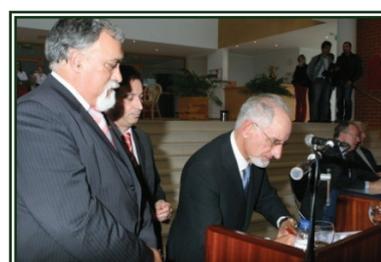
A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda proporciona a quem nela está internado ou a quem, simplesmente, a visita, uma sensação de liberdade, conforto e bem-estar. Os seus espaços são amplos e cheios de luz. É neste ambiente que funciona o “Lar Madame Breda” (Lar de Internamento para Idosos) e a “Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda”, assim denominados em homenagem aos respectivos patronos.

A sua actividade iniciou a 28 de Fevereiro de 2005, com a inauguração do Lar Madame Breda com um Acordo de Cooperação celebrado com o Centro Distrital de Segurança Social de Aveiro para 26 idosos.

A Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda (UCCAB) entrou em funcionamento um pouco mais tarde, a 1 de Julho de 2005, através de um Acordo de Cooperação tripartido entre a Administração Regional de Saúde do Centro, o Hospital Distrital de Águeda e a Santa Casa da Misericórdia de Águeda, com capacidade para 20 camas.



Desde 24 de Outubro de 2006, a UCCAB passou a estar inserida no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a tipologia de Convalescença, que cessaria a 28 de Setembro de 2007, e a tipologia de Média Duração e Reabilitação.



A 14 de Junho de 2008, assinou um Acordo de Cooperação para a tipologia de Longa Duração e Manutenção, com início de actividade a 16 de Junho do mesmo ano.



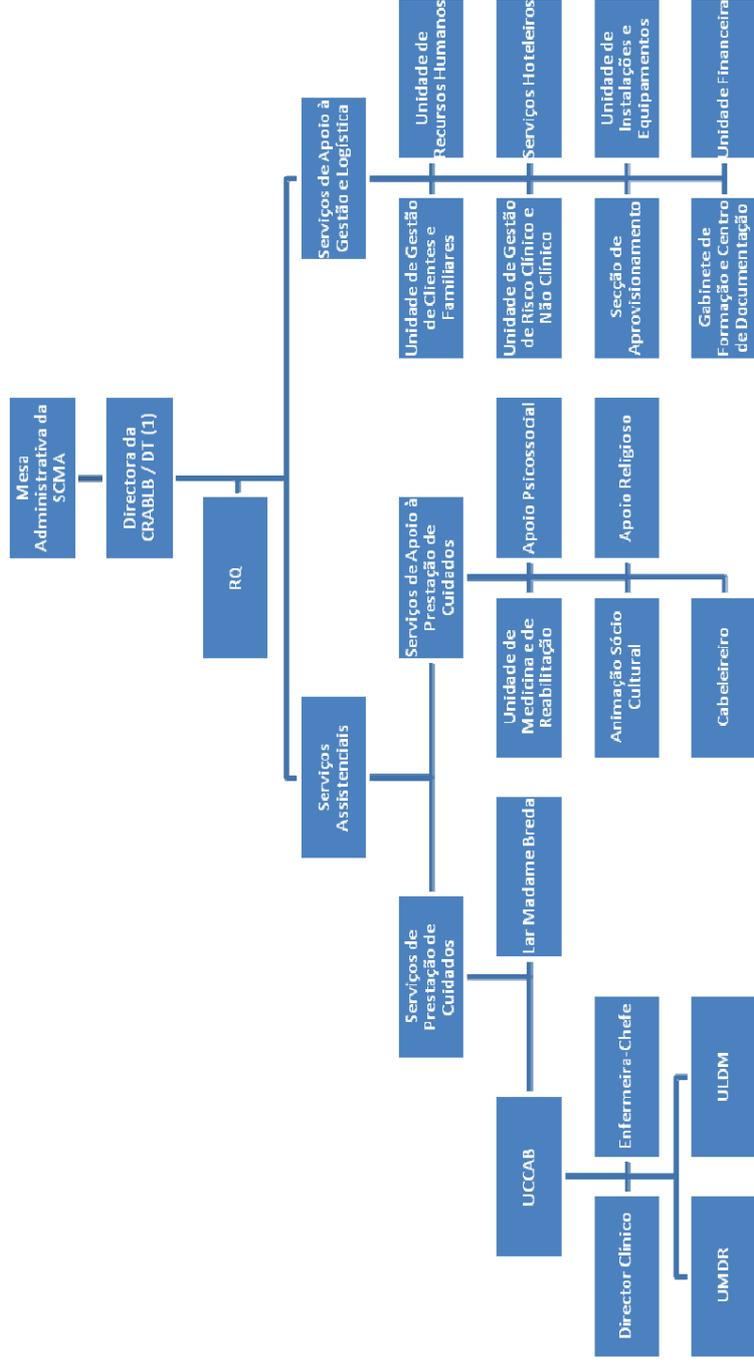
A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda tem, no conjunto das suas respostas sociais, capacidade para 78 pessoas.

1.3- Apresentação do Lar Madame Breda

Dados de Identificação do Lar

Morada:	Rua Dr. Mateus Pereira Pinto, nº 26
Telefone:	234 690 200
Fax:	234 690 209
Email:	crbreda@iol.pt
Website:	
Número de Alvará:	70/05
Número de Contribuinte:	500 766 789

Organograma da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda (onde o Lar Madame Breda está inserido)



Legenda do Organograma da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda (onde o Lar Madame Breda está inserido)

(1) DT - A Direcção Técnica do Lar Madame Breda é assegurada pela Directora da CRABLB, de acordo com os requisitos da legislação em vigor.

 Unidades Funcionais partilha de recursos com a sede

Nesta Resposta Social pretende-se satisfazer as necessidades do Cliente/utente através da prestação dos seguintes serviços:

- Alojamento
- Nutrição e Alimentação
- Higiene Pessoal, Conforto e Imagem
- Tratamento de Roupa
- Cuidados de Enfermagem
- Assistência Médica e de Reabilitação
- Apoio Psicossocial e Religioso
- Animação

Constituem objectivos do Lar o possibilitar ao hóspede um ambiente que lhe seja favorável e estimulante identificando-o o mais possível com um ambiente familiar; promover a sua integração no grupo de hóspedes e na vida do Lar em geral; criar as condições para que a independência e autonomia perdurem o mais tempo possível; proporcionar a satisfação das necessidades básicas; assegurar um acompanhamento psicossocial no sentido de garantir a sua integração no ambiente em que está inserido; promover as relações entre hóspede/família e hóspede/comunidade e também assegurar a qualidade dos serviços prestados a todos os Clientes/utentes.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor

1.2- Apresentação do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor

O Complexo Social da Coca-Maravilhas iniciou as suas actividades em Novembro de 1997 e integra, para além de outras Respostas Sociais, o Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor.

A institucionalização surge como a última resposta para o encaminhamento da pessoa idosa, visto que o objectivo base é proporcionar aos clientes/utentes destas Respostas Sociais o máximo de qualidade de vida, pelo maior tempo possível.

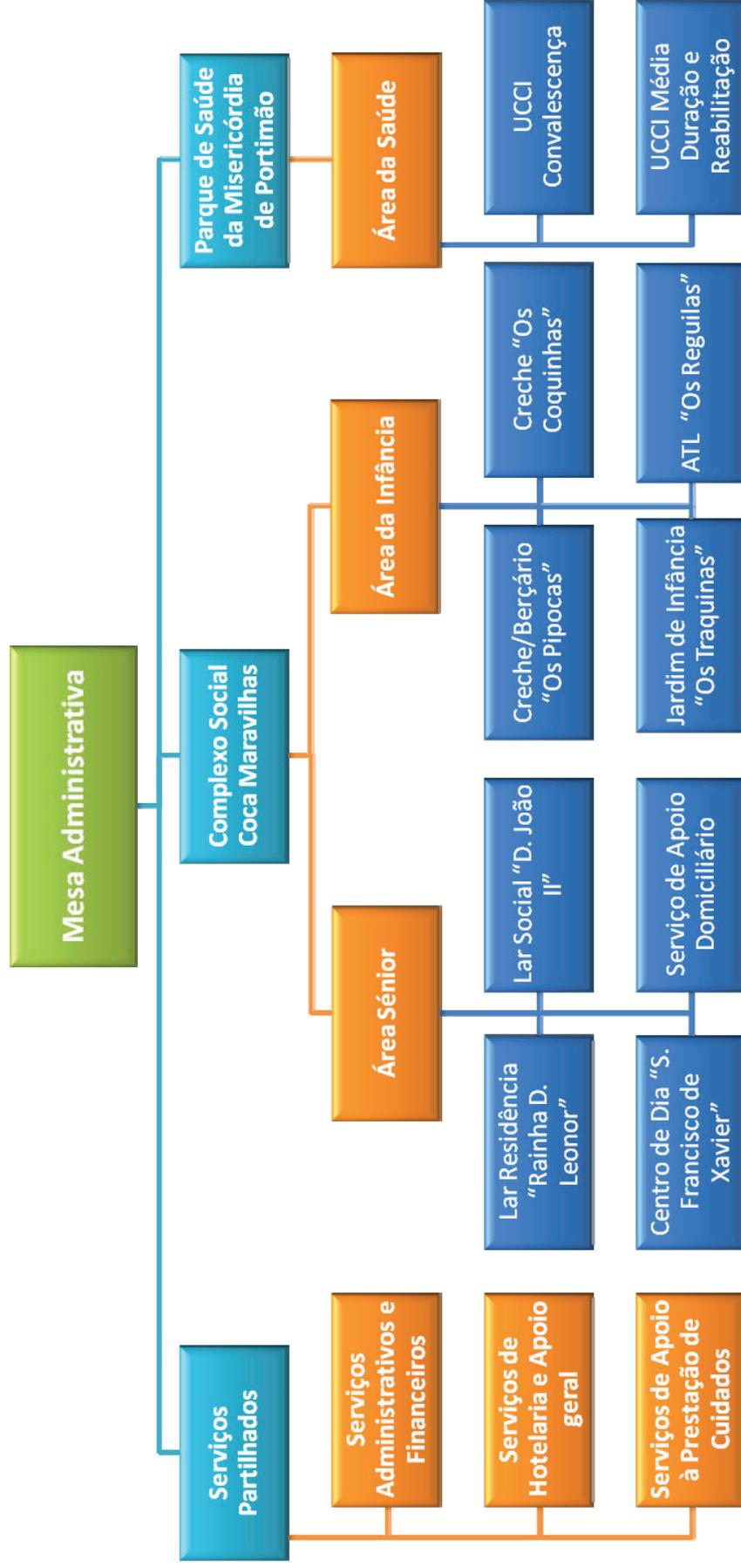
O Lar Social D. João II tem acordo de cooperação com o CDSS de Faro desde 02/12/1998 para 23 clientes/utentes. Dispõe ainda de uma enfermaria com 5 camas para clientes/utentes mais dependentes. Os quartos dispõem de boa luminosidade natural e artificial, aquecimento central e conforto térmico, sistema automático de detecção e alarme de incêndios e 6 casas-de-banho de apoio aos quartos. Existe ainda, uma sala comum com televisão, um refeitório, uma cozinha, uma copa, uma sala multiuso, duas instalações sanitárias comuns e arrecadações.

Saliente-se que ainda assim esta resposta é insuficiente para as necessidades da área envolvente, dado que existe uma lista de espera nesta Resposta Social, de cerca de 200 pessoas.

O Lar Residência Rainha D. Leonor é de cariz privado, sendo que não dispõe de qualquer acordo com o Centro Distrital de Segurança Social, tendo capacidade para 40 clientes/utentes. Os quartos dispõem de boa luminosidade natural e artificial,, telefone, casa-de-banho privativa, aquecimento central e conforto térmico, sistema automático de detecção e alarme de incêndios. Existe ainda uma sala comum com televisão, um refeitório, uma cozinha, uma copa, uma sala multiuso, uma instalação sanitária comum e uma arrecadação.

O Lar surge, deste modo, como uma resposta social destinada a pessoas idosas que, por diversas razões, como por exemplo o grau de dependência, o isolamento, as más relações familiares estejam incapacitadas para se manterem no seu domicílio. O internamento deve surgir no momento em que a situação física, emocional e social do idoso o impossibilitem de se manter no seu meio familiar.

Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Portimão – Complexo Social Coca Maravilhas



Nestas Respostas Sociais pretende-se satisfazer as necessidades do Cliente/utente através da prestação dos seguintes serviços:

- Alojamento
- Nutrição e Alimentação
- Higiene Pessoal
- Tratamento de Roupas
- Cuidados de Enfermagem
- Assistência Médica
- Fisioterapia
- Apoio Social
- Apoio Psicológico
- Ocupação/Animação

Constituem objectivos do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor o possibilitar ao idoso um ambiente que lhe seja favorável e estimulante identificando-o o mais possível com um ambiente familiar; promover a sua integração no grupo de idosos e na vida do Lar de Idosos em geral; criar as condições para que a independência e autonomia do idoso perdurem o mais tempo possível; proporcionar a satisfação das necessidades básicas; assegurar um acompanhamento psicossocial no sentido de garantir a sua integração no ambiente em que está inserido; promover as relações entre cliente/família e cliente/comunidade e também assegurar a qualidade dos serviços prestados a todos os Clientes/utentes.

2. Documentação de Referência, Legislação Aplicável e Âmbito do SGQ

Mencionar aqui os documentos de referência e legislação aplicáveis ao Lar de Idosos, cujos requisitos serão considerados na elaboração do MQ e na concepção de todo o sistema de gestão da qualidade e restante documentação de suporte.

Referir os documentos de forma genérica, por exemplo remeter para a "legislação em vigor", pois o MQ deverá ser complementado pela lista de documentos de origem externa, onde estão descritos os documentos, datas, versões, edições em vigor e que são de cumprimento obrigatório pelo Lar de Idosos. Esta metodologia facilita a manutenção da actualização do MQ a este nível, não estando sujeito às sucessivas alterações da legislação em vigor.

Referir o âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, ou seja, os processos/serviços aos quais o sistema é aplicável. É importante clarificar que um Sistema de Gestão da Qualidade aplicável à resposta social Lar de Idosos não integra outras respostas sociais que a Organização possa oferecer.

O Sistema de Gestão da Qualidade enquadra-se no ÂMBITO: "Prestação de cuidados individualizados e personalizados, a Cliente/Utentes - Indivíduos e familiares - de forma a assegurar e apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades da vida diária, para a resposta social de Lar de Idosos.

O Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) integra os seguintes Processos Chave:

- PC 7.1 Candidatura
- PC 7.2 Admissão
- PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI;
- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.5 Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto
- PC 7.6 Cuidados de Saúde
- PC 7.7 Serviços de Apoio
- PC 7.8 Animação Sócio-Cultural.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

O presente Manual de Gestão do Lar do CAS foi elaborado de acordo com as orientações contidas nos seguintes documentos de referência:

- Orientação Normativa - Circular nº 3 de 97-05-02;
- Capítulo 4 do Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio;
- Legislação aplicável à Área de Actividade;
- Despacho Normativo 12/98;
- Decreto-Lei 64/2007 de 14 de Março

O Sistema de Gestão da Qualidade enquadra-se no ÂMBITO: **“Prestação de cuidados individualizados e personalizados, a Clientes/utentes - Indivíduos e familiares - de forma a assegurar e apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades da vida diária, para a Resposta Social de Lar de Idosos do Centro de Apoio Social”.**

O Lar de Idosos do Centro de Apoio Social integra os seguintes Processos Chave:

- PC 7.1 Candidatura
- PC 7.2 Admissão
- PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI;
- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.5 Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto
- PC 7.6 Cuidados de Saúde
- PC 7.7 Serviços de Apoio
- PC 7.8 Animação Sócio-Cultural.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

O presente Manual foi elaborado de acordo com as orientações contidas nos seguintes documentos de referência:

- Orientação Normativa - Circular nº 3 de 97-05-02;
- Capítulo 4 do Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio;
- Legislação aplicável à Área de Actividade;
- Despacho Normativo 12/98;
- Decreto - Lei 64/2007 de 14 de Março

O Sistema de Gestão da Qualidade enquadra-se no ÂMBITO: **“Prestação de cuidados individualizados e personalizados, a Clientes/utentes - Indivíduos e familiares - de forma a assegurar e apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades da vida diária, para a resposta social de Lar de Internamento para Idosos.”**

O Lar Madame Breda integra os seguintes Processos Chave:

- PC 7.1 Candidatura
- PC 7.2 Admissão
- PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI;
- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.5 Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto
- PC 7.6 Cuidados de Saúde
- PC 7.7 Apoio Psicossocial
- PC 7.8 Animação Sócio-Cultural.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e Lar Residência Rainha D. Leonor

O presente Manual foi elaborado de acordo com as orientações contidas nos seguintes documentos de referência:

- Orientação Normativa - Circular nº 3 de 97-05-02;
- Capítulo 4 do Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio;
- Legislação aplicável à Área de Actividade;
- Despacho Normativo 12/98;
- Decreto - Lei 64/2007 de 14 de Março

O Sistema de Gestão da Qualidade enquadra-se no ÂMBITO: “Prestação de cuidados individualizados e personalizados, a Clientes/utentes - Indivíduos e familiares - de forma a assegurar e apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades da vida diária, para as Respostas Sociais de Lar de Idosos.”

O Lar Social D. João II e Lar Residência Rainha D. Leonor integram os seguintes Processos Chave:

- PC 7.1 Candidatura
- PC 7.2 Admissão
- PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI;
- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.5 Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto
- PC 7.6 Cuidados de Saúde
- PC 7.7 Serviços de Apoio
- PC 7.8 Animação Sócio-Cultural.

3. Termos e Abreviaturas

De forma a uniformizar a linguagem entre todos os colaboradores, foram inseridos aqui exemplos de definições relacionadas com a qualidade, mais relevantes para a actividade de Lar de Idosos. É também referenciada a norma NP EN ISO 9000 onde estão definidos os restantes termos relacionados com a gestão da qualidade.

(Os termos referidos abaixo são comuns aos EXEMPLOS A; B;C uma vez que são provenientes de uma norma internacional, pelo que apresentamos unicamente uma tabela).

Os principais termos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade são os referenciados na norma NP EN ISO 9000 - Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário, nos referenciais normativos e na legislação aplicável, bem como os utilizados no sector de actividade.

A tabela seguinte contém um resumo dos principais termos utilizados:

TERMO	DEFINIÇÃO
Acção correctiva	Acção para eliminar a causa de uma não-conformidade
Acção preventiva	Acção para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade
Cliente/Utente	Organização ou pessoa que recebe o serviço prestado
Competência	Capacidade demonstrada de aplicar conhecimentos e de saber fazer
Correcção	Acção para eliminar uma não-conformidade
Documento	Informação e respectivo meio de suporte
Fornecedor	Organização ou pessoa que fornece um produto
Gestão da qualidade	Actividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que respeita à qualidade
Melhoria contínua	Actividade permanente com vista a incrementar a capacidade para satisfazer requisitos
Não-conformidade	Não satisfação de um requisito
Objectivo da qualidade	Algo que se procura obter ou atingir relativo à qualidade
Partes Interessadas	Todos os que têm interesse na Organização, nas suas actividades e nas suas realizações. São exemplos de partes interessadas as indicadas em 5.2 deste Manual.
Planeamento da qualidade	Parte da gestão da qualidade orientada para o estabelecimento dos objectivos da qualidade e para a especificação dos Processos Chave e dos recursos relacionados, necessários para atingir esses objectivos
Política da Qualidade	Conjunto de intenções e de orientações de uma organização relacionadas com a qualidade, formalmente expressas pela gestão de topo
Procedimento	Modo especificado de realizar uma actividade e/ou um processo
Processo - Chave	Processo é um conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes que transformam entradas em saídas; processo - chave é o processo que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/utentes.
Produto	Resultado de um processo
Qualidade	Grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Abreviaturas utilizadas no CASEM:

ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
AD	Administrativo
AL CD	Ajudante de Lar / Centro de Dia
AR	Apoio Religioso
AS	Assistente Social
CASEM	Centro de Apoio Social Ernestino Miranda
COORD	Coordenadora do CASEM
DMM	Dispositivos de Monitorização e Medição
EA	Equipa de Auditoria
ENF	Enfermeiro
Ed.	Edição
EST	Estagiário
ET	Equipa Técnica
FS	Fisiatra
FST	Fisioterapeuta
GP	Gestor do Processo
HACR	Higiene Alimentar, Copa e Refeitório
HL	Higiene e Limpeza
IMP	Impresso
LE	Lista de Espera
MA	Mesa Administrativa
MD	Médico
MG	Manual de Gestão
PA	Plano de Actividades
PC	Processo Chave
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
PI	Processo Individual
PIC	Plano Individual de Cuidados
PR	Procedimento
PRS	Processo Social
PS	Processo Suporte
PSI	Psicólogo
RH	Recursos Humanos
RQ	Responsável pela Qualidade
SCME	Santa Casa da Misericórdia de Esposende
SG	Sistema de Gestão
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
TSG	Trabalhador de Serviços Gerais
VOL	Voluntário

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Abreviaturas utilizadas no Lar Madame Breda:

ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
AAM	Auxiliar de Acção Médica
AL	Ajudante de Lar
CRABLB	Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda
DIR	Directora da CRABLB
DMM	Dispositivos de Monitorização e Medição
DS	Directora de Serviços
DT	Directora Técnica
EA	Equipa Auditora
Ed.	Edição
ENF	Enfermeiro
ER	Empregado de Refeitório
EST	Estagiário
ET	Equipa Técnica
FIS	Fisioterapeuta
GP	Gestor do Processo
GM	Gabinete Médico
IT	Instrução de Trabalho
MA	Mesa Administrativa
MD	Médico
MTZ	Matriz
MQ	Manual da Qualidade
NUT	Nutricionista
PASC	Programa de Actividades Socioculturais
PC	Processo Chave
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
PG	Processo de Gestão
PI	Processo Individual
PR	Procedimento
PRS	Processo Social
PSI	Psicólogo
REC	Recepcionista
RH	Recursos Humanos
RQ	Responsável pela Qualidade
RT	Responsável de Turno
SCMA	Santa Casa da Misericórdia de Águeda
SEC	Secretaria

SG	Serviços Gerais
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SR	Serviço Religioso
ST	Sala de Tratamento
TO	Terapeuta Ocupacional
TSG	Trabalhador de Serviços Gerais
TSS	Técnica Superior de Serviço Social
UCCAB	Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda
VOL	Voluntário

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

Abreviaturas utilizadas no Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor:

ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
AAD	Ajudante de Acção Directa
AC	Ajudante de Cozinha
AD	Administrativo
ANI	Animadora Sociocultural
AR	Apoio Religioso
AS	Assistente Social
CHS	Chefe Serviços
CON	Contabilidade
COZ	Cozinheiro
CSCM	Complexo Social Coca-Maravilhas
D	Direcção do Lar de Idosos
DIE	Dietista
DMM	Dispositivos de Monitorização e Medição
DT	Director Técnico
EA	Equipa de Auditoria
EC	Ecónomo
Ed.	Edição
EG	Encarregada Geral
ENF	Enfermeiro
ES	Encarregada de Sector
ESC	Escriturário
EST	Estagiário
ET	Equipa Técnica
FST	Fisioterapeuta
GP	Gestor do Processo
HACR	Higiene Alimentar, Copa e Refeitório
HL	Higiene e Limpeza
IT	Instrução de Trabalho
LAV	Lavadeira/Lavandaria
LE	Lista de Espera
MA	Mesa Administrativa
MD	Médico
MQ	Manual da Qualidade
PASC	Programa de Actividades Socioculturais
PASO	Plano de Actividades Sócio-Ocupacionais
PC	Processo Chave

PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
ABREVIATURAS	DESCRIÇÃO
PI	Processo Individual
PIC	Plano Individual de Cuidados
PR	Procedimento
PRS	Processo Social
PS	Processo Suporte
PSI	Psicólogo
RA	Relatório de Actividades
REC	Recepção
RH	Recursos Humanos
RQ	Responsável pela Qualidade
SAR	Serviços de Apoio Residencial
SCMP	Santa Casa da Misericórdia de Portimão
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
TA	Trabalhador Auxiliar
TASS	Técnico Auxiliar Serviço Social
TES	Tesouraria
TM	Técnico de Manutenção
TSSS	Técnico Superior Serviço Social
VOL	Voluntário

IIª Parte

Gestão da Qualidade

4. Sistema de Gestão da Qualidade

O Modelo ISO 9001 de Gestão da Qualidade, interpretado para o Lar de Idosos apresenta a interligação dos Processos Chave e dos Processos de Suporte, numa abordagem por processos, conforme descrito na figura a seguir.

Este enquadramento é genérico, mas descreve a realidade de todos os Lares de Idosos, independentemente da sua dimensão. Porém, cada Lar deverá avaliar a pertinência de incluir/excluir processos ou sub-processos, em função da sua realidade.

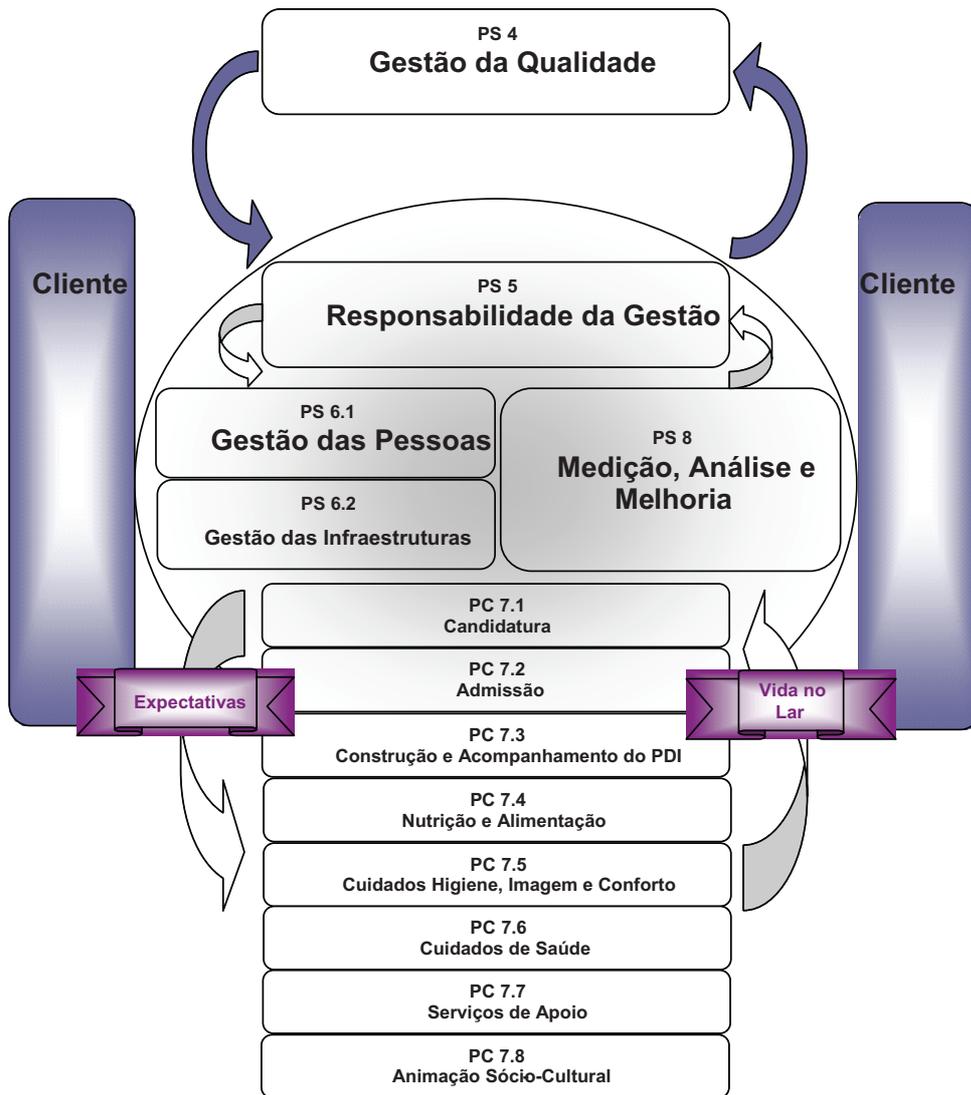
4.1- Processos

Um processo é um conjunto de actividades relacionadas que transformam elementos de Entrada em elementos de Saída, que são os produtos ou serviços. Para tal, são utilizados recursos.



São considerados Processos Chave os processos com impacto directo na capacidade do Lar de Idosos em satisfazer os Cliente/Utentes. São os processos que acrescentam valor ao LAR e aos Cliente/Utentes.

No Lar, as actividades estão agrupadas por processos (de Suporte e Chave), e apresentam a interacção que se apresenta na figura seguinte.

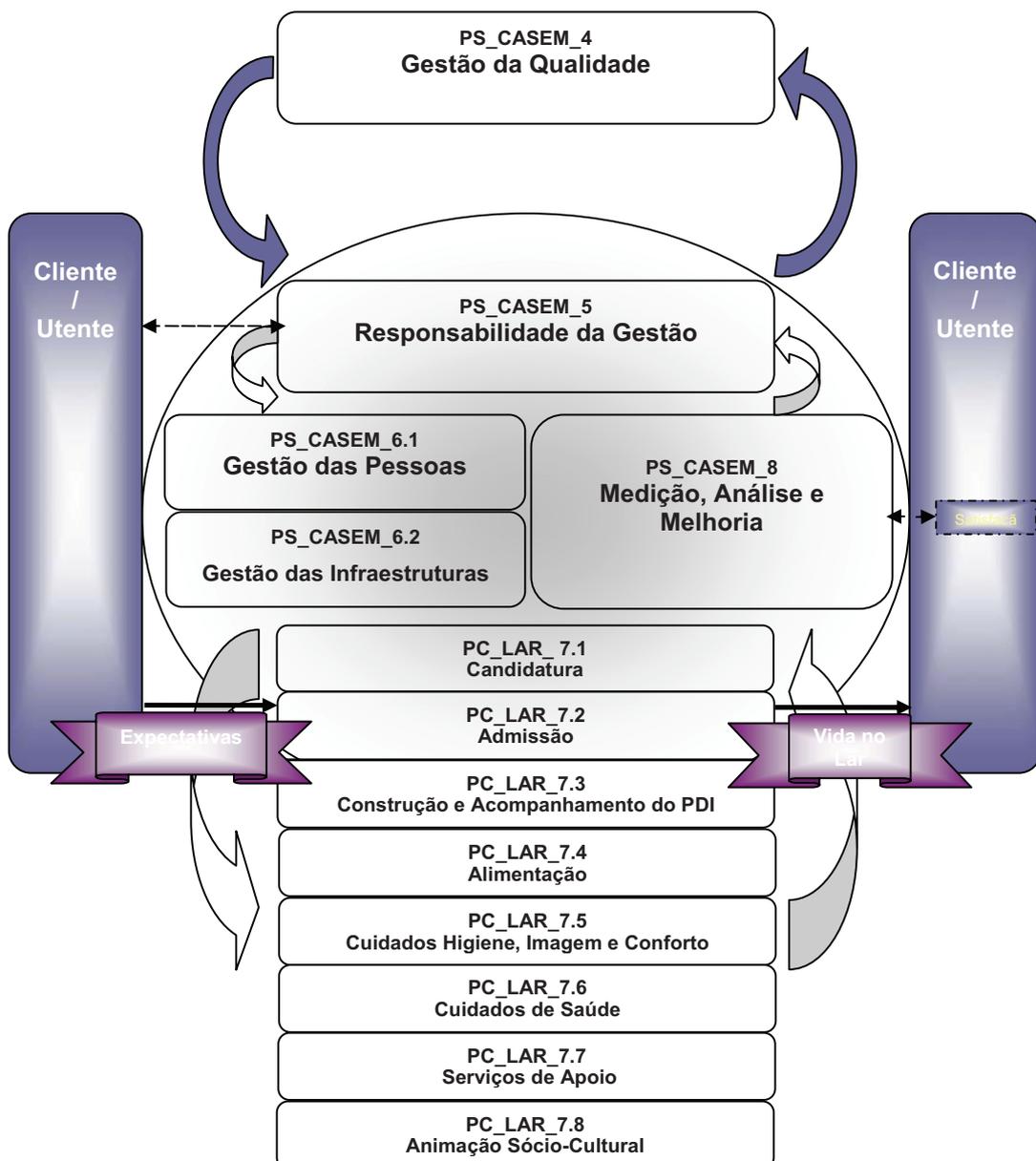


EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

4.1- Processos

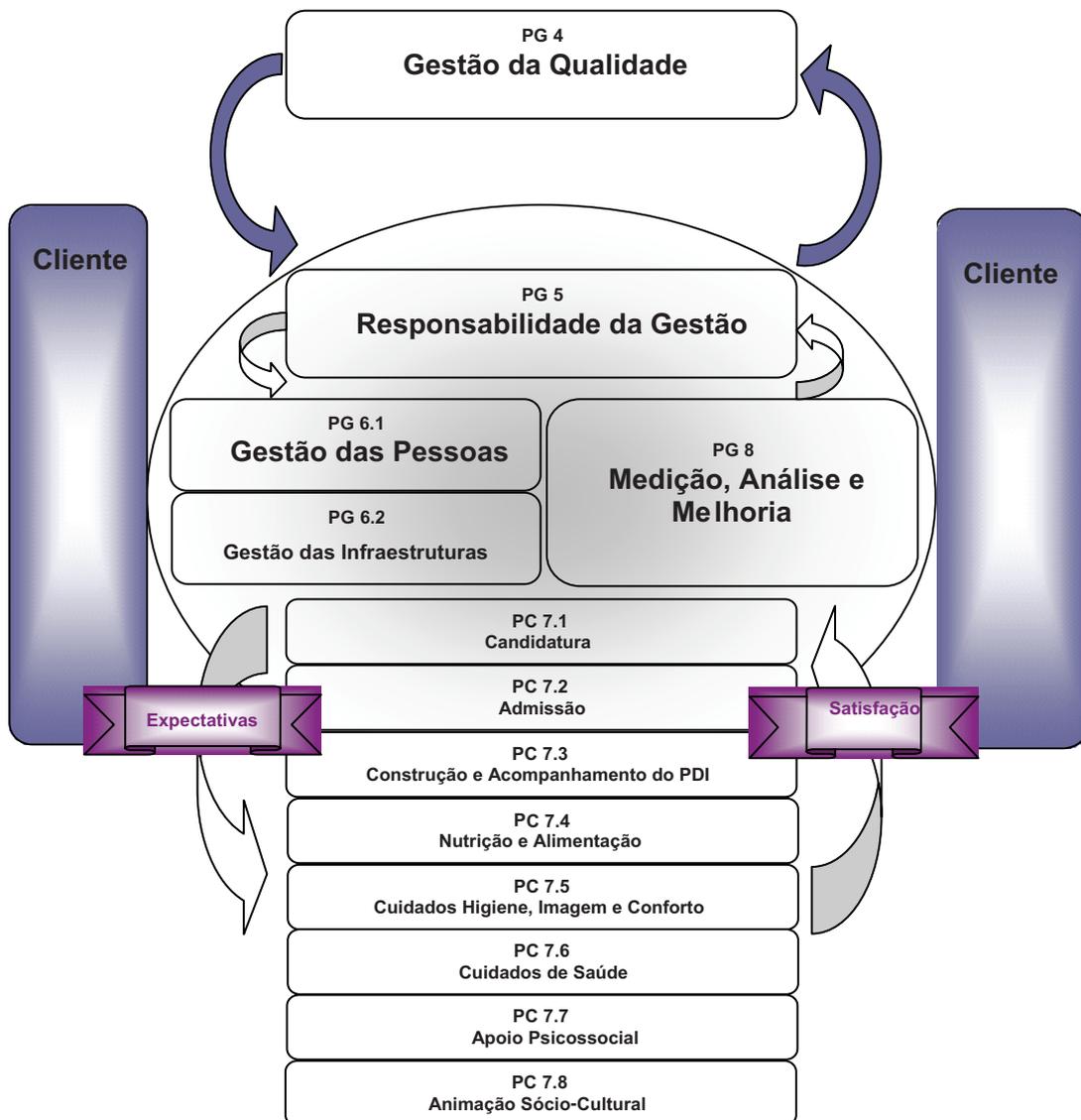
No Lar, as actividades estão agrupadas por processos (de Suporte e Chave), e apresentam a interacção que se apresenta na figura seguinte.



EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

No Lar, as actividades estão agrupadas por processos (de Gestão e Chave), e apresentam a interacção que se apresenta na figura seguinte.



EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e Lar Residência Rainha D. Leonor

4. Sistema de Gestão da Qualidade

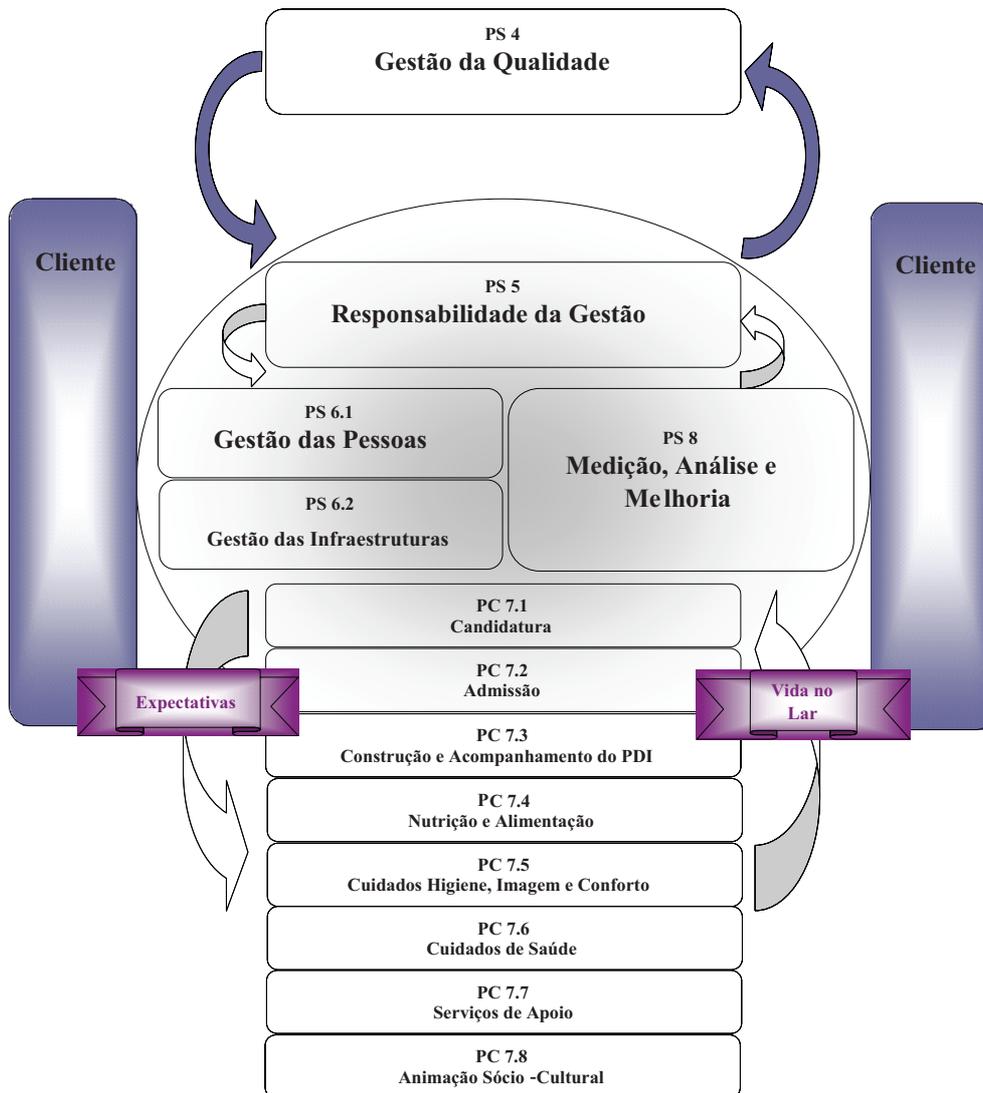
4.1- Processos

Um processo é um conjunto de actividades relacionadas que transformam elementos de Entrada em elementos de Saída, que são os produtos ou serviços. Para tal, são utilizados recursos.



São considerados Processos Chave os processos com impacto directo na capacidade do Lar de Idosos em satisfazer os Clientes/utentes. São os processos que acrescentam valor ao **Lar Social D. João II e Lar Residência Rainha D. Leonor** e aos Clientes/utentes.

No Lar, as actividades estão agrupadas por processos (de Suporte e Chave), e apresentam a interacção que se apresenta na figura seguinte.



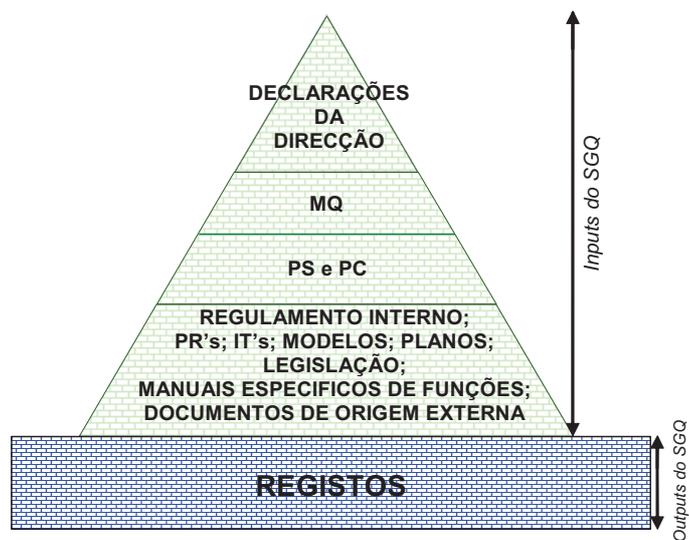
4.2 Documentação de Suporte

O SGQ está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SGQ, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SGQ;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SGQ a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

A documentação de suporte do SGQ tem como principal objectivo torná-lo demonstrável. Para tal, deve ser concebida documentação com abrangência e níveis de pormenor diferenciados. A figura de pirâmide proporciona uma ilustração das categorias e níveis dos documentos e facilita a compreensão pelos colaboradores do Lar de Idosos. Os níveis superiores correspondem a documentos generalistas que remetem para outros documentos de níveis inferiores, os quais pormenorizam os assuntos em causa (por exemplo, o MQ remete para vários PC's, PS's e PR's; um PC/PS/PR pode remeter para IT's). Na base da pirâmide estão os documentos que, depois de preenchidos, proporcionam as evidências da eficácia do SGQ - os registos.

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental seguinte:



Categorias de documentos que integram a Estrutura Documental

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **MQ:** O Manual da Qualidade é o documento que descreve o SGQ e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SGQ implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
3. **PS e PC:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (de Suporte ou Chave) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.
4. **Outros Documentos:**
 - **Regulamento Interno:** Regras de Funcionamento pelas quais o Lar se rege.

Cada Lar de Idosos deve construir o seu Regulamento Interno obedecendo aos conteúdos definidos pela legislação em vigor

- **PR:** Os Procedimentos são documentos que descrevem o modo de proceder para as actividades de gestão da Qualidade.
- **Manuais Específicos de Funções:** Documentos que agrupam informação relevante sobre uma determinada função (ex: Manual da Ajudante de Acção Directa, Manual da Auxiliar de Limpeza, Manual de Boas Práticas da Cozinha, podendo conter as várias instruções de trabalho, impressos ou outros documentos indispensáveis às tarefas a executar).

A opção de agrupar documentação por Manuais Específicos de Função é uma alternativa a considerar, pois simplifica a pesquisa da documentação a aplicar, por parte dos colaboradores.

- **IT:** As Instruções de Trabalho descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas do Lar de Idosos.
 - **Modelos:** São os modelos nos quais os documentos e registos serão elaborados.
 - **Planos:** Documentam o planeamento aplicável ao SGQ e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação.
 - **Legislação e Documentos de Origem Externa:** São documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa ao LAR, por exemplo normas, manuais de instruções dos equipamentos; é importante assegurar a actualização destes documentos.
5. **Registos:** Documentos que proporcionam as evidências de que o SGQ está implementado e que é eficaz.

Está implementado no Lar de Idosos um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SGQ. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido.

Estas actividades estão documentadas no **PR 01- Controlo dos Documentos e dos Registos**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

O SG está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SG, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SG;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SG a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SG com os requisitos, em situações contratuais.



4.2- Categorias de documentos que integram a Estrutura Documental

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **Manual de Gestão:** É o documento que descreve o SG e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SG implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
 - **Regulamentos do CASEM:** Regras de Funcionamento pelas quais o Lar se rege.
3. **Processos:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (de Suporte ou Chave) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.
4. **Procedimentos:** Documentos específicos que descrevem o modo de proceder para as actividades de Gestão
5. **Impresso:** Suporte Matricial para recolha de dados
6. **Manuais Operacionais:** Documentação específica e sectorizada, não integrada nos restantes documentos do SG que agrupam informação relevante sobre uma determinada função (ex: Manual da Ajudante de Acção Directa, Manual da Auxiliar de Limpeza, Manual de Boas Práticas da Cozinha, podendo conter informações, impressos ou outros documentos indispensáveis às tarefas a executar).
7. **Planos:** Documentam o planeamento aplicável ao SG e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação
8. **Legislação e outros documentos de Origem Externa:** São documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa ao LAR, por exemplo normas, manuais de instruções dos equipamentos; é importante assegurar a actualização destes documentos
10. **Registos:** Evidencia escrita do cumprimento do SG, preferencialmente em suporte matricial de recolha de dados.

Está implementado no CASEM um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SG. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido pela portaria 412/2001.

Estas actividades estão documentadas no **PR01 - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

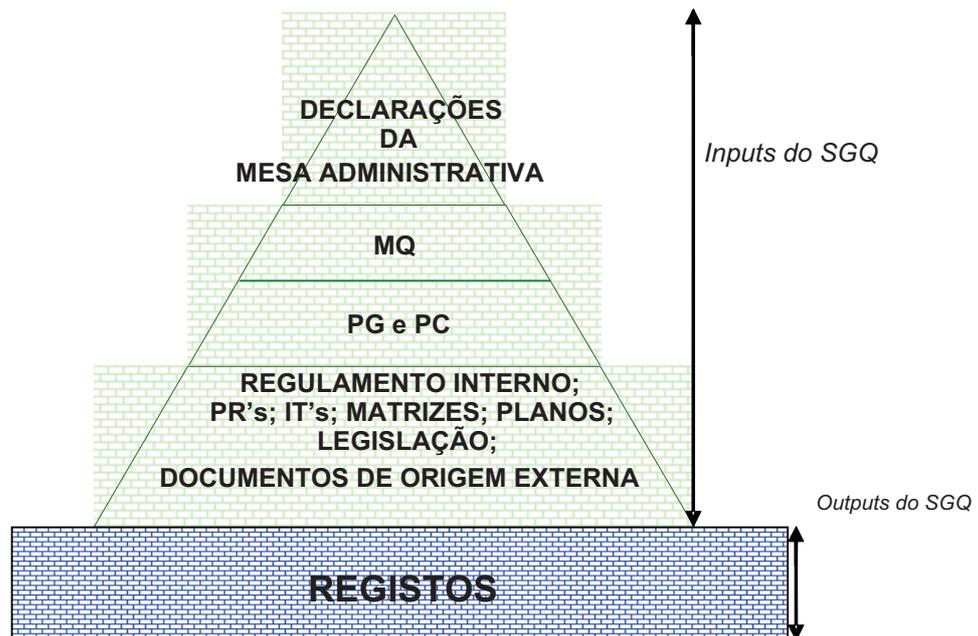
EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

O SGQ está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SGQ, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SGQ;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SGQ a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental seguinte:



4.2- Categorias de documentos que integram a Estrutura Documental

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **MQ:** O Manual da Qualidade é o documento que descreve o SGQ e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SGQ implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
3. **PG e PC:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (de Gestão ou Chave) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.
4. **Outros Documentos:**
 - **Regulamento Interno** Regras de Funcionamento pelas quais o Lar se rege.
 - **PR:** Os Procedimentos são documentos que descrevem o modo de proceder para as actividades de gestão da Qualidade.
 - **IT:** As Instruções de Trabalho descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas do Lar de Idosos.
 - **Matrizes:** São os modelos nos quais os documentos e registos serão elaborados.
 - **Planos:** Documentam o planeamento aplicável ao SGQ e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação.
 - **Legislação e Documentos de Origem Externa:** São documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa ao LAR, por exemplo normas, manuais de instruções dos equipamentos; é importante assegurar a actualização destes documentos.
5. **Registos:** Documentos que proporcionam as evidências de que o SGQ está implementado e que é eficaz.

Está implementado no Lar Madame Breda um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SGQ. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido.

Estas actividades estão documentadas no **PR 1 - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e Lar Residência Rainha D. Leonor

O SGQ está descrito em documentação de suporte cujos objectivos são:

- Comunicar aos seus Colaboradores a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade;
- Comunicar aos seus Colaboradores os requisitos do SGQ, os processos e os procedimentos aplicáveis;
- Descrever e suportar a implementação do SGQ;
- Fornecer uma referência para a realização das auditorias internas;
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança;
- Fornecer uma base documental para a formação do pessoal nos aspectos da qualidade;
- Apresentar o SGQ a entidades exteriores, tornando-o demonstrável;
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

As diferentes categorias de documentos de suporte ao SGQ estão sintetizadas na Estrutura Documental seguinte:



4.2- Categorias de documentos que integram a Estrutura Documental

1. **Declarações da Direcção:** Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
2. **MQ:** O Manual da Qualidade é o documento que descreve o SGQ e o relaciona com os requisitos e legislação aplicáveis; proporciona uma visão global do SGQ implementado e remete os detalhes para as outras categorias de documentos.
3. **PS e PC:** As Fichas dos Processos descrevem cada Processo (de Suporte ou Chave) em termos de entradas, actividades, saídas, responsáveis e outros documentos relacionados com o Processo.
4. **Outros Documentos:**
 - **Regulamento Interno** Regras de Funcionamento pelas quais o Lar se rege.
 - **PR:** Os Procedimentos são documentos que descrevem o modo de proceder para as actividades de gestão da Qualidade.
 - **Manuais Específicos de Funções:** Documentos que agrupam informação relevante sobre uma determinada função (ex: Manual da Ajudante de Acção Directa, Manual da Auxiliar de Limpeza, Manual de Boas Práticas da Cozinha, podendo conter as várias instruções de trabalho, impressos ou outros documentos indispensáveis às tarefas a executar).
 - **IT:** As Instruções de Trabalho descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para realizar as actividades específicas do Lar de Idosos.
 - **Modelos:** São os modelos nos quais os documentos e registos serão elaborados.
 - **Planos:** Documentam o planeamento aplicável ao SGQ e definem as acções, responsáveis, cronograma e ponto de situação.
 - **Legislação e Documentos de Origem Externa:** São documentos de suporte necessários ao SGQ mas de origem externa ao LAR, por exemplo normas, manuais de instruções dos equipamentos; é importante assegurar a actualização destes documentos.
5. **Registos:** Documentos que proporcionam as evidências de que o SGQ está implementado e que é eficaz.

Está implementado no Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor um procedimento para elaborar, aprovar e distribuir os documentos de suporte ao SGQ. Os registos estão identificados e preservados durante um tempo de retenção definido.

Estas actividades estão documentadas no **PR 01 - Controlo dos Documentos e dos Registos**.

5. Responsabilidade da Gestão

A partir deste ponto, os requisitos do referencial normativo e dos demais documentos de referência aplicáveis são descritos e sintetizados, devendo ser adaptados para descrever como cada Organização os aplica na prática.

5.1- Comprometimento da Gestão

A Direcção do Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) manifesta o seu compromisso com o SGQ através de várias acções:

- Periodicamente, são realizadas reuniões entre Direcção e todos os colaboradores, onde são analisados assuntos de interesse para actividade do Lar. Um tema permanente nestas reuniões é a Gestão da Qualidade, e para tal são apresentados documentos do SGQ, informações sobre a evolução da Qualidade no Lar e são recolhidas as sugestões dos colaboradores;
- A Política da Qualidade e a sua revisão é um tema das reuniões anteriores e a sua divulgação é liderada por representante da Mesa Administrativa;
- Anualmente são definidos objectivos da qualidade cuja concretização é acompanhada pela Direcção;
- Anualmente é feita uma revisão formal ao SGQ de acordo com o estabelecido na secção 5.6 deste Manual; a revisão ao SGQ é liderada por representante da Mesa Administrativa;
- A Direcção analisa as necessidades de recursos, e decide de acordo com os objectivos do Lar de Idosos.

Deverá ser dada ênfase à actividade do Lar de Idosos, em função das necessidades dos Cliente/Utentes. Focalizar as actividades do Lar de Idosos no Cliente/Utente implica identificar claramente quem é o Cliente/Utente, identificar os requisitos do cliente/utente, organizar e conduzir as actividades do Lar de forma a ir ao encontro dos seus requisitos e avaliar a sua satisfação.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

5.1- Comprometimento da Gestão

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e a Coordenação do Centro de Apoio Social Ernestino Miranda manifestam o seu compromisso com o SG através de várias acções:

- Periodicamente, são realizadas reuniões entre a Coordenadora Técnica e todos os colaboradores, onde são analisados assuntos de interesse para actividade do Lar. Um tema permanente nestas reuniões é a Gestão da Qualidade, e para tal são apresentados documentos do SG, informações sobre a evolução da Qualidade no Lar e são recolhidas as sugestões dos colaboradores;
- A Política da Qualidade e a sua revisão é um tema das reuniões anteriores e a sua divulgação é liderada pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e a Coordenação do CASEM;
- Anualmente são definidos objectivos da qualidade cuja concretização é acompanhada pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e a Coordenação do CASEM;
- Anualmente é feita uma revisão formal ao SG de acordo com o estabelecido na secção 5.6 deste Manual; a revisão ao SG é liderada pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e a Coordenação do CASEM;
- A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e a Coordenação do CASEM analisa as necessidades de recursos, e decide de acordo com os objectivos do Lar.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5. Responsabilidade da Gestão

5.1- Comprometimento da Gestão

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Águeda, e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda manifestam o seu compromisso com o SGQ através de várias acções:

- Periodicamente, são realizadas reuniões entre a Direcção da CRALB e todos os colaboradores, onde são analisados assuntos de interesse para a actividade do Lar. Um tema permanente nestas reuniões é a Gestão da Qualidade, e para tal são apresentados documentos do SGQ, informações sobre a evolução da Qualidade no Lar e são recolhidas as sugestões dos colaboradores;
- A Política da Qualidade e a sua revisão é um tema das reuniões anteriores e a sua divulgação é liderada pela Direcção da CRALB;
- Anualmente são definidos objectivos da qualidade cuja concretização é acompanhada pela Direcção CRALB, que mantém a Mesa Administrativa informada sobre essa matéria;
- Anualmente é feita uma revisão formal ao SGQ de acordo com o estabelecido na secção 5.6 deste Manual; a revisão ao SGQ é liderada pela Mesa Administrativa;
- A Direcção da CRALB analisa as necessidades de recursos e propõe à Mesa Administrativa de acordo com os objectivos do Lar Madame Breda.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor

5. Responsabilidade da Gestão

5.1- Comprometimento da Gestão

A Mesa Administrativa do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor manifesta o seu compromisso com o SGQ através de várias acções:

- Periodicamente, são realizadas reuniões entre a Equipa Técnica e todos os colaboradores, onde são analisados assuntos de interesse para actividade do Lar. Um tema permanente nestas reuniões é a Gestão da Qualidade, e para tal são apresentados documentos do SGQ, informações sobre a evolução da Qualidade no Lar e são recolhidas as sugestões dos colaboradores;
- A Política da Qualidade e a sua revisão é um tema das reuniões anteriores e a sua divulgação é liderada pela Mesa Administrativa;
- Anualmente são definidos objectivos da qualidade cuja concretização é acompanhada pela Mesa Administrativa;
- Anualmente é feita uma revisão formal ao SGQ de acordo com o estabelecido na secção 5.6 deste Manual; a revisão ao SGQ é liderada pela Mesa Administrativa;
- A Mesa Administrativa analisa as necessidades de recursos, e decide de acordo com os objectivos do Lar de Idosos.

5.2- Focalização no Cliente/utente

O Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) surge como resposta à carência de equipamentos destinados a prover apoio a Necessidades expressas por Cliente/Utentes. Este conceito, abrange várias partes interessadas cujos requisitos o Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) procura alcançar. Considera-se neste universo:

- O Cliente/Utente (o Residente no Lar de Idosos)
- O Representante do Cliente/Utente
- Os Familiares
- Outros intervenientes próximos ao Cliente/Utente

É de salientar que existem outras partes interessadas, às quais o Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) afecta com os seus serviços, a saber:

- A Misericórdia onde o LAR está inserido
- O Instituto da Segurança Social
- Outros Parceiros Institucionais
- Fornecedores
- Voluntários
- Colaboradores
- A comunidade envolvente ao LAR
- A Sociedade em Geral

O objectivo fundamental do Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) é a satisfação dos Cliente/Utentes. Para concretizá-lo, a Direcção, em conjunto com os seus colaboradores, definiram um conjunto de Processos Chave com impacto directo na identificação de necessidades e expectativas, inclusive dos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis, e na melhoria contínua da sua satisfação. Esses Processos Chave, a sua sequência e interacção são apresentados no Capítulo 4.

O desempenho destes processos, directamente ligados ao cumprimento dos requisitos dos Cliente/Utentes é revisto e melhorado com base em indicadores de desempenho e nos resultados de auditorias internas.

Seguidamente, encontram-se exemplos das declarações da Direcção que cada Organização deve adaptar. Para demonstrar o seu comprometimento com a Qualidade, a Direcção deve elaborar, aprovar e formalizar estas declarações. As declarações da Direcção incluem a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

5.2- Focalização no Cliente / Utente

O Lar do CASEM surge como resposta à carência de equipamentos de apoio à terceira idade e destinado a satisfazer carências a pessoas que por diversos motivos, nomeadamente, falta de rectaguarda familiar e ausência de recursos, os impossibilita de permanecer no seu meio habitual de vida.

Este conceito, abrange várias partes interessadas cujos requisitos o CASEM procura alcançar. Considera-se neste universo:

- O Cliente/utente (o Residente no Lar do CASEM);
- O Responsável do Cliente/utente;
- Os Familiares;
- Outros intervenientes próximos ao Cliente/utente.

É de salientar que existem outras partes interessadas, às quais o Lar do CASEM afecta com os seus serviços, a saber:

- A Santa Casa da Misericórdia de Esposende, onde o CASEM está inserido;
- O Instituto da Segurança Social, parceiro institucional principal;
- Outros Parceiros, nomeadamente a autarquia, os serviços de saúde, instituições sociais concelhias,
- Fornecedores,
- Voluntários,
- Colaboradores;
- A comunidade onde está inserido o CASEM;
- A Sociedade em Geral.

O objectivo fundamental do Lar do CASEM é a satisfação dos Clientes / Utentes. Para concretizá-lo, a Coordenação, em conjunto com os seus colaboradores, definiram um conjunto de Processos Chave com impacto directo na identificação de necessidades e expectativas, inclusive dos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis, e na melhoria contínua da sua satisfação. Esses Processos Chave, a sua sequência e interacção são apresentados no Capítulo 4.

O desempenho destes processos, directamente ligados ao cumprimento dos requisitos dos Clientes/utentes é revisto e melhorado com base em indicadores de desempenho e nos resultados de auditorias internas.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5.2- Focalização no Cliente/utente

O Lar Madame Breda surge como resposta à carência de equipamentos destinados a prover apoio a necessidades expressas pelos clientes/utentes. Este conceito, abrange várias partes interessadas cujos requisitos o Lar Madame Breda procura alcançar. Considera-se neste universo:

- O Cliente/utente (o Hóspede do Lar Madame Breda)
- O Responsável do Hóspede
- Os Familiares
- Outros intervenientes próximos aos Hóspedes

É de salientar que existem outras partes interessadas, às quais o Lar Madame Breda afecta com os seus serviços, a saber:

- A Misericórdia de Águeda
- A Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda, onde o LAR está inserido
- O Instituto da Segurança Social
- Outros Parceiros Institucionais
- Fornecedores
- Voluntários
- Colaboradores
- A comunidade envolvente ao Lar
- A Sociedade em Geral

O objectivo fundamental do Lar Madame Breda é a satisfação dos Clientes/utentes e demais partes interessadas. Para concretizá-lo, a Direcção da CRABLB, em conjunto com os seus colaboradores, definiram um conjunto de Processos Chave com impacto directo na identificação de necessidades e expectativas, inclusive dos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis e na melhoria contínua da sua satisfação. Esses Processos Chave, a sua sequência e interacção são apresentados no Capítulo 4.

O desempenho destes processos, directamente ligados ao cumprimento dos requisitos dos Clientes/utentes é revisto e melhorado com base em indicadores de desempenho e nos resultados de auditorias internas.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor

5.2- Focalização no Cliente/utente

O Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor surgem como respostas à carência de equipamentos destinados a prover apoio a necessidades expressas por Clientes/utentes. Este conceito abrange várias partes interessadas cujos requisitos o Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor procuram alcançar. Considera-se neste universo:

- O Cliente/utente (o Residente no Lar de Idosos)
- O Responsável do Cliente/utente
- Os Familiares
- Outros intervenientes próximos ao Cliente/utente

É de salientar que existem outras partes interessadas, às quais o Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor afectam com os seus serviços, a saber:

- União das Misericórdias Portuguesas
- Misericórdia de Portimão onde o LAR está inserido
- Centro Distrital de Segurança Social de Faro
- Instituto da Segurança Social
- Câmara Municipal de Portimão
- Instituto de Emprego e Formação Profissional de Portimão
- Outros Parceiros Institucionais
- Fornecedores
- Voluntários
- Colaboradores
- Comunidade envolvente ao LAR
- Sociedade em Geral

O objectivo fundamental do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor é a satisfação dos Clientes/utentes. Para concretizá-lo, o Director Técnico, em conjunto com os seus colaboradores, definiram um conjunto de Processos Chave com impacto directo na identificação de necessidades e expectativas, inclusive dos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis, e na melhoria contínua da sua satisfação. Esses Processos Chave, a sua sequência e interacção são apresentados no Capítulo 4.

O desempenho destes processos, directamente ligados ao cumprimento dos requisitos dos Clientes/utentes é revisto e melhorado com base em indicadores de desempenho e nos resultados de

auditorias internas.

5.3- Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade

Missão

Missão: enquadramento do Lar na razão da existência da Misericórdia

A Missão do Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) é a prestação de cuidados individualizados e personalizados em meio institucional a indivíduos e famílias que, por motivo de doença, idade, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ ou as actividades da vida diária.

Visão

Visão: descrever as perspectivas do Lar de Idosos; onde o Lar pretende chegar.

Nota: ter em conta a estratégia da Misericórdia para a Resposta social de Lar de Idosos a pelo menos 5 anos.

Promover a resposta social de forma sustentada, integrado numa rede de parceiros sociais. Ser um modelo de referência enquanto Instituição, aproximando pessoas através da consolidação de afectos, do desenvolvimento humano e de valorização do indivíduo e da Qualidade dos serviços prestados.

Valores

Valores: enunciar os princípios base pelos quais o Lar de Idosos se pauta.

Os Valores pelos quais Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) pauta a sua actividade são:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias assegurando a satisfação das necessidades básicas do Cliente/Utente: alojamento, alimentação, saúde, higiene, conforto e lazer;
- Promover a autonomia do indivíduo e a humanização dos serviços a ele prestados;
- Garantir e respeitar a independência, individualidade e privacidade do Cliente/Utente;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos Cliente/Utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;

- Promover a igualdade de tratamento, independentemente de questões como género, religião, raça , entre outros.

Política da Qualidade

A Política da Qualidade formaliza o compromisso que a Mesa Administrativa da Misericórdia assume para com a Qualidade e Satisfação dos Cliente/Utentes e para a Resposta social Lar de Idosos. Deve incluir referências aos colaboradores, fornecedores, parceiros e outros intervenientes, bem como o compromisso com o cumprimento dos requisitos do referencial ISO 9001 e com a melhoria contínua. A Política deve ser redigida de forma a proporcionar um enquadramento para o estabelecimento dos Objectivos da Qualidade e outras Metas a alcançar.

A humanização dos serviços é um dos fundamentos do Lar de Idosos. O Lar está orientado para servir pessoas no respeito dos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para:

- Melhorar a qualidade de vida dos Cliente/Utentes
- Apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades diárias
- Dar resposta a situações de dependência
- Promover uma integração do Cliente/Utente no novo contexto de Vida
- Promover um Plano de Desenvolvimento Individual activo e dinâmico
- Rever-se como um novo Lar de Idosos para o Cliente/utente.

O Lar de Idosos promove o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e mantém relações de parceria com as partes interessadas para a sustentabilidade da resposta social.

O Lar de Idosos declara o seu compromisso com o cumprimento dos requisitos legais e outros referenciais aplicáveis para a melhoria contínua do seu SGQ.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

5.3- Missão, Valores e Política da Qualidade

Missão

A Missão do Lar do CASEM é a prestação de cuidados individualizados e personalizados em meio institucional a indivíduos e famílias que, por motivo de doença, idade, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ ou as actividades da vida diária.

Visão

Promover a resposta social de forma sustentada, integrado numa rede de parceiros sociais. Ser um modelo de referência enquanto instituição, aproximando pessoas através da consolidação de afectos, do desenvolvimento humano e de valorização do indivíduo e da Qualidade dos serviços prestados.

Valores

Os Valores pelos quais o Lar do CASEM pauta a sua actividade são:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias assegurando a satisfação das necessidades básicas do cliente/utente: alojamento, alimentação, saúde, higiene, conforto e lazer;
- Promover a autonomia do indivíduo e a humanização dos serviços a ele prestados;
- Garantir e respeitar a independência, individualidade e privacidade do cliente/utente;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos clientes/utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Promover a igualdade de tratamento, independentemente de questões como género, religião, raça, entre outros.

Política da Qualidade

A humanização dos serviços é um dos fundamentos do Lar. O Lar está orientado para servir pessoas no respeito dos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para:

- Melhorar a qualidade de vida dos Clientes/utentes.
- Apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades diárias.
- Dar resposta a situações de dependência.
- Promover uma integração do Cliente/Utente no novo contexto de Vida
- Promover um Plano de Desenvolvimento Individual activo e dinâmico.

- Rever-se como um novo Lar de Idosos para o Cliente/utente.

O CASEM promove o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e mantém relações de parceria com as partes interessadas para a sustentabilidade da resposta social.

O CASEM declara o seu compromisso com o cumprimento dos requisitos legais e outros referenciais aplicáveis para a melhoria contínua do seu SG.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5.3- Missão, Valores e Política da Qualidade

A Mesa Administrativa e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda assumem e manifestam o seu comprometimento com o SGQ através do conjunto de declarações abaixo: Missão, Visão, Valores e Política de Gestão.

Estas declarações são avaliadas e revistas periodicamente de forma a que se mantenham actualizadas e adequadas.

A Mesa Administrativa e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda definiram a seguinte estratégia de divulgação para a Missão, Visão, Valores e Política de Gestão, com o intuito de dar conhecimento das mesmas aos seus Colaboradores, Clientes/utentes e demais partes interessadas.

- Todos os Colaboradores têm acesso ao MQ do Lar, onde estão documentadas a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade.
- Afixação destas declarações nas instalações da CRABLB, em local visível para colaboradores e clientes/utentes.

O Lar Madame Breda como parte integrante da CRABLB assume como suas estas declarações.

Missão

CUIDAR COM HUMANIZAÇÃO

Visão

Ser uma resposta social de referência pela prestação de serviços humanizados.

Valores

A CRABLB orienta a sua actividade pelos seguintes valores:

- Humanização
- Personalização
- Caridade
- Dignidade
- Ética
- Inovação

- Formação
- Qualidade

Política da Qualidade

A humanização dos serviços é um dos fundamentos da CRABLB.

A CRABLB está orientada para servir pessoas no respeito pelos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para:

- Assegurar a identificação, a satisfação e a antecipação das necessidades expressas e implícitas dos clientes/utentes e familiares;
- Melhorar a qualidade de vida dos clientes/utentes e famílias;
- Fomentar a inovação, a criatividade e a gestão participativa de forma a melhorar continuamente a eficácia dos processos e do Sistema de Gestão da Qualidade;

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor

5.3- Missão, Valores e Política da Qualidade

Missão

A Missão do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor é a prestação de cuidados individualizados e personalizados em meio institucional a indivíduos e famílias que, por motivo de doença, idade, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ ou as actividades da vida diária.

Visão

Promover a resposta social de forma sustentada, integrado numa rede de parceiros sociais. Ser um modelo de referência enquanto instituição, aproximando pessoas através da consolidação de afectos, do desenvolvimento humano e de valorização do indivíduo e da Qualidade dos serviços prestados.

Valores

Os Valores pelos quais o Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor pautam a sua actividade são:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias assegurando a satisfação das necessidades básicas do cliente/utente: alojamento, alimentação, saúde, higiene, conforto e lazer;
- Promover a autonomia do indivíduo e a humanização dos serviços a ele prestados;
- Garantir e respeitar a independência, individualidade e privacidade do cliente/utente;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos clientes/utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos clientes/utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Promover a igualdade de tratamento, independentemente de questões como género, religião, raça, entre outros.

Política da Qualidade

A humanização dos serviços é um dos fundamentos do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor. Estes estão orientados para servir pessoas no respeito dos Valores definidos, na certeza de contribuir com a sua Missão e Visão para:

- Melhorar a qualidade de vida dos Clientes/utentes
- Apoiar na satisfação das necessidades básicas e nas actividades diárias
- Dar resposta a situações de dependência
- Promover uma integração do Cliente/utente no novo contexto de Vida
- Promover um Plano de Desenvolvimento Individual activo e dinâmico
- Rever-se como um novo LAR para o Cliente/utente.

O Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor promovem o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e mantém relações de parceria com as partes interessadas para a sustentabilidade da resposta social.

O Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor declaram o seu compromisso com o cumprimento dos requisitos legais e outros referenciais aplicáveis para a melhoria contínua do seu SGQ.

5.4- Planeamento

Implementar e sistematizar o planeamento de acordo com a norma ISO 9001 facilita a gestão do Lar de Idosos e cria a possibilidade de avaliar o desempenho da resposta social através da definição e acompanhamento de objectivos.

Os objectivos deverão reflectir e ser consistentes com a Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade. Devem ser concretos, mensuráveis e limitados num determinado intervalo de tempo, permitindo assim, o seu acompanhamento.

Os objectivos devem ser desdobrados em planos de actividades de forma a definir acções a implementar para a sua concretização, responsáveis, prazos e ponto de situação.

O planeamento inclui os seguintes passos:

Definição de Objectivos da Qualidade mensuráveis decorrentes de:

- Orientações estratégicas da Organização;
- Política da Qualidade;
- Desempenho do Lar de Idosos, avaliado através dos indicadores estabelecidos;
- Requisitos dos Clientes/Utentes e requisitos estatutários e regulamentares;
- Melhoria Contínua do Sistema, processos e serviços.

Os Objectivos da Qualidade são elaborados pela Mesa Administrativa em conjunto com o Responsável pela Qualidade e documentados na MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO.

A MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO (*Documento que estrutura processos, objectivos, indicadores e metas alcançadas ao longo do período considerado*), é acompanhada periodicamente, revista e actualizada sempre que aplicável de forma a reflectir a realização dos Objectivos definidos e as Metas a atingir.

Decorrente do regular funcionamento do SGQ é elaborado no início de cada ano um Plano Anual de Actividades que, entre outras, estabelece as linhas de orientação sobre os seguintes aspectos:

- Formação;
- Manutenção das Infraestruturas e Equipamentos;
- Calibrações/verificações;
- Auditorias;
- Actividades decorrentes da execução dos Processos-Chave.

Novas acções/actividades ou qualquer alteração ao Plano estabelecido é alvo de adenda a incorporar no referido **Plano Anual de Actividades**.

É realizado um seguimento adequado do Plano Anual de Actividades, de forma a assegurar o integral funcionamento do SGQ enquanto se executam as acções/alterações planeadas com impacte no Sistema.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esgosende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

5.4- Planeamento

O planeamento inclui os seguintes passos:

Definição de Objectivos da Qualidade mensuráveis decorrentes de:

- Orientações estratégicas da Instituição;
- Política da Qualidade;
- Desempenho do Lar avaliado através dos indicadores estabelecidos;
- Requisitos dos Clientes/Utentes e requisitos estatutários e regulamentares;
- Melhoria Contínua do Sistema, processos e serviços.

Os Objectivos da Qualidade são elaborados pela Mesa Administrativa em conjunto com o Responsável pela Qualidade e documentados na MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO.

A MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO é acompanhada periodicamente, revista e actualizada sempre que aplicável de forma a reflectir a realização dos Objectivos definidos e as Metas a atingir.

Decorrente do regular funcionamento do SG é elaborado no início de cada ano um Plano Anual de Actividades que, entre outras, estabelece as linhas de orientação sobre os seguintes aspectos:

- Formação.
- Manutenção das Infraestruturas.
- Calibrações/verificações.
- Auditorias.
- Actividades decorrentes da execução dos Processos-Chave.

Novas acções/actividades ou qualquer alteração ao Plano estabelecido é alvo de adenda a incorporar no referido **Plano Anual de Actividades**.

É realizado um seguimento adequado do Plano Anual de Actividades, de forma a assegurar o integral funcionamento do SG enquanto se executam as acções/alterações planeadas com impacto no Sistema.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5.4- Planeamento

O planeamento inclui os seguintes passos:

Definição de Objectivos da Qualidade mensuráveis decorrentes de:

- Orientações estratégicas da Mesa Administrativa;
- Política da Qualidade;
- Desempenho do LAR, avaliado através dos indicadores estabelecidos;
- Requisitos dos Clientes/utentes e requisitos estatutários e regulamentares;
- Melhoria Contínua do Sistema, processos e serviços.

Os Objectivos da Qualidade são elaborados pela Mesa Administrativa em conjunto com a Direcção da CRALB e o Responsável pela Qualidade e documentados num Plano de Actividades e Conta de Exploração Previsional para o ano seguinte, para apresentação, discussão e aprovação na Reunião da Assembleia Geral.

A partir deste Plano aprovado, o Responsável da Qualidade elabora a MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO do Lar Madame Breda, que contempla processos, objectivos, indicadores e metas alcançadas ao longo do período considerado, e que é acompanhada periodicamente, revista e actualizada sempre que aplicável, de forma a reflectir a realização dos Objectivos definidos e as Metas a atingir.

O Plano de Actividades e Conta de Exploração Previsional também estabelece as linhas de orientação sobre os seguintes aspectos (decorrentes do regular funcionamento do SGQ):

- Formação
- Manutenção das Infraestruturas
- Calibrações/verificações
- Auditorias
- Actividades decorrentes da execução dos Processos-Chave

Novas acções/actividades ou qualquer alteração ao Plano estabelecido é alvo de adenda, aprovada em acta de reunião da Mesa Administrativa, e incorporada na referida Matriz Global de Gestão do Lar Madame Breda.

É realizado um seguimento adequado da Matriz Global de Gestão, de forma a assegurar o integral funcionamento do SGQ enquanto se executam as acções/alterações planeadas com impacto no Sistema.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar de Idosos

5.4- Planeamento

O planeamento inclui os seguintes passos:

Definição de Objectivos da Qualidade mensuráveis decorrentes de:

- Orientações estratégicas da Organização;
- Política da Qualidade;
- Desempenho do LAR, avaliado através dos indicadores estabelecidos;
- Requisitos dos Clientes/utentes e requisitos estatutários e regulamentares;
- Melhoria Contínua do Sistema, processos e serviços.

Os Objectivos da Qualidade são elaborados pela Mesa Administrativa em conjunto com o Responsável pela Qualidade e documentados na MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO.

A MATRIZ GLOBAL DE GESTÃO (*Documento que estrutura processos, objectivos, indicadores e metas alcançadas ao longo do período considerado*), é acompanhada periodicamente, revista e actualizada sempre que aplicável de forma a reflectir a realização dos Objectivos definidos e as Metas a atingir.

Decorrente do regular funcionamento do SGQ é elaborado no último trimestre de cada ano um Plano Anual de Actividades do ano seguinte que, entre outras, estabelece as linhas de orientação sobre os seguintes aspectos:

- Formação
- Manutenção das Infra-estruturas
- Calibrações/verificações
- Auditorias
- Actividades decorrentes da execução dos Processos-Chave

Novas acções/actividades ou qualquer alteração ao Plano estabelecido é alvo de adenda a incorporar no referido **Plano Anual de Actividades**.

É realizado um seguimento adequado do Plano Anual de Actividades, de forma a assegurar o integral funcionamento do SGQ enquanto se executam as acções/alterações planeadas com impacte no Sistema.

5.5- Responsabilidade, autoridade e comunicação

A relação hierárquica está estabelecida e ilustrada no Organigrama do Lar de Idosos. (Capítulo 1).

Para cada função, deve estar definido o superior hierárquico, as principais responsabilidades e a substituição em caso de impedimento. A descrição de funções documentada com este conteúdo clarifica, para todos os colaboradores estes aspectos fundamentais.

As responsabilidades, autoridade e delegação de competências estabelecidas no Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) encontram-se detalhadas nas respectivas “Descrições de Funções” ou, em alternativa, nos Manuais Específicos de Função (*quando aplicável*).

Os Processos e os procedimentos em vigor detalham as responsabilidades e autoridade aplicáveis a cada caso.

Para cada Processo está designado um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação dos recursos humanos intervenientes no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria.

Matriz de Responsabilidades

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PS 4 Gestão da Qualidade	
PS 5 Responsabilidade da Gestão	
PS 6.1 Gestão das Pessoas	
PS 6.2 Gestão das Infraestruturas	
PC 7.1 Candidatura	
PC 7.2 Admissão	
PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI	
PC 7.4 Nutrição e Alimentação	
PC 7.5 Cuidados Higiene, Imagem e Conforto	
PC 7.6 Cuidados de Saúde	
PC 7.7 Serviços de Apoio	
PC 7.8 Animação Sócio-Cultural	
PS 8 Medição, Análise e Melhoria	

Comunicação Interna

Para assegurar que a comunicação interna decorre de forma eficaz convém que o Lar defina os meios a utilizar.

O Lar de Idosos de _____ (*nome do Lar*) utiliza um conjunto de meios de comunicação interna, que se descrevem a seguir:

Meio Utilizado	Responsável	Objectivos	Documentos de Suporte
Quadro de informação	DT; RQ	Todos os colaboradores	Informação geral do Lar e do Sistema de Gestão da Qualidade.
Reuniões internas	DT	Todos os colaboradores, conforme aplicável	Comunicação e troca de informação entre a DT e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade do Lar de Idosos
Comunicações internas	DT	Todos os colaboradores, conforme aplicável	Modelo em vigor na Misericórdia
Jornal	DT, ASC	Colaboradores e Cliente/Utentes	Informar das actividades em curso no do Lar de Idosos

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

5.5- Responsabilidade, autoridade e comunicação

A relação hierárquica está estabelecida e ilustrada no Organigrama do CASEM (Capítulo 1.4).

As responsabilidades, autoridade e delegação de competências estabelecidas no Lar do CASEM encontram-se detalhadas nas respectivas “Descrições de Funções”.

Os Processos e os procedimentos em vigor detalham as responsabilidades e autoridade aplicáveis a cada caso.

Para cada Processo está designado um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação dos recursos humanos intervenientes no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria.

Matriz de Responsabilidades

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PS_CASEM_ 4 Gestão da Qualidade	RQ
PS_CASEM_ 5 Responsabilidade da Gestão	MA
PS_CASEM_ 6.1 Gestão das Pessoas	MA
PS_CASEM_ 6.2 Gestão das Infraestruturas	MA
PC_LAR_ 7.1 Candidatura	COORD
PC_LAR_ 7.2 Admissão	COORD
PC_LAR_ 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI	COORD
PC_LAR_ 7.4 Nutrição e Alimentação	COORD
PC_LAR_7.5 Cuidados Higiene, Imagem e Conforto	COORD
PC_LAR_7.6 Cuidados de Saúde	MD
PC_LAR_ 7.7 Serviços de Apoio	COORD
PC_LAR_ 7.8 Animação Sócio-Cultural	ES
PS_CASEM_ 8 Medição, Análise e Melhoria	RQ

Comunicação Interna

O CASEM utiliza um conjunto de meios de comunicação interna, que se descrevem a seguir:

Meio Utilizado	Responsável	Objectivos	Documentos de Suporte
Quadro de informação	COORD; RQ	Todos os colaboradores	Informação geral do CASEM e do Sistema de Gestão da Qualidade.
Reuniões internas	COORD	Todos os colaboradores, conforme aplicável	Comunicação e troca de informação entre a COORD e os colaboradores sobre assuntos de interesse para actividades do LAR.
Comunicações internas	COORD	Todos os colaboradores, conforme aplicável	Modelo em vigor na CASEM

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5.5- Responsabilidade, autoridade e comunicação

A relação hierárquica está estabelecida e ilustrada no Organigrama da Casa de Repouso. (Capítulo 1).

As responsabilidades, autoridade e delegação de competências estabelecidas no Lar Madame Breda encontram-se detalhadas nas respectivas “Definições de Funções”.

Os Processos e os procedimentos em vigor detalham as responsabilidades e autoridade aplicáveis a cada caso.

Para cada Processo está designado um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação dos recursos humanos intervenientes no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria.

Matriz de Responsabilidades

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PG 4 Gestão da Qualidade	RQ
PG 5 Responsabilidade da Gestão	MA
PG 6.1 Gestão das Pessoas	DIR
PG 6.2 Gestão das Infraestruturas	DIR
PC 7.1 Candidatura	DIR
PC 7.2 Admissão	MA
PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI	TSS

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PC 7.4 Nutrição e Alimentação	DIR
PC 7.5 Cuidados Higiene, Imagem e Conforto	DT
PC 7.6 Cuidados de Saúde	MD
PC 7.7 Apoio Psicossocial	TSS
PC 7.8 Animação Sócio-Cultural	AC
PG 8 Medição, Análise e Melhoria	RQ

Comunicação Interna

O Lar Madame Breda utiliza um conjunto de meios de comunicação interna, que se descrevem a seguir:

Meio Utilizado	Responsável	Objectivos	Documentos de Suporte
Comunicados	MA	Comunicação e troca de informação entre a MA e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da CRABLB e SCMA	Modelo em vigor na SCMA
Correio Electrónico	MA; DIR	Comunicação e troca de informação entre todos os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da CRABLB e SCMA	Não aplicável
Quadro de informação	DIR; RQ	Informação geral do Lar e do Sistema de Gestão da Qualidade.	Não aplicável
Reuniões internas	DT	Comunicação e troca de informação entre a DT e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade do Lar	MTZ.
Registo de Ocorrências	RQ	Comunicação e troca de informação entre todos os colaboradores sobre ocorrências com os hóspedes do Lar.	MTZ.
Livro de Passagem de Serviço	DIR	Comunicação e troca de informação entre todos os colaboradores sobre assuntos relevantes diários para assegurar a continuidade dos serviços da CRABLB	Livro de Passagem de Serviço
Circulares Internas	DIR	Comunicação e troca de informação entre a DIR e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade da CRABLB	MTZ.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

5.5 - Responsabilidade, autoridade e comunicação

A relação hierárquica está estabelecida e ilustrada no Organigrama do Lar Sénior. (Capítulo 1).

As responsabilidades, autoridade e delegação de competências estabelecidas no Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor encontram-se detalhadas nas respectivas “Descrições de Funções”.

Os Processos e os procedimentos em vigor detalham as responsabilidades e autoridade aplicáveis a cada caso.

Para cada Processo está designado um Gestor, cujas principais responsabilidades são:

- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários ao processo;
- Assegurar a disponibilidade da documentação de suporte necessária;
- Identificar as necessidades de formação dos recursos humanos intervenientes no processo;
- Assegurar que os dados necessários à monitorização e medição do processo são registados correctamente;
- Tratar os dados e acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho do processo;
- Implementar as acções correctivas e preventivas aplicáveis ao processo;
- Identificar as oportunidades de melhoria.

Matriz de Responsabilidades

PROCESSO	GESTOR DO PROCESSO
PS 4 Gestão da Qualidade	Responsável da Qualidade
PS 5 Responsabilidade da Gestão	Mesa Administrativa
PS 6.1 Gestão das Pessoas	Director Técnico
PS 6.2 Gestão das Infraestruturas	Director Técnico
PC 7.1 Candidatura	Director Técnico
PC 7.2 Admissão	Mesa Administrativa
PC 7.3 Construção e Acompanhamento do PDI	Director Técnico
PC 7.4 Nutrição e Alimentação	Dietista
PC 7.5 Cuidados Higiene, Imagem e Conforto	Director Técnico
PC 7.6 Cuidados de Saúde	Enfermeiro
PC 7.7 Serviços de Apoio	Director Técnico
PC 7.8 Animação Sócio-Cultural	Director Técnico
PS 8 Medição, Análise e Melhoria	Responsável da Qualidade

Comunicação Interna

O Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor utilizam um conjunto de meios de comunicação interna, que se descrevem a seguir:

Meio Utilizado	Responsável	Objectivos	Documentos de Suporte
Quadro de informação	DT; RQ	Todos os colaboradores	Informação geral do Lar e do Sistema de Gestão da Qualidade.
Reuniões internas	DT	Todos os colaboradores, conforme aplicável	Comunicação e troca de informação entre a DT e os colaboradores sobre assuntos de interesse para a actividade do Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor
Comunicações internas	DT	Todos os colaboradores, conforme aplicável	Modelo em vigor na SCMP

5.6- Revisão pela Gestão

*A Direcção do Lar de Idosos deve rever o SGQ anualmente, com base em dados, de forma a assegurar que o mesmo se mantém adequado, actualizado e eficaz.
A norma ISO 9001 exige que a Revisão ao SGQ seja efectuada com base num conjunto de dados de entrada; de forma a operacionalizar na prática este requisito, o Lar de Idosos, ao elaborar anualmente o seu Relatório de Actividades, deve incluir no mesmo uma rubrica relativa ao Balanço do SGQ onde sejam sintetizados os dados de entrada, conforme a listagem incluída neste Capítulo do MQ Tipo.
Após a análise deste Relatório e com base nas conclusões desta revisão ao SGQ, deve ser elaborado o Planeamento das actividades para o ano seguinte.*

A Direcção do Lar de Idosos realiza anualmente uma Revisão ao SGQ de modo a assegurar a sua adequação e eficácia. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao SGQ.

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- A Política da Qualidade;
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas;
- Reclamações;
- Satisfação dos Cliente/Utentes;
- Não-conformidades;
- Indicadores de desempenho dos processos;
- Relatórios de acções correctivas e preventivas;
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao SGQ;
- Concretização dos objectivos definidos;
- Alterações que possam afectar o SGQ;
- Existência de recursos adequados e eficazes;
- Necessidades e recomendações da SCM, ISS ou outras entidades do sector de actividade;
- Sugestões de melhoria ao Sistema da Qualidade dadas pelos colaboradores;
- Avaliação de fornecedores;
- Desempenho dos colaboradores.

Estes dados são sistematizados pelo RQ no **Balanço/Relatório de Actividades** que faz o balanço do SGQ no ano anterior.

O Balanço/Relatório de Actividades é analisado em reunião entre a Direcção do Lar de Idosos e o RQ. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos;
- Melhoria do produto relacionada com requisitos do Cliente/Utente;
- Necessidades de recursos.

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do **Plano Anual de Actividades** para o ano seguinte.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

5.6- Revisão pela Gestão

A Coordenação do CASEM, na Resposta Social de Lar realiza anualmente uma Revisão ao SG de modo a assegurar a sua adequação e eficácia. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao SG.

O processo de revisão ao SG é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- A Política da Qualidade.
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas.
- Reclamações.
- Satisfação dos clientes/utentes.
- Não - conformidades.
- Indicadores de desempenho dos processos.
- Relatórios de acções correctivas e preventivas.
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao SG.
- Concretização dos objectivos definidos.
- Alterações que possam afectar o SG.
- Existência de recursos adequados e eficazes.
- Necessidades e recomendações da SCME, ISS ou outras entidades do sector de actividade.
- Sugestões de melhoria ao Sistema de Gestão dadas pelos colaboradores.
- Avaliação de fornecedores.
- Desempenho dos colaboradores.

Estes dados são sistematizados pelo RQ no **Balanço / Relatório de Actividades** que faz o balanço do SG no ano transacto.

O Balanço / Relatório de Actividades é analisado em reunião entre a Mesa Administrativa, a Coordenação do CASEM e o RQ. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SG e dos seus processos;
- Melhoria do produto relacionada com requisitos do cliente/utente;
- Necessidades de recursos.

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do **Plano Anual de Actividades** para o ano seguinte.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

5.6- Revisão pela Gestão

A Mesa Administrativa e a Direcção da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda realizam anualmente uma Revisão ao SGQ de modo a assegurar a sua adequação e eficácia. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao SGQ.

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- A Política da Qualidade
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas
- Reclamações
- Satisfação dos clientes/utentes
- Não-conformidades
- Indicadores de desempenho dos processos
- Relatórios de acções correctivas e preventivas
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao SGQ
- Concretização dos objectivos definidos
- Alterações que possam afectar o SGQ
- Existência de recursos adequados e eficazes
- Necessidades e recomendações da SCM, ISS ou outras entidades do sector de actividade
- Sugestões de melhoria ao Sistema da Qualidade dadas pelos colaboradores
- Avaliação de fornecedores
- Avaliação das parcerias
- Aspectos relacionados com a Higiene, Segurança e Saúde
- Desempenho dos colaboradores

Estes dados são sistematizados pelo RQ no Relatório da Qualidade, de forma a fazer o balanço do SGQ no ano anterior.

O Relatório da Qualidade é analisado em reunião da Mesa Administrativa. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos;
- Melhoria do produto relacionada com requisitos do cliente/utente;
- Necessidades de recursos.

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do **Plano de Actividades e Conta de Exploração Provisional da SCMA**, para o ano seguinte, o qual será apresentado à Assembleia-Geral.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

5.6- Revisão pela Gestão

A Mesa Administrativa do LAR realiza anualmente uma Revisão ao SGQ de modo a assegurar a sua adequação e eficácia. Esta revisão inclui a avaliação de oportunidades de melhoria e a necessidade de alterações ao SGQ.

O processo de revisão ao SGQ é realizado a partir dos seguintes dados de entrada:

- A Política da Qualidade
- Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas
- Reclamações
- Satisfação dos clientes/utentes
- Não-conformidades
- Indicadores de desempenho dos processos
- Relatórios de acções correctivas e preventivas
- Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao SGQ
- Concretização dos objectivos definidos
- Alterações que possam afectar o SGQ
- Existência de recursos adequados e eficazes
- Necessidades e recomendações da SCM, ISS ou outras entidades do sector de actividade
- Sugestões de melhoria ao Sistema da Qualidade dadas pelos colaboradores
- Avaliação de fornecedores
- Desempenho dos colaboradores

Estes dados são sistematizados pelo RQ no **Balanço/Relatório de Actividades** que faz o balanço do SGQ no ano anterior.

O Balanço/Relatório de Actividades é analisado em reunião entre a Direcção do LAR e o RQ. Estas reuniões são registadas em actas, bem como as decisões tomadas, relativas a:

- Melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos;
- Melhoria do produto relacionada com requisitos do cliente/utente;
- Necessidades de recursos.

A Revisão pela Gestão é a base para o estabelecimento do **Plano Anual de Actividades** para o ano seguinte.

6. Gestão de Recursos

Neste Capítulo, o Lar de Idosos deve descrever quais são os mecanismos e procedimentos a adoptar para obter os recursos necessários. Abaixo está um exemplo de como dar resposta à Provisão de Recursos definida pela ISO 9001 e que deve ser adaptado de forma a descrever a realidade de cada Lar.

6.1- Provisão de Recursos

A Direcção do Lar define anualmente os recursos necessários, tendo em conta as orientações estratégicas estabelecidas pela Mesa Administrativa (ou Direcção ou Administração da Organização) e as necessidades detectadas no Lar. Estas necessidades são analisadas em reunião com o Responsável pela Qualidade, no âmbito da Revisão anual ao SGQ, e aprovadas pela Direcção, ficando documentadas em acta e levadas à Mesa (ou Direcção ou Administração da Organização) para aprovação. Após esta aprovação, o planeamento da aquisição vem expresso no Plano Anual de Actividades e são desenvolvidas as acções necessárias para obter estes recursos. Quaisquer alterações ou necessidades pontuais de recursos são analisadas caso a caso pela Direcção e aprovadas pela Mesa Administrativa (ou Direcção ou Administração da Organização).

A Provisão de Recursos no Lar está relacionada com as compras, o que decorre de acordo com o procedimento **PR 02- Gestão das Compras**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

6.1- Provisão de Recursos

A Direcção do CASEM define anualmente os recursos, tendo em conta as orientações estratégicas estabelecidas pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e as necessidades detectadas no LAR. Estas necessidades são analisadas em reunião com o Responsável pela Qualidade, no âmbito da Revisão anual ao SGQ, e aprovadas pela Direcção, ficando documentadas em acta e levadas à Mesa Administrativa para aprovação. Após esta aprovação, o planeamento da aquisição vem expresso no Plano Anual de Actividades e são desenvolvidas as acções necessárias para obter estes recursos. Quaisquer alterações ou necessidades pontuais de recursos são analisadas caso a caso pela Direcção e aprovadas pela Mesa Administrativa.

A Provisão de Recursos no LAR está relacionada com as compras, o que decorre de acordo com o procedimento **PR 02- Gestão das Compras**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

6.1- Provisão de Recursos

Tendo em conta as orientações estratégicas estabelecidas pela Mesa Administrativa, a Direcção da CRALB identifica, anualmente, com base nas necessidades detectadas no Lar, os recursos necessários.

A necessidade de recursos é analisada em reunião com o Responsável pela Qualidade, no âmbito da Revisão anual ao SGQ, ficando documentada no Relatório da Qualidade que é levado à Mesa para aprovação.

Após esta aprovação, o planeamento da aquisição vem expresso no **Plano de Actividades e Conta de Exploração Provisional da SCMA** e são desenvolvidas, ao longo do ano, as acções necessárias para obter estes recursos. Quaisquer alterações ou necessidades pontuais de recursos são analisadas caso a caso pela Direcção e aprovadas pela Mesa Administrativa.

A Provisão de Recursos no Lar está relacionada com as compras, o que decorre de acordo com o procedimento PR 5 - Gestão das Compras.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

6.1- Provisão de Recursos

A Direcção do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor define anualmente os recursos necessários, tendo em conta as orientações estratégicas estabelecidas pela Mesa Administrativa (ou Direcção ou Administração da Organização) e as necessidades detectadas no LAR. Estas necessidades são analisadas em reunião com o Responsável pela Qualidade, no âmbito da Revisão anual ao SGQ, e aprovadas pela Direcção, ficando documentadas em acta e levadas à Mesa Administrativa para aprovação. Após esta aprovação, o planeamento da aquisição vem expresso no Plano Anual de Actividades e são desenvolvidas as acções necessárias para obter estes recursos. Quaisquer alterações ou necessidades pontuais de recursos são analisadas caso a caso pela Direcção e aprovadas pela Mesa Administrativa, sempre que aplicável.

A Provisão de Recursos no LAR está relacionada com as compras, o que decorre de acordo com o procedimento **PR 02- Gestão das Compras**.

6.2- Recursos Humanos

A equipa de colaboradores do Lar possui a competência considerada necessária para desempenhar as suas funções. Essa competência é definida por requisitos mínimos nas seguintes vertentes:

- Formação académica
- Formação específica
- Experiência profissional

A tabela a seguir define os requisitos mínimos de competência para que os recursos humanos desempenhem as suas funções da maneira mais adequada. A competência está desdobrada em habilitações académicas, formação específica e experiência. Os requisitos descritos reflectem a legislação e devem integrar outros requisitos que o Lar de Idosos considere necessários para os seus recursos humanos. Esta tabela deve ser permanentemente actualizada de acordo com as novas necessidades de competência que surjam.

Os **requisitos mínimos** definidos para os Recursos Humanos do Lar são os seguintes:

Função	Formação Académica	Formação Específica	Experiência Profissional
D			
DT			
AAD			
AS			
(...)			

O MQ é sempre um documento de base genérica; toda e qualquer exposição deve obedecer a um encadeamento de documentos em cascata, remetendo-se para procedimentos ou instruções de trabalho que detalham a informação. Como exemplo, o Manual refere a importância da formação dos colaboradores. Para desenvolver esta temática, o procedimento de Formação define o modo de proceder para identificar as necessidades de formação, planear e proporcionar a formação aos colaboradores, que vá ao encontro das necessidades identificadas. Este procedimento define de igual modo os mecanismos utilizados pelo Lar na avaliação da eficácia da formação (neste aspecto faz a ponte com a avaliação de desempenho dos colaboradores, quando aplicável) e os registos associados à formação, que irão proporcionar as evidências da implementação deste procedimento na prática.

A adequação e melhoria da competência do pessoal no desempenho das suas actividades são asseguradas através de formação contínua, realizada e registada.

O Lar promove a formação de todo o seu pessoal através da frequência em acções de formação interna e externa, planificada para o ano.

A formação dos colaboradores é realizada de acordo com o **PR 03 - Formação**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

6.2- Recursos Humanos

A equipa de colaboradores do LAR possui a competência considerada necessária para desempenhar as suas funções. Essa competência é definida por requisitos mínimos nas seguintes vertentes:

- Formação académica
- Formação específica
- Experiência profissional

Os **requisitos mínimos** definidos para os Recursos Humanos do Lar são os seguintes:

Função	Formação Académica	Formação Específica	Experiência Profissional
COORD	Licenciatura	Educação/Assistente Social	1 Ano
DT	<i>Licenciatura</i>	Educação/Assistente Social	1 Ano
AAD	<i>12º Ano</i>	Agente Geriatria	1 Ano
AS	<i>Licenciatura</i>	Assistente Social	1 Ano
ASG	<i>9º Ano</i>	Serviços Gerais	1 Ano
AD	<i>12º Ano</i>	Secretariado	1 Ano
AS	<i>12º Ano</i>	Animador Sociocultural	1 Ano

A adequação e melhoria da competência do pessoal no desempenho das suas actividades são asseguradas através de formação contínua, realizada e registada.

O LAR promove a formação de todo o seu pessoal através da frequência em acções de formação interna e externa, planificada para o ano.

A formação dos colaboradores é realizada de acordo com o **PR 03 - Formação**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

6.2- Recursos Humanos

A equipa de colaboradores do Lar possui a competência considerada necessária para desempenhar as suas funções. Essa competência é definida por requisitos mínimos nas seguintes vertentes:

- Formação académica
- Formação específica
- Experiência profissional
- Atributos pessoais

Os **perfis mínimos** requeridos para cada função estão descritos nas respectivas “Definições de Funções”.

A adequação e melhoria da competência do pessoal no desempenho das suas actividades são asseguradas através de formação contínua, realizada e registada.

O Lar promove a formação de todo o seu pessoal através da frequência em acções de formação interna e externa, planificada para o ano.

A formação dos colaboradores é realizada de acordo com o **PR 2 - Formação**.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

6.2- Recursos Humanos

A equipa de colaboradores do LAR possui a competência considerada necessária para desempenhar as suas funções. Essa competência é definida por requisitos mínimos nas seguintes vertentes:

- Formação académica
- Formação específica
- Experiência profissional

Os requisitos mínimos definidos para os Recursos Humanos do Lar são os seguintes:

Função	Formação Académica	Formação Específica	Experiência Profissional
AAD	O exigido por Lei	Formação na Área de Geriatria	1 ano
AC	O exigido por Lei	Formação em HACCP	
ANI	12º ano - Vertente de Animação Social		
AS	Licenciatura em Serviço Social		
CHS	9º ano de escolaridade		2 anos de trabalho em LAR
COZ	O exigido por Lei	Formação em HACCP	2 anos na função de cozinheiro
D			
DT	Licenciatura na Área das Ciências Sociais		3 anos na Área Social
EC	9º ano de escolaridade	Formação em HACCP	1 ano na área de economato
ENF	Licenciatura/Bacharelato em Enfermagem		
ESC	O exigido por Lei	Conhecimentos Básicos em TIC	
LAV	O exigido por Lei		
PSI	Licenciatura em Psicologia	Psicologia Clínica	
TA	O exigido por Lei		
TM	O exigido por Lei		2 anos em manutenção de equipamentos

A adequação e melhoria da competência do pessoal no desempenho das suas actividades são asseguradas através de formação contínua, realizada e registada.

O Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor promove a formação de todo o seu pessoal através da frequência em acções de formação interna e externa, planificada para o ano.

A formação dos colaboradores é realizada de acordo com o **PR 03 - Formação**.

6.3- Infraestrutura

*Relativamente às instalações e equipamentos, designadas por infra-estruturas na norma ISO 9001, convém que o Lar identifique os requisitos aplicáveis aos mesmos e que providencie o seu cumprimento para que estes recursos proporcionem uma prestação de serviços adequada.
Deverão ser considerados aspectos da legislação aplicada à Infraestrutura e outros aspectos que sejam necessários para assegurar a conformidade dos serviços prestados.
Deverão ser tomados em conta os aspectos relacionados com a manutenção das infra-estruturas, preventiva ou não.*

A Infraestrutura de suporte aos processos do SGQ é constituída por:

- Software e Equipamento Informático
- Circuito de Videovigilância
- Alarmes e detectores de intrusão
- Detectores de incêndio e extintores
- Edifício
- Desumidificador
- Rede de Comunicações
- Sistema de Ar Condicionado
- Sistema de Aquecimento Central
- Equipamento técnico (Restauração, Médico...)
- Mobiliário

Estas infraestruturas encontram-se identificadas e cada uma possui uma ficha onde se registam todas as intervenções sofridas e o historial das mesmas.

A Manutenção necessária para assegurar a disponibilidade desta Infraestrutura é subcontratada a empresas da especialidade, de acordo com as regras definidas no **PR 02 - Gestão das Compras**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

6.3- Infraestrutura

A Infraestrutura de suporte aos processos do SGQ é constituída por:

- Edifício
- Software e Equipamento Informático
- Elevador
- Detectores de incêndio e extintores
- Rede de Comunicações
- Sistema de Aquecimento Central
- Equipamento técnico (Restauração, Médico...)
- Mobiliário

Estas infraestruturas encontram-se identificadas e cada uma possui uma ficha onde se registam todas as intervenções sofridas e o historial das mesmas.

A Manutenção necessária para assegurar a disponibilidade desta Infraestrutura é subcontratada a empresas da especialidade, de acordo com as regras definidas no **PR 02- Gestão das Compras**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

6.3- Infraestrutura

A Infraestrutura de suporte aos processos do SGQ é constituída por:

- Software e Equipamento Informático
- Circuito de Videovigilância
- Detectores de incêndio e extintores
- Edifício
- Desumidificador
- Rede de Comunicações
- Ar condicionado
- Sistema de Aquecimento Central
- Equipamento técnico (Restauração, Médico, Lavandaria, Fisioterapia, Cabeleireiro)
- Elevadores
- Gerador
- PT
- Mobiliário
- Carrinha

Estas infraestruturas encontram-se identificadas e cada uma possui uma ficha onde se registam todas as intervenções sofridas e o historial das mesmas.

A Manutenção necessária para assegurar a disponibilidade desta Infraestrutura é subcontratada a empresas da especialidade, de acordo com as regras definidas no **PR 5 - Gestão das Compras**.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor 6.3- Infraestrutura

A Infraestrutura de suporte aos processos do SGQ é constituída por:

- Software e Equipamento Informático
- Detectores de incêndio e extintores
- Edifício
- Rede de Comunicações
- Elevador
- Ar Condicionado localizado nas Salas de Estar
- Sistema de Aquecimento Central
- Equipamento técnico (Restauração, Médico...)
- Mobiliário

Estas infraestruturas encontram-se identificadas e cada uma possui uma ficha onde se registam todas as intervenções sofridas e o historial das mesmas.

A Manutenção necessária para assegurar a disponibilidade desta Infraestrutura é subcontratada a empresas da especialidade, de acordo com as regras definidas no **PR 02 - Gestão das Compras**.

6.4- Ambiente de Trabalho

*Deverão ser descritos os aspectos referentes ao ambiente de trabalho que sejam relevantes na actividade do Lar. A Higiene e limpeza, a remoção de resíduos contaminados, da área alimentar ou limpezas, são factores a considerar neste ponto.
O MQ deverá remeter para outra documentação específica (Processos, Instruções de Trabalho, Planos) destinada a manter o ambiente de trabalho da Organização em condições adequadas à actividade prestada.*

O ambiente de trabalho é o adequado para a prestação do Serviço de Lar de Idosos, tendo sido identificados como principais factores:

- Condições de higiene e limpeza;
- Gestão de resíduos;
- Desinfecção;
- Desinfestação;
- Higiene e segurança alimentar;
- Manutenção da temperatura de conforto.

A gestão das infra-estruturas e do ambiente de trabalho é suportada ainda nos seguintes documentos:

- PC 7.7 Serviços de Apoio;
- PS 6.2 Gestão de Infraestruturas;
- Manual de Boas Práticas da Área Alimentar;
- Instruções de Higiene e Limpeza;
- Plano Anual de Actividades do Lar.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

6.4- Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho é o adequado para a prestação do Serviço de Lar de Idosos, tendo sido identificados como principais factores:

- Condições de higiene e limpeza;
- Gestão de resíduos;
- Desinfecção;
- Desinfestação;
- Higiene e segurança alimentar;
- Manutenção da temperatura de conforto.

A gestão das infra-estruturas e do ambiente de trabalho é suportada ainda nos seguintes documentos:

- PC 7.7 Serviços de Apoio;
- PS 6.2 Gestão de Infraestruturas;
- Manual de Boas Práticas da Área Alimentar;
- Instruções de Higiene e Limpeza;
- Plano Anual de Actividades do LAR.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

6.4- Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho é o adequado para a prestação do Serviço de Lar de Idosos, tendo sido identificados como principais factores:

- Condições de higiene e limpeza;
- Gestão de resíduos;
- Desinfecção;
- Desinfestação;
- Higiene e segurança alimentar;
- Manutenção da temperatura de conforto.

A gestão das infra-estruturas e do ambiente de trabalho é suportada ainda nos seguintes documentos:

- PG 6.2 Gestão de Infraestruturas;
- Documentação associada às Boas Práticas da Área Alimentar;
- Instruções de Higiene e Limpeza;
- Plano Anual de Manutenção das Infraestruturas.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

6.4- Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho é o adequado para a prestação do Serviço de Lar, tendo sido identificados como principais factores:

- Condições de higiene e limpeza;
- Gestão de resíduos;
- Desinfecção;
- Desinfestação;
- Higiene e segurança alimentar;
- Manutenção da temperatura de conforto.

A gestão das infra-estruturas e do ambiente de trabalho é suportada ainda nos seguintes documentos:

- PC 7.7 Serviços de Apoio;
- PS 6.2 Gestão de Infraestruturas;
- Manual de Boas Práticas da Área Alimentar;
- Instruções de Higiene e Limpeza;
- Plano Anual de Actividades do LAR.

7. Execução das Actividades da Resposta Social Lar de Idosos

7.1- Planeamento da Realização das Actividades

O Lar planeia e desenvolve os processos Chave para a realização das actividades. O planeamento da realização destas actividades é consistente com os outros processos do SGQ, por exemplo, as regras instituídas quanto às competências dos colaboradores, as regras de compra ou de salvaguarda de dados.

No planeamento da realização das actividades o Lar determina:

- a) Objectivos da Qualidade (directamente resultantes da politica definida para a Organização e materializados no Planeamento em 5.4) e Requisitos da actividade (Âmbito e alcance das actividades definidas por cada processo chave, procedimentos e Instruções de trabalho)
- b) A necessidade de estabelecer regras documentadas e proporcionar os recursos materiais, humanos e de competências para a realização das actividades definidas.
- c) As actividades requeridas de monitorização das actividades descritas em cada processo chave ou outra documentação do SGQ.
- d) A salvaguarda de evidências, sob a forma de registos, em como as actividades desenvolvidas vão ao encontro do estabelecido pela Organização.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

7.1- Planeamento da Realização das Actividades

O CASEM planeia e desenvolve os processos Chave para a realização das actividades. O planeamento da realização destas actividades é consistente com os outros processos do SGQ, por exemplo, as regras instituídas quanto às competências dos colaboradores, as regras de compra ou de salvaguarda de dados.

No planeamento da realização das actividades o CASEM determina:

- a) Objectivos da Qualidade (directamente resultantes da Política de Gestão e materializados no Planeamento em 5.4) e Requisitos da actividade (Âmbito e alcance das actividades definidas por cada processo chave, procedimentos e Instruções de trabalho)
- b) A necessidade de estabelecer regras documentadas e proporcionar os recursos materiais, humanos e de competências para a realização das actividades definidas.
- c) As actividades requeridas de monitorização das actividades descritas em cada processo chave ou outra documentação do SGQ.
- d) A salvaguarda de evidências, sob a forma de registos, em como as actividades desenvolvidas vão ao encontro do estabelecido pelo CASEM.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda

7.1- Planeamento da Realização das Actividades

O LAR planeia e desenvolve os Processos Chave para a realização das actividades. O planeamento da realização destas actividades é consistente com os outros processos do SGQ, por exemplo, as regras instituídas quanto às competências dos colaboradores, as regras de compra ou de salvaguarda de dados.

No planeamento da realização das actividades o LAR determina:

- a) Objectivos da Qualidade (directamente resultantes da Política da Qualidade e materializados no Planeamento em 5.4) e Requisitos da actividade (Âmbito e alcance das actividades definidas por cada processo chave, procedimentos e Instruções de trabalho)
- b) A necessidade de estabelecer regras documentadas e proporcionar os recursos materiais, humanos e de competências para a realização das actividades definidas.
- c) As actividades requeridas de monitorização das actividades descritas em cada processo chave ou outra documentação do SGQ.
- d) A salvaguarda de evidências, sob a forma de registos, em como as actividades desenvolvidas vão ao encontro do estabelecido pelo LAR.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

7. Execução das Actividades da Resposta Social Lar de Idosos

7.1- Planeamento da Realização das Actividades

O Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor planeiam e desenvolvem os processos Chave para a realização das actividades. O planeamento da realização destas actividades é consistente com os outros processos do SGQ, por exemplo, as regras instituídas quanto às competências dos colaboradores, as regras de compra ou de salvaguarda de dados.

No planeamento da realização das actividades o Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor determinam:

- a) Objectivos da Qualidade (directamente resultantes da política definida para a Organização e materializados no Planeamento em 5.4) e Requisitos da actividade (âmbito e alcance das actividades definidas por cada processo chave, procedimentos e instruções de trabalho)
- b) A necessidade de estabelecer regras documentadas e proporcionar os recursos materiais, humanos e de competências para a realização das actividades definidas.
- c) As acções requeridas de monitorização das actividades descritas em cada processo chave ou outra documentação do SGQ.
- d) A salvaguarda de evidências, sob a forma de registos, em como as actividades desenvolvidas vão ao encontro do estabelecido pelo Lar Social D. João II e pelo Lar Residência Rainha D. Leonor.

7.2- Processos Relacionados com o Cliente/utente

*O Lar deverá avaliar as necessidades dos Clientes/utentes e averiguar da sua capacidade para dar resposta às mesmas antes de admitir os Cliente/Utentes, em função da tipologia de necessidades e da estrutura disponível, ao nível de recursos, meios de resposta e pessoal técnico no Lar.
Os Processos Chave de Candidatura, Admissão e Construção e Acompanhamento do PDI estão estruturados de modo a que as actividades de cada um dos processos tenham em consideração estes aspectos.*

Os processos relacionados com os Cliente/Utentes incluem as seguintes vertentes:

- Durante o contacto com o Cliente/Utente são identificadas as suas expectativas e necessidades (explícitas e implícitas). Para além destas são sempre considerados os requisitos estatutários e regulamentares.
- Os requisitos específicos de cada acordo celebrado com as diferentes entidades estão documentados nos respectivos Protocolos.

Estes requisitos são analisados pela Direcção e/ou Mesa Administrativa que decide sobre a capacidade do Lare em os satisfazer e analisa, por exemplo, a existência de vaga, a capacidade de resposta face às necessidades do Cliente/Utente (por exemplo, grau de dependência).

Para cada Processo Chave, estas actividades são descritas em pormenor no respectivo PC.

O desenvolvimento da actividade do Lar envolve o contacto com os Cliente/Utentes, família, outras partes interessadas e sociedade em geral. Os meios de comunicação externa utilizados pelo Lar estão definidos e integram:

Para a comunicação e informação com o Cliente/Utente, a tabela abaixo reúne uma série de exemplos que poderão ser adaptados de acordo com a realidade de cada Lar de Idosos.

Objectivo	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o Cliente/Utente são portadores do seguinte material de identificação (cores de batas?)	
Atendimento e actividades com impacto no Lar para o Cliente/Utente	Toda a actividade do Lar que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Cliente/Utentes está descrita sob a forma de processos chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Cliente/Utentes conforme aplicável.	PC 7.1 a PC 7.8
Informação disponível no Lar para o Cliente/Utente	Processo de Candidatura; Serviços disponíveis e respectivo preçário; Critérios de admissão e Priorização da candidatura; Metodologia de avaliação de necessidades; Protocolos; Contratos; Processo Individual; Plano de Desenvolvimento Individual; Horário de Atendimento.	MQ
Recolha de sugestões dos Cliente/Utentes	São utilizados os seguintes meios: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com Cliente/Utentes e familiares.	
Avaliação da satisfação dos Cliente/Utentes	Está definida a metodologia para avaliação periódica da satisfação dos Cliente/Utentes: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Cliente/Utente, questionários	
Reclamações	Está definida a metodologia para o tratamento de reclamações, que integra a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da recorrência.	Livro de Reclamações e PR 04 - Reclamações, NC's, Acções Correctivas e Preventivas

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

7.2- Processos Relacionados com o Cliente/utente

Os processos relacionados com os clientes/utentes incluem as seguintes vertentes:

- Durante o contacto com o utente são identificadas as suas expectativas e necessidades (explícitas e implícitas). Para além destas são sempre considerados os requisitos estatutários e regulamentares.
- Os requisitos específicos de cada acordo celebrado com as diferentes entidades estão documentados nos respectivos Protocolos.

Estes requisitos são analisados pela Direcção e/ou Mesa Administrativa que decide sobre a capacidade do CASEM em os satisfazer e analisa, por exemplo, a existência de vaga, a capacidade de resposta face às necessidades do cliente/utente (por exemplo, grau de dependência).

Para cada Processo Chave, estas actividades são descritas em pormenor no respectivo PC.

O desenvolvimento da actividade do CASEM envolve o contacto com os clientes/utentes, família, outras partes interessadas e sociedade em geral. Os meios de comunicação externa utilizados pelo CASEM estão definidos e integram:

Objectivo	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o Cliente/utente são portadores do seguinte material de identificação (código de cores da indumentaria e Crachás identificativos)	PRxx- Identificação dos Funcionários
Atendimento e actividades com impacto no Cliente/utente	Toda a actividade do CASEM que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/utentes está descrita sob a forma de processos chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Clientes/utentes conforme aplicável.	PC 7.1 a PC 7.8
Informação disponível no CASEM para o Cliente/utente	Processo de Candidatura; Serviços disponíveis e respectivo preço; Critérios de admissão e priorização da candidatura; Metodologia de avaliação de necessidades; Protocolos; Contratos; Processo Individual; Plano de Desenvolvimento Individual; Horário de Atendimento.	Manual de Gestão do Iar do CASEM
Recolha de sugestões dos Clientes/utentes	São utilizados os seguintes meios: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com Clientes/utentes e familiares.	PRxx-Avaliação da satisfação dos Clientes/utentes
Avaliação da satisfação dos Clientes/utentes	Está definida a metodologia para avaliação periódica da satisfação dos Clientes/utentes: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Utente, questionários	
Reclamações	Está definida a metodologia para o tratamento de reclamações, que integra a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da recorrência.	Livro de Reclamações e PR04- Reclamações, NC's, Acções Correctivas

		e Preventivas
--	--	----------------------

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

7.2- Processos Relacionados com o Cliente/utente

Os processos relacionados com os clientes/utentes incluem as seguintes vertentes:

- Durante o contacto com o cliente/utente são identificadas as suas expectativas e necessidades (explícitas e implícitas). Para além destas são sempre considerados os requisitos estatutários e regulamentares.
- Os requisitos específicos de cada acordo celebrado com as diferentes entidades estão documentados nos respectivos Protocolos.

Estes requisitos são analisados pela Mesa Administrativa que decide sobre a capacidade do Lar em os satisfazer e analisa, por exemplo, a existência de vaga, a capacidade de resposta face às necessidades do cliente/utente (por exemplo, grau de dependência).

Para cada Processo Chave, estas actividades são descritas em pormenor no respectivo PC.

O desenvolvimento da actividade do Lar envolve o contacto com os clientes/utentes, família, outras partes interessadas e sociedade em geral. Os meios de comunicação externa utilizados pelo Lar estão definidos e integram:

Objectivo	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o hóspede são portadores do seguinte material de identificação: cartão com fotografia e indumentária apropriada às funções desempenhadas (código de cores).	IT Identificação e Fardamento
Atendimento e actividades com impacto no Cliente/utente	Toda a actividade do Lar que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/utentes está descrita sob a forma de processos chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Clientes/utentes conforme aplicável.	PC 7.1 a PC 7.8
Informação sobre a Instituição	<i>Website</i> da SCMA, com informações sobre as diversas respostas sociais que a constituem.	
Informação disponível no Lar para o Cliente/utente	Processo de Candidatura; Serviços disponíveis e respectivo preço; Critérios de admissão e priorização da candidatura; Metodologia de avaliação de necessidades; Contratos; Plano de Desenvolvimento Individual; Horário de Atendimento.	Regulamento Interno (RI) Contrato
Recolha de sugestões dos Clientes/utentes	São utilizados os seguintes meios: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com Clientes/utentes e familiares; Comissão de Melhorias; Caixa de Sugestões.	MTZ
Avaliação da satisfação dos Clientes/utentes	Está definida a metodologia para avaliação periódica da satisfação dos Clientes/utentes: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Cliente/utente, questionários; Comissão de Melhorias	IT
Reclamações	Está definida a metodologia para o tratamento de reclamações, que integra a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à prevenção da recorrência.	Livro de Reclamações e IT

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

7.2- Processos Relacionados com o Cliente

Os processos relacionados com os Cliente/Utentes incluem as seguintes vertentes:

- Durante o contacto com o Cliente/Utente são identificadas as suas expectativas e necessidades (explícitas e implícitas). Para além destas são sempre considerados os requisitos estatutários e regulamentares.
- Os requisitos específicos de cada acordo celebrado com as diferentes entidades estão documentados nos respectivos Protocolos.

Estes requisitos são analisados pelo Director Técnico que avalia sobre a capacidade do LAR em os satisfazer e analisa, por exemplo, a existência de vaga, a capacidade de resposta face às necessidades do Cliente/Utente (por exemplo, grau de dependência). Compete à Mesa Administrativa decidir e aprovar a análise executada pelo Director Técnico do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor.

Para cada Processo Chave, estas actividades são descritas em pormenor no respectivo PC.

O desenvolvimento da actividade do LAR envolve o contacto com os Cliente/Utentes, família, outras partes interessadas e sociedade em geral. Os meios de comunicação externa utilizados pelo LAR estão definidos e integram:

Objectivo	Descrição	Documento de Suporte
Identificação dos Colaboradores	Os Colaboradores que contactam com o Cliente/Utente são portadores do seguinte material de identificação: <ul style="list-style-type: none">■ Recepção - farda composta por camisa e calça■ Cozinha - túnica axadrezada preto e branco, calça branca e touca■ LAV / AAD / TA - túnica e calça branca. No fardamento de Inverno a túnica tem a cor azul e no Verão axadrezado azul e branco	
Atendimento e actividades com impacto no Cliente/Utente	Toda a actividade do LAR que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Cliente/Utentes está descrita sob a forma de processos chave. Cada PC descreve as particularidades da informação e comunicação com os Cliente/Utentes conforme aplicável.	PC 7.1 a PC 7.8
Informação disponível no LAR para o Cliente/Utente	Processo de Candidatura; Serviços disponíveis e respectivo preço; Critérios de admissão e priorização da candidatura; Protocolos; Contratos; Processo Individual; Plano de Desenvolvimento Individual; Horário de Atendimento.	MQ e Regulamento Interno
Recolha de sugestões dos Cliente/Utentes	São utilizados os seguintes meios: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com Cliente/Utentes e familiares.	PR 04 e Questionários de Recolha de Sugestões
Avaliação da satisfação dos Cliente/Utentes	Está definida a metodologia para avaliação periódica da satisfação dos Cliente/Utentes: reuniões da Equipa Técnica, contacto directo com o Cliente/Utente, questionários	PR 04 e Questionários de Avaliação de Reclamações
Reclamações	Está definida a metodologia para o tratamento de reclamações, que integra a existência do Livro de Reclamações (de acordo com a legislação em vigor) e a implementação das acções correctivas necessárias à	Livro de Reclamações e PR 04 - Reclamações, NC's, Acções Correctivas e

7.3- Concepção e Desenvolvimento

O Lar de Idosos deve planejar e controlar a concepção e desenvolvimento dos serviços prestados.

Este processo deve consubstanciar as actividades de:

- *Planeamento da concepção e desenvolvimento;*
- *Entradas e saídas da concepção e desenvolvimento;*
- *Revisão, verificação e validação da concepção e desenvolvimento;*
- *Controlo das alterações na concepção e desenvolvimento.*

Assim, deverão ser estabelecidas etapas. Estas vão desde a identificação de uma necessidade de conceber ou alterar um serviço a prestar, à elaboração de uma proposta de desenvolvimento, sua avaliação e planeamento, validando-a, após a sua avaliação e revisão, assim como a definição de quaisquer alterações pretendidas na sequência da mesma.

A finalidade deste processo será a de garantir que os produtos que o Lar de Idosos concebe e desenvolve vão de encontro aos requisitos pretendidos.

O Lar prevê, no âmbito do seu SGQ, um processo de concepção e desenvolvimento dos serviços a criar e/ou alterar, de forma a garantir uma revisão constante dos mesmos no sentido da melhoria contínua.

Deste modo, está estabelecido o seguinte no que respeita a este processo:

- 1) Identificação da necessidade de desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (por qualquer colaborador);
- 2) Elaboração de proposta de projecto de desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (pela DT/RQ, sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço na área específica);
- 3) Avaliação de proposta de desenvolvimento (pela DT/RQ);
- 4) Planeamento do projecto de desenvolvimento (pela DT/RQ);
- 5) Aplicação da proposta elaborada no âmbito dos serviços prestados a título de teste (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 6) Revisão do projecto de desenvolvimento (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área);
- 7) Decisão acerca da utilidade/viabilidade da proposta (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área);
- 8) Validação da proposta de concepção (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 9) Introdução do projecto no âmbito dos serviços prestados (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 10) Avaliação na prática quotidiana das alterações introduzidas pela aplicação do projecto

concebido (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
11) Avaliação das alterações pretendidas após introdução a sua introdução.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

7.3- Concepção e Desenvolvimento

O Lar do CASEM planeia e controla a concepção e desenvolvimento dos serviços prestados.

Este processo consubstancia as actividades de:

- Planeamento da concepção e desenvolvimento;
- Entradas e saídas da concepção e desenvolvimento;
- Revisão, verificação e validação da concepção e desenvolvimento;
- Controlo das alterações na concepção e desenvolvimento.

Assim, são estabelecidas etapas; estas vão desde a identificação de uma necessidade de conceber ou alterar um serviço a prestar, à elaboração de uma proposta de desenvolvimento, sua avaliação e planeamento, validando-a, após a sua avaliação e revisão, assim como a definição de quaisquer alterações pretendidas na sequência da mesma.

A finalidade deste processo será a de garantir que os produtos que o Lar de Idosos concebe e desenvolve vão de encontro aos requisitos pretendidos.

O Lar do CASEM, prevê, no âmbito do seu SGQ, um processo de concepção e desenvolvimento dos serviços a criar e/ou alterar, por forma a garantir uma revisão constante dos mesmos no sentido da melhoria contínua.

Deste modo, está estabelecido o seguinte no que respeita a este processo:

- 1) Identificação da necessidade de desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (por qualquer colaborador);
- 2) Elaboração de proposta de projecto de desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (pela DT/RQ, sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço na área específica);
- 3) Avaliação de proposta de desenvolvimento (pela DT/RQ);
- 4) Planeamento do projecto de desenvolvimento (pela DT/RQ);
- 5) Aplicação da proposta elaborada no âmbito dos serviços prestados a título de teste (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 6) Revisão do projecto de desenvolvimento (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área);
- 7) Decisão acerca da utilidade/viabilidade da proposta (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área);
- 8) Validação da proposta de concepção (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 9) Introdução do projecto no âmbito dos serviços prestados (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 10) Avaliação na prática quotidiana das alterações introduzidas pela aplicação do projecto concebido (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);

11) Avaliação das alterações pretendidas após introdução a sua introdução.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

O Lar de Idosos planeia e controla a concepção e desenvolvimento dos serviços prestados.

Este processo consubstancia as actividades de:

- Planeamento da concepção e desenvolvimento;
- Entradas e saídas da concepção e desenvolvimento;
- Revisão, verificação e validação da concepção e desenvolvimento;
- Controlo das alterações na concepção e desenvolvimento.

Assim, são estabelecidas etapas; estas vão desde a identificação de uma necessidade de conceber ou alterar um serviço a prestar, à elaboração de uma proposta de desenvolvimento, sua avaliação e planeamento, validando-a, após a sua avaliação e revisão, assim como a definição de quaisquer alterações pretendidas na sequência da mesma.

A finalidade deste processo será a de garantir que os produtos que o Lar de Idosos concebe e desenvolve vão de encontro aos requisitos pretendidos.

O Lar Madame Breda prevê, no âmbito do seu SGQ, um processo de concepção e desenvolvimento dos serviços a criar e/ou alterar, por forma a garantir uma revisão constante dos mesmos no sentido da melhoria contínua.

Deste modo, está estabelecido o seguinte no que respeita a este processo:

- 1) Identificação da necessidade de concepção e desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (por qualquer colaborador);
- 2) Elaboração de proposta de projecto de concepção e desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (pela DT/RQ, sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço na área específica);
- 3) Avaliação de proposta de concepção e desenvolvimento (pela MA/DIR/RQ e decisão acerca da utilidade/viabilidade da proposta (pela MA sempre em articulação com a DIR);
- 4) Planeamento do projecto de concepção e desenvolvimento (pela MA/DIR/RQ);
- 5) Aplicação da proposta elaborada no âmbito dos serviços prestados a título de teste (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 6) Revisão do projecto de concepção e desenvolvimento (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área);
- 7) Verificação dos resultados do teste de modo a avaliar se cumpriu os requisitos do projecto de concepção e desenvolvimento (pela MA sempre em articulação com a DIR);
- 8) Validação projecto de concepção e desenvolvimento por despacho da MA;
- 9) Introdução do projecto no âmbito dos serviços prestados (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DIR/RQ);
- 10) Avaliação na prática quotidiana das alterações introduzidas pela aplicação do projecto concebido (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DIR/RQ);

11) Avaliação e controlo das alterações ao projecto (pelos DIR/RQ).

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

7.3- Concepção e Desenvolvimento

O Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor prevêem, no âmbito do seu SGQ, um processo de concepção e desenvolvimento dos serviços a criar e/ou alterar, de forma a garantir uma revisão constante dos mesmos no sentido da melhoria contínua.

Deste modo, está estabelecido o seguinte no que respeita a este processo:

- 1) Identificação da necessidade de desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (por qualquer colaborador);
- 2) Elaboração de proposta de projecto de desenvolvimento de um novo serviço ou alteração de um já existente (pelo DT em colaboração com o RQ, e sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço na área específica);
- 3) Avaliação de proposta de desenvolvimento (pelo DT/RQ);
- 4) Planeamento do projecto de desenvolvimento (pelo DT/RQ);
- 5) Aplicação da proposta elaborada no âmbito dos serviços prestados a título de teste (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 6) Revisão do projecto de desenvolvimento (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área);

- 7) Decisão acerca da utilidade/viabilidade da proposta (pelos DT/RQ sempre em articulação com os colaboradores que prestam serviço directo na área), com a aceitação da Mesa Administrativa;
- 8) Validação da proposta de concepção (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 9) Introdução do projecto no âmbito dos serviços prestados (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ), com a aprovação da Mesa Administrativa;
- 10) Avaliação na prática quotidiana das alterações introduzidas pela aplicação do projecto concebido (colaboradores que prestam serviço na área específica com apoio dos DT/RQ);
- 11) Avaliação das alterações pretendidas após introdução a sua introdução.

7.4- Compras

Os fornecedores são considerados parceiros determinantes para a qualidade do serviço a prestar. Assim, os fornecedores de bens e serviços devem ser seleccionados, aprovados e avaliados de acordo com a sua capacidade para cumprir com os requisitos do Lar.

O controlo a exercer sobre os fornecedores deve ser definido proporcionalmente ao impacto que o bem ou serviço terá no cliente/utente, por exemplo, os fornecedores de partes integrantes dos Processos devem ser considerados Críticos e deve ser proporcionada evidência de que os mesmos cumprem com os requisitos definidos pelo Lar, por exemplo através do estabelecimento de contratos e acordos da qualidade de fornecimento.

Todos os aspectos relacionados com as compras devem ser descritos num Procedimento para o qual o MQ remete (Gestão das Compras) de forma a assegurar continuamente a qualificação dos fornecedores.

O processo de compras inclui 3 vertentes:

- Avaliar e seleccionar Fornecedores, bem como qualificar os fornecedores através da avaliação contínua da sua prestação
- Informar o Fornecedor sobre os requisitos do produto encomendado
- Verificar (através de inspecções e ensaios) se o produto comprado cumpre os requisitos especificados

As compras são realizadas de acordo com o estabelecido no **PR 02 - Gestão das Compras**.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esgosende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

7.4- Compras para o funcionamento do CASEM

O processo de compras inclui 3 vertentes:

- Avaliar e seleccionar Fornecedores, bem como qualificar os fornecedores através da avaliação contínua da sua prestação
- Informar o Fornecedor sobre os requisitos do produto encomendado
- Verificar (através de inspecções e ensaios) se o produto comprado cumpre os requisitos especificados

As compras são realizadas de acordo com o estabelecido no **PR 02- Gestão das Compras**.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

7.4- Compras

O processo de compras inclui 3 vertentes:

- Avaliar e seleccionar Fornecedores, bem como qualificar os fornecedores através da avaliação contínua da sua prestação
- Informar o Fornecedor sobre os requisitos do produto encomendado
- Verificar (através de inspecções e ensaios) se o produto comprado cumpre os requisitos especificados

As compras são realizadas de acordo com o estabelecido no **PR 5 - Gestão das Compras**.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

7.4- Compras

O processo de compras inclui 3 vertentes:

- Avaliar e seleccionar Fornecedores, bem como qualificar os fornecedores através da avaliação contínua da sua prestação
- Informar o Fornecedor sobre os requisitos do produto encomendado
- Verificar (através de inspecções e ensaios) se o produto comprado cumpre os requisitos especificados

As compras são realizadas de acordo com o estabelecido no **PR 02 - Gestão das Compras**.

7.5- Prestação do Serviço da Resposta Social Lar de Idosos

Controlo da Prestação do Serviço

Seguidamente estão descritos os requisitos para que os processos-chave sejam conduzidos sob condições controladas, fazendo referência, por exemplo, às Instruções de Trabalho associadas aos processos e que descrevem pormenorizadamente o modo de proceder para a execução de cada actividade. São ainda referidas as actividades de monitorização e medição, bem como o acompanhamento dos Indicadores de Desempenho, Auditorias Internas, Acções Correctivas e Acções Preventivas de forma a promover a melhoria contínua do SGQ.

A actividade do Lar é realizada sob condições controladas destinadas a garantir a Vida no Lar de Idosos de acordo com as necessidades e expectativas de Cliente/Utentes e Familiares. Estas condições controladas abrangem:

- Âmbito e abrangência do Serviço da Resposta social Lar de Idosos, descrito neste MQ;
- Documentos que suportam as boas práticas e regras de actuação da Organização, com sistema de controlo definido;
- Infraestrutura e equipamentos adequados à actividade da Resposta social;
- Utilização de Dispositivos de Monitorização e Medição sempre que destes resulte valor para a actividade desenvolvida;
- Implementação de actividades de Monitorização e Medição do Sistema de Gestão da Qualidade, Processos, Produtos e Serviços;
- Acompanhamento regular do Serviço prestado pelo Lar.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Controlo da Prestação do Serviço

A actividade do Lar é realizada sob condições controladas destinadas a garantir a Vida no Lar de Idosos de acordo com as necessidades e expectativas de Utentes e Familiares. Estas condições controladas abrangem:

- Âmbito e abrangência do Serviço da Resposta Social Lar de Idosos, descrito neste Manual de Gestão;
- Documentos que suportam as boas práticas e regras de actuação da Organização, com sistema de controlo definido;
- Infraestrutura e equipamentos adequados à actividade da Resposta Social;
- Utilização de Dispositivos de Monitorização e Medição sempre que destes resulte valor para a actividade desenvolvida;
- Implementação de actividades de Monitorização e Medição do Sistema de Gestão da Qualidade, Processos, Produtos e Serviços;
- Acompanhamento regular do Serviço prestado pelo Lar.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Controlo da Prestação do Serviço

A actividade do Lar é realizada sob condições controladas destinadas a garantir a Vida no Lar de Idosos de acordo com as necessidades e expectativas de Clientes/utentes e Familiares. Estas condições controladas abrangem:

- Âmbito e abrangência do Serviço da resposta social Lar de Idosos, descrito neste MQ;
- Documentos que orientam as boas práticas e regras de actuação do Lar, com sistema de controlo definido;
- Infraestrutura e equipamentos adequados à actividade da resposta social, assegurando o bom funcionamento dos mesmos;
- Utilização de Dispositivos de Monitorização e Medição sempre que destes resulte valor para a actividade desenvolvida;
- Implementação de actividades de Monitorização e Medição do Sistema de Gestão da Qualidade, Processos, Produtos e Serviços;
- Acompanhamento regular do Serviço prestado pelo Lar.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

7.5- Prestação do Serviço da Resposta Social Lar de Idosos

Controlo da Prestação do Serviço

A actividade do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor é realizada sob condições controladas destinadas a garantir a Vida no LAR de acordo com as necessidades e expectativas de Cliente/Utentes e Familiares. Estas condições controladas abrangem:

- Âmbito e abrangência do Serviço da Resposta Social Lar de Idosos, descrito neste MQ;
- Documentos que suportam as boas práticas e regras de actuação da SCMP, do Lar Social D. João II e do Lar Residência Rainha D. Leonor, com sistema de controlo definido;
- Infraestrutura e equipamentos adequados à actividade da Resposta Social;
- Utilização de Dispositivos de Monitorização e Medição sempre que destes resulte valor para a actividade desenvolvida;
- Implementação de actividades de Monitorização e Medição do Sistema de Gestão da Qualidade, Processos, Produtos e Serviços;
- Acompanhamento regular do Serviço prestado pelo Lar.

Validação de Processos

Os processos cujos produtos não podem ser verificados antes de serem entregues aos clientes/utentes e utilizados por estes, devem ser alvo de validação de forma a assegurar que estão aptos a atingir os resultados. Os processos de preparação de alimentos e de prestação de alguns serviços, como por exemplo os cuidados de saúde, enquadram-se neste conceito, pois as deficiências só serão detectadas após a prestação dos serviços aos clientes/utentes. Assim, é determinante assegurar previamente as condições nas quais estes processos devem decorrer, de forma a atingirem os resultados.

Considera-se que a validação de Processos é aplicável no Lar a:

- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.6 Cuidados de Saúde

porque a sua saída não pode ser verificada e assim, quaisquer problemas ou deficiências apenas se manifestam após o produto estar em utilização (no caso das refeições preparadas no Lar) ou o serviço ter sido prestado (no caso dos cuidados de saúde).

Para assegurar que estes processos estão aptos para atingir os resultados, o Lar implementou as seguintes acções:

- Os colaboradores intervenientes nestes processos possuem a competência necessária;
- Existe um plano de formação que assegura continuamente a actualização dos colaboradores;
- Estão disponíveis documentos de suporte à execução das actividades;
- Onde aplicável estão implementadas as actividades de monitorização e medição (por exemplo para a Área alimentar são mantidas as Amostras de Testemunho);
- São mantidos os registos das actividades desenvolvidas (por exemplo Terapêutica e Ficha Médica);
- Todos os Cliente/Utentes do Lar são periodicamente acompanhados pela Equipa Técnica e toda a evolução do seu estado é monitorizada e registada.

Para além das acções supra descritas todos os processos são alvo de auditorias internas de forma a verificar e demonstrar a aptidão dos mesmos para atingir os resultados planeados.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esposende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Validação de Processos

Considera-se que a validação de Processos é aplicável no CASEM a:

- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.6 Cuidados de Saúde

porque a sua saída não pode ser verificada e assim, quaisquer problemas ou deficiências apenas se manifestam após o produto estar em utilização (no caso das refeições) ou o serviço ter sido prestado (no caso dos cuidados de saúde).

Para assegurar que estes processos estão aptos para atingir os resultados, o CASEM implementou as seguintes acções:

- Os colaboradores intervenientes nestes processos possuem a competência necessária;
- Existe um plano de formação que assegura continuamente a actualização dos colaboradores;
- Estão disponíveis documentos de suporte à execução das actividades;
- São mantidos os registos das actividades desenvolvidas (por exemplo Terapêutica e Ficha Médica);
- Todos os clientes/utentes do CASEM são periodicamente acompanhados pela Equipa Técnica e toda a evolução do seu estado é monitorizada e registada.

Para além das acções supra descritas todos os processos são alvo de auditorias internas de forma a verificar e demonstrar a aptidão dos mesmos para atingir os resultados planeados.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Validação de Processos

Considera-se que a validação de Processos é aplicável no Lar a:

- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.6 Cuidados de Saúde

porque a sua saída não pode ser verificada e assim, quaisquer problemas ou deficiências apenas se manifestam após o produto estar em utilização (no caso das refeições preparadas no Lar) ou o serviço ter sido prestado (no caso dos cuidados de saúde).

Para assegurar que estes processos estão aptos para atingir os resultados, o Lar implementou as seguintes acções:

- Os colaboradores intervenientes nestes processos possuem a competência necessária;
- Existe um plano de formação que assegura continuamente a actualização dos colaboradores;
- Estão disponíveis documentos de suporte à execução das actividades;
- Onde aplicável estão implementadas as actividades de monitorização e medição (por exemplo para a Área alimentar são mantidas as Amostras de Testemunho);
- São mantidos os registos das actividades desenvolvidas (por exemplo Terapêutica e Ficha Médica);
- Todos os clientes/utentes do Lar são periodicamente acompanhados pela Equipa Técnica e toda a evolução do seu estado é monitorizada e registada.

Para além das acções supra descritas todos os processos são alvo de auditorias internas de forma a verificar e demonstrar a aptidão dos mesmos para atingir os resultados planeados.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

Validação de Processos

Considera-se que a validação de Processos é aplicável no LAR aos processos-chave como por exemplo:

- PC 7.4 Nutrição e Alimentação
- PC 7.6 Cuidados de Saúde

porque a sua saída não pode ser verificada e assim, quaisquer problemas ou deficiências apenas se manifestam após o produto estar em utilização (no caso das refeições preparadas no LAR) ou o serviço ter sido prestado (no caso dos cuidados de saúde).

Para assegurar que estes processos estão aptos para atingir os resultados, o Lar Social D. João II e o Lar Residência Rainha D. Leonor implementaram as seguintes acções:

- Os colaboradores intervenientes nestes processos possuem a competência necessária;
- Existe um plano de formação que assegura continuamente a actualização dos colaboradores;
- Estão disponíveis documentos de suporte à execução das actividades;
- Onde aplicável estão implementadas as actividades de monitorização e medição (por exemplo para a Área alimentar são mantidas as Amostras de Testemunho);
- São mantidos os registos das actividades desenvolvidas (por exemplo Terapêutica e Ficha Médica);
- Todos os Cliente/Utentes do LAR são periodicamente acompanhados pela Equipa Técnica e toda a evolução do seu estado é monitorizada e registada.

Para além das acções supra descritas todos os processos são alvo de auditorias internas de forma a verificar e demonstrar a aptidão dos mesmos para atingir os resultados planeados.

Identificação e Rastreabilidade

É importante manter a identificação dos produtos utilizados no Lar, de forma a preservar a sua identidade, proporcionar um armazenamento mais cuidado e contribuir para a sua preservação. Os medicamentos e os produtos alimentares são identificados pelos fabricantes através de nº de lote e validade; manter estes produtos nas suas embalagens originais assegura a correcta identificação dos mesmos durante a utilização no Lar.

Considera-se rastreabilidade como a capacidade de seguir o percurso de um produto ou serviço desde o seu início até o seu termo. É aplicável ao produto ou às suas partes constituintes e é assegurada através do conjunto de registos.

A identificação dos produtos associados à prestação do Serviço de Lar de Idosos é assegurada pela identificação atribuída pelos respectivos fabricantes e mantida dentro da embalagem original para assegurar correcta utilização.

É através desta identificação que os produtos são conhecidos e armazenados.

Os diferentes estados de conformidade dos produtos são identificados no Lar.

A rastreabilidade de produtos e serviços é conseguida através da análise dos registos.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esgosende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Identificação e Rastreabilidade

A identificação dos produtos associados à prestação do Serviço de Lar de Idosos é assegurada pela identificação atribuída pelos respectivos fabricantes e mantida dentro da embalagem original para assegurar correcta utilização.

É através desta identificação que os produtos são conhecidos e armazenados.

Os diferentes estados de conformidade dos produtos são identificados no CASEM.

A rastreabilidade de produtos e serviços é conseguida através da análise dos registos.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Identificação e Rastreabilidade

A identificação dos produtos associados à prestação do Serviço de Lar de Idosos é assegurada pela identificação atribuída pelos respectivos fabricantes e mantida dentro da embalagem original para assegurar correcta utilização.

É através desta identificação que os produtos são conhecidos e armazenados.

Os diferentes estados de conformidade dos produtos são identificados no Lar.

A rastreabilidade de produtos e serviços é conseguida através da análise dos registos.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

Identificação e Rastreabilidade

A identificação dos produtos associados à prestação do Serviço de Lar de Idosos é assegurada pela identificação atribuída pelos respectivos fabricantes e mantida dentro da embalagem original para assegurar correcta utilização.

É através desta identificação que os produtos são conhecidos e armazenados.

Os diferentes estados de conformidade dos produtos são identificados no LAR.

A rastreabilidade de produtos e serviços é conseguida através da análise dos registos.

Propriedade do Cliente/utente

O conceito de propriedade do cliente/utente referido na ISO 9001 abrange todos os produtos pertença dos Cliente/Utentes e que serão utilizados pelo Lar na prestação dos serviços.

Este conceito é aplicável a diversos aspectos da actividade do Lar, nomeadamente, bens pessoais, medicação e outros pertences dos Cliente/Utentes, inclusive dados pessoais e toda a informação sobre o Cliente/Utente que o Lar deve tratar sob confidencialidade.

Consideram-se propriedade do Cliente/Utente todos os produtos de sua pertença que o acompanham na Admissão e todos aqueles que posteriormente venham a ser entregues no Lar.

O Lar verifica, identifica e salvaguarda a propriedade do Cliente/Utente.

Produtos entregues pelos Cliente/Utentes no Lar:

- Medicamentos, que devem ser mantidos dentro das embalagens e estar identificados com o nome do Cliente/Utente;
- Toda a informação do Cliente/Utente é tratada pelo Lar de forma a assegurar a confidencialidade;
- A propriedade dos Cliente/Utentes (valores, objectos pessoais, enxoval, consumíveis) é identificada e conservada por forma a garantir a sua correcta utilização.

Qualquer dano ou extravio de produtos propriedade do Cliente/Utente são imediatamente comunicados ao mesmo e ao responsável pelo Cliente/Utente.

O Lar assegura a confidencialidade sobre os dados pessoais dos seus Cliente/Utentes.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esmosende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Propriedade do Cliente/utente

Consideram-se propriedade do cliente/utente todos os produtos de sua pertença que o acompanham na Admissão e todos aqueles que posteriormente venham a ser entregues no CASEM.

O Lar do CASEM verifica, identifica e salvaguarda a propriedade do cliente/utente.

São considerados:

- Medicamentos, que devem ser mantidos dentro das embalagens e estar identificados com o nome do cliente/utente;
- Toda a informação do cliente/utente é tratada pelo CASEM de forma a assegurar a confidencialidade;
- A propriedade dos clientes/utentes (valores, objectos pessoais, enxoval, consumíveis) é identificada e conservada por forma a garantir a sua correcta utilização.

Qualquer dano ou extravio de produtos propriedade do cliente/utente são imediatamente comunicados ao mesmo e ao responsável pelo cliente/utente.

O Lar assegura a confidencialidade sobre os dados pessoais dos seus clientes/utentes.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Propriedade do Cliente/utente

Consideram-se propriedade do cliente/utente todos os produtos de sua pertença que o acompanham na Admissão e todos aqueles que posteriormente venham a ser entregues no Lar.

O Lar Madame Breda verifica, identifica e salvaguarda a propriedade do cliente/utente.

Produtos entregues pelos clientes/utentes no Lar:

- Medicamentos, que devem ser mantidos dentro das embalagens e estar identificados com o nome do cliente/utente;
- Toda a informação do cliente/utente é tratada pelo Lar de forma a assegurar a confidencialidade;
- A propriedade dos clientes/utentes (valores, objectos pessoais, enxoval, consumíveis) é identificada e conservada por forma a garantir a sua correcta utilização.

Qualquer dano ou extravio de produtos propriedade do cliente/utente são imediatamente comunicados ao mesmo e ao responsável pelo hóspede.

O Lar assegura a confidencialidade sobre os dados pessoais dos seus clientes/utentes.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

Propriedade do Cliente/utente

Consideram-se propriedade do Cliente/Utente todos os produtos de sua pertença que o acompanham na Admissão e todos aqueles que posteriormente venham a ser entregues no LAR.

O LAR verifica, identifica e salvaguarda a propriedade do Cliente/Utente.

Produtos entregues pelos Cliente/Utentes no LAR:

- Medicamentos, que devem ser mantidos dentro das embalagens e estar identificados com o nome do Cliente/Utente;
- Toda a informação do Cliente/Utente é tratada pelo LAR de forma a assegurar a confidencialidade;
- A propriedade dos Cliente/Utentes (valores, objectos pessoais, enxoval, consumíveis) é identificada e conservada por forma a garantir a sua correcta utilização.

Qualquer dano ou extravio de produtos propriedade do Cliente/Utente são imediatamente comunicados ao mesmo e ao responsável pelo Cliente/Utente.

O Lar assegura a confidencialidade sobre os dados pessoais dos seus Cliente/Utentes.

Preservação do Produto

Entende-se por preservação o assegurar de um conjunto de condições para que os produtos (e que incluem os produtos/partes constituintes dos serviços) sejam mantidos nas condições adequadas à sua utilização.

Este requisito da norma ISO 9001 está interligado com outros requisitos, por exemplo a manutenção das condições do ambiente de trabalho e a correcta identificação dos produtos.

Para implementar a preservação do produto no Lar, devem ser elaboradas Instruções de Trabalho que descrevam os cuidados a ter no manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção dos produtos utilizados na prestação dos serviços.

A preservação dos produtos no Lar é assegurada por condições de armazenamento que respeitem as condições requeridas pelos produtos, incluindo quando aplicável o armazenamento em frio.

O Lar tem procedimentos implementados que definem os critérios de arrumação dos produtos alimentares, medicamentos e consumíveis com zonas de armazenagem diferenciadas e identificadas, com regras de rotação de stocks segundo os prazos de validade e as datas de aquisição. Procedem-se ainda à verificação periódica dos stocks para avaliar a deterioração e/ou o término do prazo de validade de qualquer produto mantido em armazém, Boas Práticas na Área Alimentar, desinfestações, higiene e limpeza.

EXEMPLO A

Santa Casa da Misericórdia de Esgosende - CASEM - Centro de Acção Social Ernestino Miranda

Preservação do Produto

A preservação dos produtos no Lar do CASEM é assegurada por condições de armazenamento que respeitem as condições requeridas pelos produtos, incluindo quando aplicável o armazenamento em frio.

O CASEM tem procedimentos implementados que definem os critérios de arrumação dos produtos alimentares, medicamentos e consumíveis com zonas de armazenagem diferenciadas e identificadas, com regras de rotação de stocks segundo os prazos de validade e as datas de aquisição. Procede-se ainda à verificação periódica dos stocks para avaliar a deterioração e/ou o término do prazo de validade de qualquer produto mantido em armazém, Boas Práticas na Área Alimentar, desinfestações, higiene e limpeza.

EXEMPLO B

Santa Casa da Misericórdia De Águeda - Casa de Repouso Dr António Breda e D. Lea Breda.

Preservação do Produto

A preservação dos produtos no Lar é assegurada por condições de armazenamento que respeitem as condições requeridas pelos produtos, incluindo quando aplicável o armazenamento em frio.

O Lar tem procedimentos implementados que definem os critérios de arrumação dos produtos alimentares, medicamentos e consumíveis com zonas de armazenagem diferenciadas e identificadas, com regras de rotação de stocks segundo os prazos de validade e as datas de aquisição. Procede-se ainda à verificação periódica dos stocks para avaliar a deterioração e/ou o término do prazo de validade de qualquer produto mantido em armazém, Boas Práticas na Área Alimentar, desinfestações, higiene e limpeza.

EXEMPLO C

Santa Casa da Misericórdia de Portimão - Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor

Preservação do Produto

A preservação dos produtos no Lar Social D. João II e no Lar Residência Rainha D. Leonor é assegurada por condições de armazenamento que respeitam as requeridas pelos produtos, incluindo quando aplicável o armazenamento em frio.

O LAR tem procedimentos implementados que definem os critérios de arrumação dos produtos alimentares, medicamentos e consumíveis com zonas de armazenagem diferenciadas e identificadas, com regras de rotação de stocks segundo os prazos de validade. Procede-se ainda à verificação periódica dos stocks para avaliar a deterioração e/ou o término do prazo de validade de qualquer produto mantido em armazém, Boas Práticas na Área Alimentar, desinfestações, higiene e limpeza.

7.6- Controlo dos Dispositivos de Monitorização e Medição (DMM)

*São considerados DMM's todos os equipamentos que fornecem resultados de medições relativos aos serviços prestados pelo Lar de Idosos, que afectam a conformidade do serviço.
Os DMM's deverão ser verificados e/ou calibrados por laboratórios acreditados para o efeito e que assegurem a utilização de padrões rastreáveis a padrões internacionais.*

Os DMM do Lar sujeitos a calibração e/ou verificação periódica são controlados de acordo com as regras definidas no **PR 05- Controlo dos Dispositivos de Monitorização e Medição**.

(Este capítulo é comum aos EXEMPLOS A, B e C, pelo que apresentamos unicamente o texto acima).

8. Medição, Análise e Melhoria

Neste capítulo, são referenciados os requisitos indispensáveis à avaliação do SGQ e à sua melhoria contínua. Os requisitos prendem-se com a análise de Não conformidades e sua correcção, as Auditorias Internas a efectuar ao SGQ bem como as Acções Correctivas, Acções Preventivas e de Melhoria que irão potenciar a melhoria.

A melhoria do SGQ é conseguida através da monitorização (por exemplo com a implementação de um programa de auditorias internas anual), da análise de dados e da consequente informação obtida. As acções necessárias, correctivas, preventivas ou de melhoria são efectuadas de acordo com o exposto no **PS 8 - Medição Análise e Melhoria**.

8.1- Generalidades

As actividades de monitorização e medição são realizadas com o objectivo de:

- Demonstrar a conformidade do serviço prestado;
- Assegurar a conformidade do SGQ;
- Melhorar continuamente a eficácia do SGQ.

Os Processos Chave são submetidos a monitorização e medição com objectivos e indicadores de desempenho definidos.

Os processos de suporte são monitorizados através das auditorias internas de acordo com programa estabelecido anualmente.

8.2- Monitorização e Medição

Monitorizar o SGQ contempla o conjunto de actividades destinadas a acompanhar o desempenho de processos, produtos e do SGQ na sua globalidade.

São exemplo das actividades de análise e monitorização, a avaliação da satisfação dos Cliente/Utentes, as auditorias e a análise de dados gerados no funcionamento do SGQ.

Uma das actividades de monitorização e medição contempla a avaliação da satisfação dos Cliente/Utentes. Esta medição é realizada através do tratamento de sugestões, reclamações e entrevistas com os Cliente/Utentes e famílias.

O Lar efectua auditorias internas ao seu SGQ, de acordo com o programa de auditorias internas estabelecido, segundo o procedimento **PR 06 - Auditorias Internas**.

A monitorização e medição de processos é aplicada de forma a assegurar que cada processo define

os controlos necessários a executar durante o desenvolvimento das actividades.

Este controlo destina-se a garantir que os processos são capazes de atingir os resultados esperados. Se tal não suceder são lançadas as correcções e acções correctivas aplicáveis.

A monitorização e medição do serviço prestado aplica-se às saídas dos processos - chave, e é efectuada de acordo com as orientações definidas nos PC's.

São também efectuadas inspecções de recepção aos produtos comprados de forma a assegurar a sua conformidade.

Esta monitorização e medição tem por objectivo verificar se os produtos cumprem os requisitos exigidos. São mantidos registos que evidenciam a conformidade do produto.

8.3- Controlo das não conformidades

A seguir o MQ refere o tratamento a dar às não conformidades.

Considera - se não conformidade a não satisfação de um requisito do sistema, seja ele normativo, legislativo ou requisito do Cliente/Utente.

Também são consideradas não conformidades aquelas com origem nos fornecedores, produtos considerados não conformes e outras não conformidades internas decorrentes da actividade do Lar.

A ocorrência de não conformidades no serviço prestado pelo lar aos seus Clientes/Utentes (Ex, falhas na prestação dos cuidados definidos, reclamações fundamentadas) ou a identificação de produtos que não cumpram com os requisitos (Ex: Produtos/bens com validade expirada, ou de diferente especificação em situações de compra) são objecto de registo e correcção de acordo com o procedimento **PR 04 - Reclamações, Não-Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

8.4- Análise dos Dados

Os dados a recolher e analisar estão definidos na Matriz Global de Gestão, que agrupa todo o conjunto de indicadores e do estado do conhecimento actual sobre os resultados de desempenho que o Lar está a alcançar.

A análise dos dados deve ser realizada com responsabilidades e periodicidade definidas para que sejam tomadas as acções necessárias face a desvios na concretização dos resultados planeados.

A implementação do sistema de gestão da qualidade culmina com a criação desta cultura de medição dos resultados de forma sistemática através do ciclo PDCA:

- *Planear*
- *Executar*
- *Controlar os resultados e*
- *Tomar as acções adequadas face aos resultados,*

sendo este o caminho para a melhoria contínua de acordo com o modelo postulado por Deming.

O Lar obtém informação sobre a Qualidade através da recolha e tratamento de dados de forma a avaliar e melhorar continuamente os seus serviços, processos e SGQ.

A análise dos dados resultantes da avaliação do SGQ, da avaliação do desempenho de fornecedores, da medição da satisfação dos Cliente/Utentes, da monitorização e medição de produtos e processos, do tratamento e análise dos indicadores de desempenho) é efectuada de acordo com a Matriz Global de Gestão.

8.5- Melhoria

A Misericórdia deve demonstrar que promove a melhoria contínua do Sistema de Gestão implementado. Essa melhoria tem por base a análise da eficácia, da avaliação da política para a qualidade em vigor, dos objectivos inicialmente propostos, dos resultados decorrentes das auditorias (internas ou externas), e de todo o conjunto de informação decorrente de actividades correctivas, preventivas ou de melhoria.

De acordo com o capítulo 8.3., o tratamento de uma não conformidade pressupõe uma acção imediata de forma a corrigi-la (correção).

Podem ser necessárias acções mais aprofundadas que incluem a identificação e eliminação das causas da não conformidade para prevenir a sua repetição (acções correctivas).

Para as potenciais não conformidades ou outras potenciais situações indesejáveis, a melhoria está assente nas acções preventivas: identificação e eliminação das causas das potenciais não conformidades para prevenir a sua ocorrência.

Neste capítulo o MQ remete para um procedimento documentado onde são descritas todas as actividades relacionadas com a identificação, registo e tratamento das não conformidades.

O Lar melhora continuamente o desempenho do SGQ, tendo como orientação de base a visão estratégica da Santa Casa da Misericórdia, a Política da Qualidade, os Objectivos da Qualidade, os resultados das auditorias, a análise de dados e a Revisão pela Gestão.

O processo de melhoria contínua no Lar tem como principais objectivos:

- Introduzir melhorias internas na organização do Lar, nos aspectos físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos Cliente/Utentes e meio envolvente;
- Melhorar os métodos de trabalho;
- Melhorar continuamente o Sistema de Gestão da Qualidade.

No âmbito da revisão anual ao SGQ, para além da análise dos dados referidos acima, são solicitadas aos colaboradores sugestões para a melhoria do mesmo. A Direcção identifica as oportunidades de melhoria e define os respectivos projectos a serem implementados.

Para as não conformidades detectadas e de acordo com o seu impacto e gravidade são identificadas as causas e lançadas acções correctivas, por forma a evitar a sua recorrência.

Através da monitorização e medição dos processos e da análise de dados são identificados potenciais problemas a evitar, através de acções preventivas. As acções preventivas são implementadas no Lar com o objectivo de prevenir a ocorrência destas potenciais situações indesejáveis.

As Acções Correctivas ou Acções Preventivas são implementadas no Lar conforme estabelecido no procedimento **PR 04 - Reclamações, Não-Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas**.

(Este capítulo é comum aos EXEMPLOS A, B e C, pelo que apresentamos unicamente o texto acima).

9. Tabela de Correspondência do SGQ com a NP EN ISO 9001

Na Tabela seguinte, estão apresentadas as correspondências entre a norma ISO 9001 e os documentos de suporte ao SGQ. À medida que for concebida nova documentação (Processos, Procedimentos ou Instruções de Trabalho), deverá ser incluída na tabela de correspondência.

Cada Lar deve complementar a tabela com os seus documentos e respectivos códigos. Esta tabela de correspondência facilita o enquadramento dos requisitos da norma face aos documentos do SGQ que os descrevem.

Correspondências entre os requisitos da NP EN ISO 9001 e a restante documentação:

REQUISITOS ISO 9001	MQ	PC, PS	PR
4. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
4.1 REQUISITOS GERAIS	4.1	PS 4 Gestão da Qualidade	PR 01 Controlo dos Documentos e dos Registos
4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTAÇÃO	4.2		
4.2.3 CONTROLO DE DOCUMENTOS	4.4		
4.2.4 CONTROLO DOS REGISTOS	4.5		
5. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO		PS 5 Responsabilidade da Gestão	
5.1 COMPROMETIMENTO DA GESTÃO	5.1		
5.2 FOCALIZAÇÃO NO CLIENTE/UTENTE	5.2		
5.3 POLÍTICA DA QUALIDADE	5.3		
5.4.1 OBJECTIVOS DA QUALIDADE	5.4		
5.4.2 PLANEAMENTO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	5.4		
5.5 RESPONSABILIDADE, AUTORIDADE E COMUNICAÇÃO	5.5		
5.5.1 RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE	5.5		
5.5.2 REPRESENTANTE DA GESTÃO	5.5		
5.5.3 COMUNICAÇÃO INTERNA	5.5		
5.6 REVISÃO PELA GESTÃO	5.6		
6. GESTÃO DE RECURSOS			
6.1 PROVISÃO DE RECURSOS	6.1	PS 6.1. Gestão das Pessoas	PR 03 Formação
6.2 RECURSOS HUMANOS	6.2		
6.2.2 COMPETÊNCIA, CONSCIENCIALIZAÇÃO E FORMAÇÃO	6.2		
6.3 INFRA-ESTRUTURA	6.3	PS 6.2 Gestão das Infraestruturas	
6.4 AMBIENTE DE TRABALHO	6.4		
7. REALIZAÇÃO DO PRODUTO			
7.1 PLANEAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO	7.1		
7.2 PROCESSOS RELACIONADOS COM O CLIENTE/UTENTE	7.2		
7.2.1 DETERMINAÇÃO DOS REQUISITOS RELACIONADOS COM O PRODUTO			

7.2.2 REVISÃO DOS REQUISITOS RELACIONADOS COM O PRODUTO		PC 7.1 a 7.8	
7.2.3 COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE/UTENTE			
7.3 CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO	7.3		
7.4 COMPRAS	7.4		PR 02 Gestão das Compras
7.4.1 PROCESSO DE COMPRA			
7.4.2 INFORMAÇÃO DE COMPRA			
7.4.3 VERIFICAÇÃO DO PRODUTO COMPRADO			
7.5 PRODUÇÃO E FORNECIMENTO DO SERVIÇO	7.5		
7.5.1 CONTROLO DA PRODUÇÃO E DO FORNECIMENTO DO SERVIÇO			
7.5.2 VALIDAÇÃO DOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO E DE FORNECIMENTO DO SERVIÇO			
7.5.3 IDENTIFICAÇÃO E RASTREABILIDADE			
7.5.4 PROPRIEDADE DO CLIENTE/UTENTE			
7.5.5 PRESERVAÇÃO DO PRODUTO			
7.6 CONTROLO DOS DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO	7.6		PR 05 Controlo dos DMM's
8. MEDIÇÃO, ANÁLISE E MELHORIA			
8.1 GENERALIDADES	8.1	PS 8 Medição, Análise e Melhoria	
8.2 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO	8.2		
8.2.1 SATISFAÇÃO DO CLIENTE/UTENTE			
8.2.2 AUDITORIA INTERNA			PR 06 Auditoria Interna
8.2.3 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO DOS PROCESSOS			
8.2.4 MONITORIZAÇÃO E MEDIÇÃO DO PRODUTO			
8.3 CONTROLO DO PRODUTO NÃO-CONFORME	8.3		
8.4 ANÁLISE DE DADOS	8.4		
8.5 MELHORIA	8.5		PR 04 Reclamações, NC's, Acções Correctivas e Preventivas
8.5.1 MELHORIA CONTÍNUA			
8.5.2 ACÇÕES CORRECTIVAS			
8.5.3 ACÇÕES PREVENTIVAS			

Registo das Alterações ao MQ

A tabela a seguir é um registo das alterações sequenciais ao Manual e que originam novas edições.

O objectivo é manter o registo do conteúdo das alterações ao texto do Manual a cada nova edição, de forma a facilitar a identificação pelos colaboradores das modificações introduzidas face à edição anterior.

Na 1ª edição (ver exemplo abaixo), ainda não há alterações e a tabela é preenchida com a palavra "Aprovação". A partir da 2ª edição, o conteúdo das alterações é aí registado.

Edição	Data	Alterações
1		Aprovação

Índice

Apresentação	1
1. A Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade	2
2. O Processo	3
3. Procedimentos Documentados	8
3.1- Estrutura e Formato	8
3.2- Conteúdo	8
3.3- Procedimentos Documentados para Lar de Idosos	9
Procedimento: Controlo de Documentos e Registos	10
Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade	13
Mapa de Controlo de Documentos de Origem Externa	14
Mapa de Controlo de Registos	15
Procedimento: Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas	16
Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva	19
Procedimento: Formação	21
Identificação das Necessidades de Formação	24
Plano de Formação	25
Registo da Acção de Formação	26
Avaliação da Acção de Formação	27
Registo Individual da Formação	29
Ficha de Avaliação de Desempenho	30
Procedimento: Auditorias Internas	33
Programa de Auditorias	35
Relatório de Auditoria Interna	36
Procedimento: Gestão de Compras	37
Lista de Fornecedores Aprovados	41
Acordo da Qualidade do Fornecimento	42
Qualificação de Fornecedores	44
Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições	46
4. Instruções de Trabalho	47
4.1. Estrutura e Formato	47
4.2 Instruções de Trabalho para Lares de Idosos	47
Instrução de Trabalho: Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes e Tratamento das Reclamações	49

Registo Anual das Reclamações	50
Instrução de Trabalho: Integração do Colaborador	51
Manual de Integração	52
Ficha de Descrição de Funções	53
Instrução de Trabalho: Regras de Conduta dos Colaboradores	55
Código de Ética	57
Horário do Pessoal	58
Instrução de Trabalho: Acolhimento do Cliente/Utente	59
Guia de Acolhimento	60
Lista de Pertences do Cliente/Utente	61
5. Impressos	62
Plano de Actividades	63
Matriz Global de Gestão	64
Cronograma do Plano de Actividades	67
Relatório de Actividades	68
Ficha de Lista de Inscrição ou Banco de Dados	69
Controlo das Infra-estruturas	70
Ficha de material fornecido ao cliente/utente	71
Requisição de Transportes	72
Sugestões de Melhoria	73
Programa Anual de Actividades Socioculturais dos Clientes/Utentes	74
Registo Geral de Participação nas Actividades Socioculturais	75
Ficha de Ocorrências	76
Registo de Circulação de Roupa no Lar de Idosos	77
Registo de Higienização das Instalações	78
Registo de Visitas a Clientes/Utentes	79
Registo de Entradas e Saídas de Clientes/Utentes	80
Ficha de Contactos	81
Registo de Mudança de Fralda	84
Registo de Posicionamento e Hidratação	86
Diário Clínico do(a) Cliente/Utente	87
Registo de Medicação	88
Inventário de Medicamentos do Lar de Idosos	89
Stock de Materiais de Enfermagem do Lar de Idosos	90

Processo de Enfermagem	95
Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão (Adaptação da Escala de Norton)	99
Índice de KATZ	100
Mini-Mental State Examination	103
Índice de Lawton (Actividade Instrumentais da Vida Diária)	106
Índice de Qualidade de Vida do Idoso	108
Glossário dos Instrumentos de Avaliação	110
Ficha de Cuidados de Saúde	112
Ficha de Medicação e Indicação Terapêutica	113
Ficha de Monitorização de Parâmetros Vitais e de Glicemia Capilar	114
Plano de Emergência Interno	115
6. Instrumentos Legais	116
6.1. Contrato de Prestação de Serviços no Lar de Idosos	116
6.2. Regulamento Interno	117
Contrato de Prestação de Serviços no Lar de Idosos	118
Regulamento Interno	125
7. Modelos de Questionários de Avaliação do Grau de Satisfação	127
7.1. Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes/Utentes	127
7.2. Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares	127
7.3. Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores	127
Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes	129
Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares	131
Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores	133
Bibliografia	135
Guia de Orientações para Planeamento e Avaliação de Acções Formativas em Gestão da Qualidade	136

IIª PARTE
MANUAL DE INSTRUMENTOS

Apresentação

O presente Manual tem como objectivo, por um lado, fornecer os documentos e instrumentos de suporte ao Manual da Qualidade Tipo, os quais poderão também vir a ser incluídos num futuro Modelo de Avaliação da Qualidade para a resposta social Lar de Idosos e, por outro, colocar à disposição das instituições alguns dos documentos e instrumentos necessários à implementação da Norma ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos.

O Modelo de Avaliação da Qualidade do Instituto de Segurança Social para Apoio Domiciliário teve como referências a Norma ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos, e o Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Foi com base nestes referenciais que toda a documentação e instrumentos constantes do presente Manual foram elaborados.

Assim, o presente Manual de Instrumentos faz uma primeira breve abordagem à documentação do Sistema de Gestão da Qualidade de uma organização, como complemento ao que consta do Manual da Qualidade Tipo, sendo o capítulo 2 dedicado ao “Processo” com alguns exemplos práticos de como este se pode estruturar.

Nos dois capítulos seguintes são abordados os Procedimentos Documentados e as Instruções de Trabalho. Em ambos os casos são dadas orientações sobre a sua elaboração relativamente a estruturas, formatos e conteúdos. Para além dos procedimentos documentados exigidos pela Norma ISO 9001, constam também outros considerados úteis ao desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade. Cada Organização poderá criar os procedimentos documentados que entender necessários para a prossecução das suas actividades.

No que diz respeito às Instruções de Trabalho, foram incluídas neste Manual as Instruções de Trabalho que resultaram da experimentação no terreno dos processos do Modelo do ISS para Apoio Domiciliário e da implementação da Norma ISO 9001. O Manual inclui também os impressos que suportam os Procedimentos e as Instruções de Trabalho, e outros resultantes do trabalho de terreno realizado e que foram considerados pelos equipamentos em estudo, como necessários ao desenvolvimento da sua actividade diária.

São indicados também exemplos e as formas de elaborar o contrato com o cliente/utente e o regulamento interno, instrumentos exigidos pela legislação aplicada ao sector, e que não se incluem na documentação referida anteriormente

Por fim, é dada atenção à Avaliação do Grau de Satisfação de Clientes/Utentes, Familiares e Colaboradores, com a inclusão do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes, do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares e do Questionário de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores.

O presente Manual de Instrumentos integra ainda um anexo um relativo a um Guia de Orientações para o Planeamento e Avaliação de Acções Formativas em Gestão da Qualidade nas Organizações.

1. A Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade

A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa organização requer um conjunto de documentação que assegure o seu eficaz desenvolvimento e manutenção. Neste sentido é importante que os requisitos e o conteúdo da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade remetam para os referenciais da qualidade que se propõem satisfazer.

Cada organização tem a possibilidade de escolher o modo de documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, sendo que a documentação varia de acordo com as actividades desenvolvidas, a complexidade dos processos e suas interacções, a dimensão da organização e a competência do pessoal. Cada organização deve desenvolver a quantidade de documentação necessária para demonstrar a eficácia do planeamento, da operação, do controlo e da melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade e dos seus processos.

A Norma NP 4433 - Linhas de Orientação para a Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, fornece as linhas de orientação para auxiliar qualquer organização a documentar o seu Sistema de Gestão da Qualidade, assegurando que o mesmo é eficaz e se mantém ajustado às necessidades específicas da organização. Importa aqui referir que os requisitos da Norma não se destinam a fins de certificação/registo, mas apenas a estabelecer um sistema documentado de acordo com o requerido pela Norma ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos.

A estrutura da documentação utilizada no Sistema de Gestão da Qualidade pode ser descrita como uma hierarquia, sendo que a mesma depende das circunstâncias da organização e facilita a distribuição, manutenção e a compreensão da documentação³.

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade poderá estar em qualquer tipo de suporte, papel ou electrónico. Algumas das vantagens da utilização de suporte electrónico são:

- a) Em qualquer altura, o pessoal apropriado tem acesso à mesma informação actualizada;
- b) Os acessos e as alterações são facilmente efectuados e controlados;
- c) A distribuição é imediata e facilmente controlada, com a possibilidade de impressão em papel;
- d) Há acesso remoto aos documentos;
- e) A remoção de documentos obsoletos é simples e eficaz.

Assim, e de acordo com a NP 4433, um Sistema de Gestão da Qualidade proporciona à organização os seguintes benefícios:

- a) Descrever o Sistema de Gestão da Qualidade da organização;
- b) Proporcionar informação a grupos multifuncionais para que estes possam compreender melhor as interrelações;
- c) Comunicar aos colaboradores o comprometimento da gestão para com a qualidade;
- d) Ajudar os colaboradores a compreender o seu papel na organização, dando-lhes assim um sentido acrescido do propósito e da importância do seu trabalho;

³ Ver Volume I - Manual da Qualidade Tipo

- e) Proporcionar um entendimento mútuo entre colaboradores e a gestão;
- f) Proporcionar uma base das expectativas quanto ao desempenho do trabalho;
- g) Declarar como se devem fazer as coisas por forma a atingir os requisitos especificados;
- h) Proporcionar evidência objectiva de que os requisitos especificados foram atingidos;
- i) Proporcionar um enquadramento claro e eficiente da operação;
- j) Proporcionar uma base para a formação de novos empregados e para a actualização periódica de colaboradores actuais;
- k) Proporcionar uma base de ordenação e de equilíbrio da organização;
- l) Proporcionar consistência nas operações baseada em processos documentados;
- m) Proporcionar uma base para a melhoria continua;
- n) Proporcionar a confiança dos clientes/utentes/utentes baseada em sistemas documentados;
- o) Demonstrar às partes interessadas as capacidades existentes na organização;
- p) Proporcionar um enquadramento claro dos requisitos para os fornecedores;
- q) Proporcionar uma base para auditar o Sistema de Gestão da Qualidade;
- r) Proporcionar uma base para avaliar a eficácia e a adequação contínua do Sistema de Gestão da Qualidade.

2. O Processo

Processo é uma sequência de actividades que utilizam recursos definidos e que transformam **entradas** em **saídas**. As entradas de um processo são geralmente as saídas de outro processo.

Definição do Processo

- 1) Identificar os requisitos do cliente/utente (o que o cliente/utente necessita e espera da saída do processo);
- 2) Identificar os participantes no processo (pessoas que realizam tarefas do processo; não inclui o responsável pelo processo);
- 3) Definir as fronteiras, ou seja, o primeiro e o último passo do processo (definir as fronteiras ajuda a clarificar quem são os fornecedores e os clientes/utentes/utentes do processo);
- 4) Definir as entradas do processo e quais os seus fornecedores (as entradas são tudo aquilo que vai ser transformado para gerar a saída: materiais, informação, etc; os fornecedores são as pessoas ou as organizações que fornecem as entradas dos processos);
- 5) Identificar o responsável pelo processo (pessoa responsável pelo processo e pela sua saída; é quem toma as decisões chave e distribui recursos aos participantes no processo; é a pessoa que responde pelo processo; é quem despende mais tempo com o processo, o que está mais próximo do cliente/utente e o que tem mais capacidade para melhorar o processo);

- 6) Identificar as partes interessadas do processo (todos os que não sendo fornecedores, clientes/utentes ou gestores, estão interessados no resultado do processo, tais como, directores de outros serviços, entidades oficiais, etc.)
- 7) Identificar as actividades e as saídas do processo;
- 8) Definir indicadores de desempenho (informações quantitativas que se destinam à observação periódica de uma determinada grandeza e da sua evolução relativamente a objectivos pré-determinados).

Desenvolvimento do Processo

O processo deve ser executado de acordo com a documentação definida, utilizando as pessoas competentes e as infra-estruturas adequadas.

O processo deve ser monitorizado e medido. **Monitorizar** para ajustar ou controlar através da observação e de ensaios em intervalos definidos; **medir** para obter os valores concretos. Estas acções devem constar de um plano de monitorização e medição, o qual deve estar actualizado e onde deve constar a descrição escrita do sistema de controlo do produto/serviço e do processo.

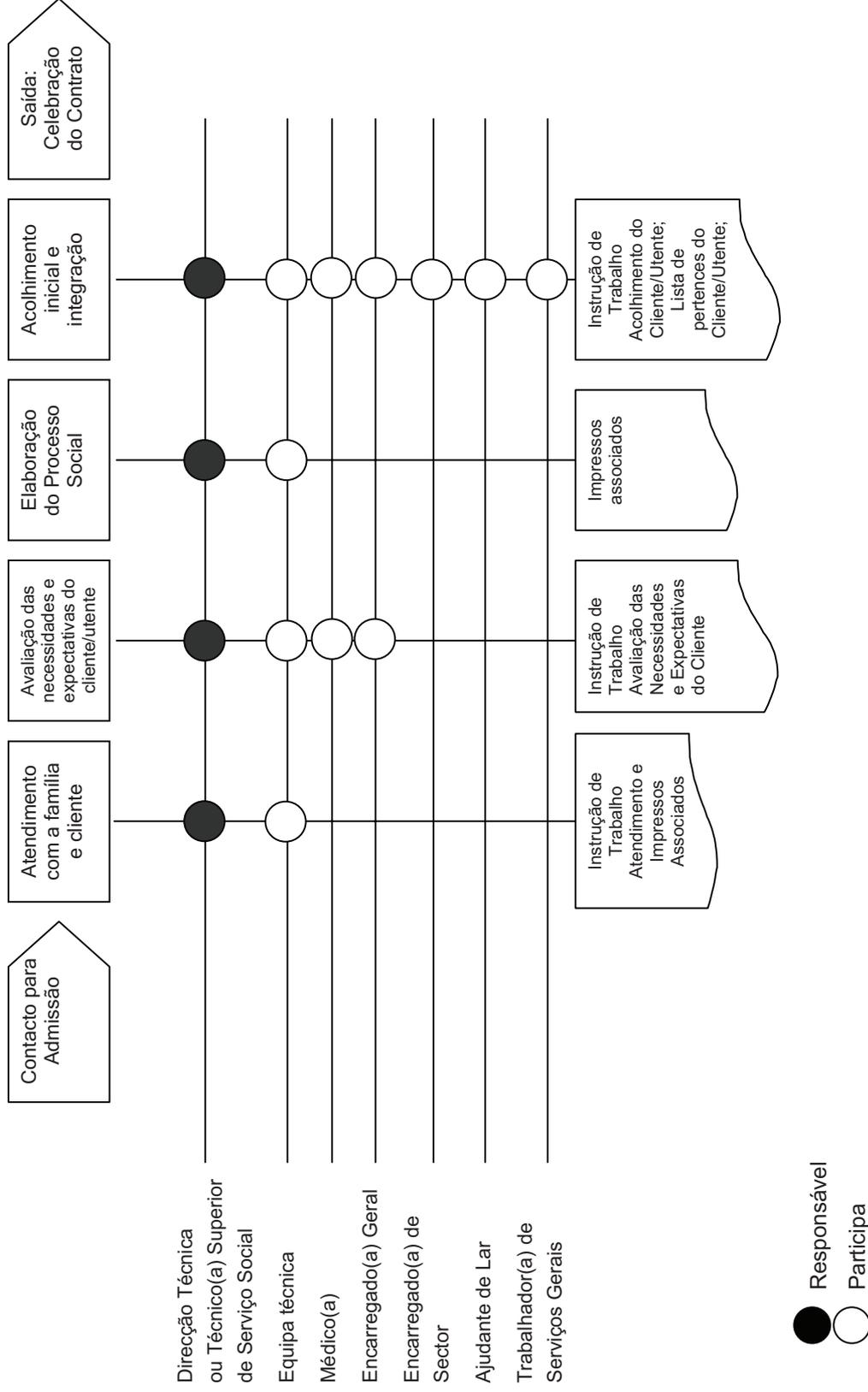
Exemplos de Processos

Processo 1

Processo de admissão no Lar de Idosos.

- 1. Objectivo:** O objectivo deste documento é definir o processo de admissão dos clientes/utentes/utentes no Lar de Idosos.
- 2. Campo de Aplicação:** Aplica-se às candidaturas admitidas.
- 3. Responsável pelo Processo:** Director/a Técnico/a
- 4. Indicadores de Desempenho:** Tempo médio entre a existência de uma vaga e o contacto para a admissão; Nº de reclamações; Satisfação do Cliente/utente; Nº de Ocorrências/Não Conformidades.

5. Fluxograma



MISSÃO:

Logótipo da Organização	P 0 - PROCESSO DE
-------------------------	-------------------

Missão:

Entradas	Saídas

Recursos:

Indicadores de Desempenho:

Interacções:

Documentos Associados:

Principais Actividades:

1. **Objectivo e Campo de Aplicação:** Dar resposta às necessidades do(a) Cliente/Utente e integrá-lo(a) em Lar; Aplica-se às candidaturas admitidas.

2. **Gestor do Processo:** DT

Entradas		Priorização na Lista de Espera											
		Responsáveis										Documentos	
Actividades	MA	DT/AS	ET	MD	EG	ES	AL	TSG					
Contacto para admissão		●										IT 01 - Atendimento	
Atendimento com a Família e o(a) Cliente/Utente		●											
Avaliação das necessidades e expectativas do(a) cliente/utente		●	○	○	○								IT 03 - Avaliação das necessidades e expectativas do Cliente/Utente
Elaboração do PRS		●	○										
Acolhimento Inicial e Integração		●	○	○	○	○	○	○	○	○			
Celebração do Contrato	○	●										IMP.04 - Contrato	
Saídas		PRS											
Indicadores de Desempenho		Contrato											
Legenda:		<ul style="list-style-type: none"> ● Responsável ○ Participa 											
MA - Mesa Administrativa DT/AS - Director(a) Técnico(a) e Assistente Social ET - Equipa Técnica MD - Médico(a) EG - Encarregado(a) Geral ES - Encarregado(a) de Sector AL - Ajudante de Lar TSG - Trabalhador(a) de Serviços Gerais													

3. Procedimentos Documentados

Os procedimentos documentados dizem respeito ao modo especificado de realizar uma actividade ou um processo. Quando um procedimento está estabelecido, documentado, implementado e mantido utiliza-se a designação de “procedimento documentado”. A Norma ISO 9001 requer a obrigatoriedade de procedimentos documentados para alguns dos seus requisitos:

- 4.2.3 Controlo dos documentos
- 4.2.4 Controlo dos registos
- 8.2.2 Auditoria interna
- 8.3 Controlo do produto não conforme
- 8.5.2 Acções correctivas
- 8.5.3 Acções preventivas

Além destes requisitos, a organização pode estabelecer a necessidade de desenvolver outros procedimentos documentados devido à complexidade dos seus processos e à informação contida nos mesmos, ou para facilitar a operacionalização do seu sistema de gestão.

3.1. Estrutura e Formato

A organização deverá definir a estrutura e o formato dos procedimentos documentados (em suporte papel ou electrónico) considerando formas como texto, fluxogramas, tabelas ou suas combinações, ou qualquer outro método apropriado, de acordo com as necessidades da organização. Os procedimentos documentados deverão conter a informação necessária e ser identificados de forma única.

Os procedimentos documentados poderão fazer referência a instruções de trabalho que definam como se realiza uma actividade. Geralmente, os procedimentos documentados descrevem actividades que envolvem várias funções, enquanto as instruções de trabalho se aplicam a tarefas próprias de uma função.

3.2. Conteúdo

Cabeçalho

O cabeçalho deverá identificar claramente o procedimento documentado e inclui o logótipo da organização, o número atribuído ao procedimento de acordo com o mapa da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, o número da edição e o número de páginas.

Objectivo e campo de aplicação

Deverá ser definido o objectivo do procedimento documentado e descrito o campo de aplicação referindo as áreas incluídas e as excluídas.

Responsabilidade e Autoridade

A responsabilidade e a autoridade das pessoas e/ou das funções organizacionais deverão ser identificadas, bem como as suas inter-relações no contexto dos processos e das actividades descritos no procedimento. Esta informação poderá ser apresentada sob a forma de fluxogramas, textos descritivos ou quadros, consoante seja mais apropriado tendo em vista a clareza.

Descrição das Actividades

O nível de pormenor poderá variar, dependendo da complexidade das actividades, dos métodos utilizados, dos níveis de competência e da formação das pessoas que sejam necessários para a realização das actividades. Conforme aplicável poderão ser considerados os seguintes aspectos:

- a) Definição das necessidades da organização, dos seus clientes/utentes/utentes e dos seus fornecedores;
- b) Descrição dos processos sob a forma de textos e/ou fluxogramas relacionados com as actividades requeridas;
- c) Definição das actividades, quem as desempenha ou por que função organizacional, porquê, quando, onde e como;
- d) Descrição dos controlos do processo e dos controlos de actividades identificadas;
- e) Definição dos recursos necessários para a realização das actividades, designadamente pessoal, formação, equipamento e materiais;
- f) Definição da documentação apropriada às actividades requeridas;
- g) Definição das entradas e das saídas do processo;
- h) Definição das medições a fazer.

Registos

Cada actividade deve indicar quais os documentos, impressos e registos associados. Em procedimento próprio deverá ser explicitado o método de preenchimento, arquivo e manutenção dos registos.

Verificação, Aprovação e Revisão

Deverá estar indicada evidência da verificação e da aprovação, do estado e da data de revisão do procedimento documentado.

3.3- Procedimentos Documentados para Lar de Idosos

Em seguida são apresentados os procedimentos documentados considerados relevantes para a implementação dos referenciais em causa. De modo a facilitar a adopção dos procedimentos apresentados foram também incluídos neste capítulo os impressos que lhes estão associados.

1. Objectivo e Campo de aplicação

Descrever o modo de proceder para o controlo dos documentos e dos registos. Aplica-se a todos os documentos de suporte e registos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Pedido de elaboração ou revisão de documentos	Todos os colaboradores	
2	Elaboração dos documentos	Responsável pela Qualidade	
3	Codificação dos Documentos	Responsável pela Qualidade	
4	Verificação dos Documentos	Direcção Técnica	
5	Aprovação dos Documentos	Direcção	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade
6	Remoção dos Obsoletos	Responsável pela Qualidade	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade
7	Revisão dos Documentos	Responsável pela Qualidade	
8	Distribuição e Arquivo dos Documentos	Responsável pela Qualidade	IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade IMP. Informação Interna
9	Controlo da Documentação Externa	Responsável pela Qualidade	IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa
10	Controlo dos Registos	Responsável pela Qualidade	IMP. Mapa de controlo de registos
11	Backup's	Direcção	

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Qualquer colaborador, ao detectar a necessidade de elaborar ou rever um documento, comunica o facto ao Responsável pela Qualidade (RQ). Os documentos relacionados com o SGQ só podem ser elaborados/revistos pelo RQ.

IMP.

Verificação:

Revisão:

10
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

2	O Documento é elaborado. Estão definidos os Impressos próprios para que os documentos do SGQ sejam elaborados.
3	<p>É atribuído o código a cada documento:</p> <p>PC 04. X: Processo Chave 4. N.º sequencial, por exemplo PC 05, PC 06</p> <p>PR XX: Procedimento n.º sequencial, exemplo PR 01, PR 02</p> <p>IT XX: Instrução de Trabalho. N.º sequencial, por exemplo IT 01, IT 02</p> <p>IMP.XX.N: Impresso. N.º sequencial. Edição, exemplo IMP.01.1; nos impressos o n.º da edição faz parte do código e é alterado sempre que o impresso for alvo de revisões.</p> <p>Contudo, quando um impresso é referido ao longo de um texto, o n.º da edição é omitido pois refere-se sempre à última edição em vigor. Exemplo "... registar no IMP.05 ..."</p>
4	Após a elaboração os documentos são sujeitos a verificação quanto à coerência com a estrutura documental definida e aos requisitos do SGQ.
5	<p>Os documentos do SGQ são aprovados pela Direcção. A aprovação é a autorização para um documento entrar em vigor e o mesmo deve ser cumprido a partir desta data.</p> <p>O registo da aprovação dos documentos é feito no rodapé do original de cada documento.</p> <p>Para os Impressos, a evidência da sua aprovação fica no verso do original de cada impresso através da rúbrica e data de aprovação.</p> <p>Após aprovação do documento, é actualizado o IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a que todos os colaboradores possam saber, a todo o momento, quais os documentos em vigor.</p>
6	<p>A substituição de documentos por novas edições ou por falta de aplicação torna os mesmos obsoletos.</p> <p>Na primeira página do original obsoleto faz-se constar de modo ostensivo a palavra OBSOLETO. Este original é arquivado pelo RQ em pasta própria identificada como OBSOLETOS, para manter o histórico do SGQ.</p> <p>As cópias dos documentos obsoletos são destruídas pelo RQ .</p> <p>O IMP. Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade é actualizado.</p>
7	<p>A revisão periódica dos documentos do SGQ tem o objectivo de manter a sua adequabilidade e actualização; os documentos podem ser alvo de análise crítica e se forem considerados actuais, não são efectuadas alterações, e esta revisão fica documentada em acta.</p> <p>Quando a revisão de um documento implicar alterações ao texto, o procedimento é o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As alterações são efectuadas, o n.º da edição (no cabeçalho) é alterado e o conteúdo das alterações fica registado no próprio documento, destacado a bold/ negrito. Procedem-se novamente à assinatura do original nos campos Elaborado, Verificado e Aprovado. • No original obsoleto, o texto alterado é destacado a marcador fluorescente.

IMP.

Verificação:

11
Aprovação:

Data: ___/___/___

Revisão:

Data: ___/___/___

	IMPRESSOS No impresso revisto altera-se no rodapé o n.º da edição e no original obsoleto, o texto alterado é destacado a marcador fluorescente.
8	A distribuição assegura que os utilizadores de cada documento têm acesso para consulta; a distribuição das cópias controladas fica definida no IMP. Documentação Sistema de Gestão da Qualidade. Os documentos são distribuídos acompanhados de uma Informação Interna, e os destinatários das cópias controladas assinam em como tomaram conhecimento. O RQ mantém em arquivo todas as Informações Internas.
9	Os documentos de origem externa com impacto no SGQ também são controlados e listados pelo RQ no IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa. A documentação externa é arquivada e mantida actualizada pelo RQ, que dá conhecimento aos colaboradores que necessitam da mesma para executar o seu trabalho e rubricam o próprio documento em como tomaram conhecimento. Cada actualização da documentação externa implica a revisão do IMP. Mapa de controlo de documentos de origem externa, e a substituição do documento obsoleto no arquivo de Documentação Externa. Ao documento tornado obsoleto é aposta a palavra OBSOLETO na primeira folha e é guardado na pasta OBSOLETOS, se aplicável.
10	O IMP. Mapa de controlo de registos, faz a identificação dos registos do SGQ e indica o critério de compilação, tempo de retenção e responsável. Este mapa é actualizado pelo RQ, sempre que for alterado o controlo existente dos registos ou surgirem novos registos. Os registos são preenchidos a tinta de forma legível e sem rasuras. Em caso de correcção, coloca-se um tracejado de modo a deixar visível o texto, rubrica-se e coloca-se a data da correcção. Os registos depois de gerados serão arquivados em condições adequadas que evitem a sua deterioração. O tempo de retenção é considerado o período mínimo de tempo durante o qual o registo deve ser conservado. Quando não existam requisitos específicos que o impeçam, os registos são arquivados em suportes diferentes de papel. Após o término do tempo de retenção definido, os registos são destruídos fisicamente ou por formatação (registos em suporte informático), pelos respectivos responsáveis.
11	São efectuados back up's (diários, quinzenais ou mensais, conforme mais adequado) de forma a assegurar toda a informação contida no Sistema Informático. O sistema informático está protegido com passwords que permitem o acesso diferenciado de cada utilizador. Existem diferentes níveis de acesso consoante as actividades que cada utilizador tem de desempenhar no Sistema de Informação.

IMP.

Verificação:

Revisão:

12
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Código	Descrição	Edição n.º	Distribuição
MQ	Manual da Qualidade	1	
Processos-Chave			
PC 01		1	
PC 02		1	
PC 03		1	
Processos de Suporte			
PS 01		1	
PS 02		1	
Procedimentos documentados			
PR 01		1	
PR 02		1	
Instruções de Trabalho			
IT 01		1	
IT 02		1	
Impressos			
IMP.01		1	Distribuição Controlada

(Logótipo da Organização)

Mapa de Controlo de Documentos de Origem Externa

Data:

Página:

Nome do Documento

Código

Data

Breve Descrição

Modelo/Impresso/Registo	Designação	Arquivo	Responsável	Localização	Duração	Compilação
-------------------------	------------	---------	-------------	-------------	---------	------------

Procedimento(Logótipo da Organização) **Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas** Edição:

Página: de

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Estabelecer o modo de proceder para o controlo dos produtos/serviços que não satisfazem os requisitos por forma a impedir o seu uso inadvertido, bem como para eliminar as causas das não conformidades detectadas/potenciais, através da implementação de acções correctivas/preventivas, por forma a prevenir a sua repetição/ocorrência. Aplica-se a todas as não conformidades detectadas/potenciais.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados:

N.º	Actividade	Responsabilidades	Documentos/Registos
1	Identificação, registo e caracterização das Não Conformidades	Qualquer colaborador Responsável pela Qualidade	
2	Decisão	Direcção Técnica/Responsável pela Qualidade	IMP.Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva/Preventiva
3	Análise das causas/causas potenciais	Direcção Técnica/Responsável pela Qualidade	
4	Definição das acções correctivas/preventivas	Colaboradores envolvidos	Livro de Ocorrências
5	Implementação das Acções Correctivas/Preventivas	Colaboradores envolvidos	
6	Acompanhamento	Responsável pela Qualidade	
7	Avaliação da eficácia	Direcção Técnica/Responsável pela Qualidade	

3. Descrição das Actividades

N.º	Descrição
1	O colaborador que detecta a existência de não conformidades identifica-as no IMP. - Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Este registo acompanha todas as acções relacionadas com este Procedimento. Quando o produto/serviço não conforme é detectado após a entrega/prestação ao Cliente/utente é lançada imediatamente uma acção correctiva por forma a impedir os efeitos reais ou potenciais da não conformidade.

As não conformidades podem ter origem:

IMP.

Verificação:

Revisão:

16
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Procedimento

(Logótipo da Organização) **Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas** Edição:

Página: de

- Nos fornecedores
- Não conformidades internas, detectadas no desenvolvimento da actividade da Organização (ocorrências registadas nos Livros de Ocorrências, produtos, serviços que não satisfazem os requisitos)
- Nas Auditorias da Qualidade (as auditorias internas são tratadas conforme o PR - Auditorias Internas)
- Reclamações, as quais são tratadas conforme a IT - Avaliação da Satisfação do Cliente/utente e Tratamento de Reclamações

Origem das Acções Preventivas: As acções preventivas são acções de melhoria, com os objectivos de: evitar o aparecimento de causas potenciais de não conformidades; avaliar riscos nos diferentes sectores do LI (ex.: infecções, úlceras de pressão, quedas, violência, fugas); introduzir melhorias internas na organização da Organização, nos aspectos ambientais, físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos clientes/utentes/utentes; melhorar os métodos de trabalho e melhorar continuamente o Sistema da Qualidade. Têm origem em:

- Acções Correctivas
- Auditorias da Qualidade
- Reclamações
- Análise dos dados do Sistema da Qualidade
- Sugestões dos colaboradores
- Sugestões de entidades do sector.

O IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas é entregue ao RQ ou à DT para análise conjunta entre ambos.

- 2** O RQ e a DT analisam e decidem sobre a resolução da não conformidade e o destino a dar ao produto não conforme: eliminação, correcção, devolução ao fornecedor (no caso de ser um produto). O produto não conforme é segregado e assinalado com uma placa “Não Conforme”, sempre que aplicável.

Face à gravidade dos efeitos e se for decidido evitar a sua repetição é lançada uma acção correctiva.

O produto corrigido entra no circuito normal de processamento e é alvo de reverificações para demonstrar conformidade com os requisitos.

Estas decisões são registadas no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções

IMP.

Verificação:

Revisão:

17
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Procedimento

(Logótipo da Organização) **Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas** Edição:

Página: de

Correctivas/Preventivas.

O RQ e a DT analisam periodicamente todas as não conformidades que tiveram correcção imediata e tomam acções correctivas quando consideram aplicável, face ao número, tipo, efeitos e incidência das mesmas.

- 3 O RQ e a DT, em conjunto com os colaboradores envolvidos (quando aplicável), analisam as causas da não conformidade/não conformidade potencial e registam no Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Esta análise é feita com base na consulta de dados e registos da qualidade, sempre que possível. Cópias dos documentos consultados são anexadas ao IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas. Podem também ser utilizadas reuniões para este efeito.
- 4 São determinadas acções a implementar no sentido de eliminar as causas das não conformidades/não conformidades potenciais e de assegurar a não repetição/não ocorrência das mesmas. As acções correctivas/preventivas a tomar, os responsáveis pela sua implementação e os prazos para tal são registados no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas.
- 5 Implementar as acções correctivas/preventivas definidas e registar o ponto de situação da implementação no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas (ponto 4 - coluna "Conclusão" da tabela). Os responsáveis pela implementação assinam e registam a data de conclusão (ponto 5).
- 6 O RQ acompanha a implementação das acções definidas, e regista no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas.
- 7 O RQ e a DT revêem as acções correctivas/preventivas implementadas no sentido de assegurar a sua adequabilidade e eficácia. Esta revisão é documentada através de uma rubrica para o efeito no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctivas/Preventivas e decorre após um período de tempo previamente definido.

Se a acção implementada não obteve sucesso, analisar as causas e decidir sobre novas acções.

IMP.

Verificação:

Revisão:

18
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

**Registo de Não Conformidade,
Acções Correctiva/ Preventiva**

N.º:

(Logótipo da Organização)

Fornecedor () Interna ()
Auditoria () Reclamação ()

1. Identificação:

Caracterização do Produto/ Serviço

Descrição da Não Conformidade:

Detectado por: _____ Data: ___ / ___ / ___

DT: _____ RQ: _____

2. Decisão:

Descrição da Resolução da Não Conformidade:

Responsável: _____ Data: ___ / ___ / ___

Necessário implementar acção correctiva? Não () Sim ()

DT: _____ RQ: _____ Data: ___ / ___ / ___

3. Análise das Causas/Causas Potenciais:

Métodos Materiais Pessoas Equipamentos Factores Ambientais

Responsáveis _____ Data ___ / ___ / ___

4. Acção Correctiva/Preventiva:

Acção Correctiva/Preventiva	Responsável Implementação	Prazo	Conclusão

**Registo de Não Conformidade,
Acções Correctiva/ Preventiva**

N.º:

(Logótipo da Organização)

Fornecedor () Interna ()
Auditoria () Reclamação ()

5. **Conclusão da Implementação:** ___/___/___ **Responsáveis:**_____

6. **Acompanhamento** (verificar se a acção correctiva/preventiva foi implementada):

RQ: _____ *Data:* ___/___/___

7. **Eficácia da Implementação** (verificar se a acção **correctiva** implementada teve êxito e se a não conformidade não se repete/verificar se a acção **preventiva** implementada teve êxito e se a não conformidade potencial não ocorre):

A análise da eficácia vai ser realizada _____ meses após a implementação.

DT: _____ *RQ:* _____ *Data:* ___/___/___

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Estabelecer o procedimento para garantir continuamente a competência, formação adequada a nível técnico, ético e legal e actualização de todos os colaboradores no desempenho das suas funções. Aplica-se a todas as actividades inerentes ao processo de formação de cada indivíduo, desde o levantamento das necessidades de formação à avaliação da eficácia da formação.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Necessidades de formação	Direcção Técnica	IMP. Avaliação de desempenho IMP. Identificação das necessidades de formação
2	Analisar as fontes de informação sobre formação	Direcção Técnica	
3	Planear a formação	Responsável pela Qualidade	IMP. Plano de Formação
4	Aprovar o Plano de Formação	Direcção	IMP. Plano de Formação
5	Preparar a formação	Direcção Técnica	
6	Frequentar a acção de formação	Participante	IMP. Registo da Acção de Formação IMP. Avaliação da Acção de Formação
7	Avaliar a formação	Participante Direcção Técnica	IMP. Avaliação de desempenho IMP. Avaliação da Acção de Formação Certificado
8	Apresentar resumo da Acção	Participante	IMP. Informação Interna
9	Registar a formação e avaliação da eficácia	Responsável pela Qualidade	IMP. Ficha de Registo Individual de Formação Manuais Certificados

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Levantamento anual das necessidades de formação pela Direcção Técnica (DT), com base nas competências que é necessário adquirir, na formação já ministrada e com base na Avaliação de Desempenho. Faz-se circular uma informação interna onde cada colaborador indica as áreas

IMP.

Verificação:

Revisão:

21
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Procedimento

(Logótipo da Organização)

Formação

Edição:

Página: de

	onde necessita de formação. Preenchimento do IMP. Identificação das necessidades de formação. Ao longo do ano as necessidades de formação são reavaliadas mediante informação recebida pontualmente de diversas fontes.
2	Identificar fontes de informação (Entidades de formação, outras instituições do sector, parcerias). Divulgação de acções de formação. A formação interna é igualmente planeada. As acções seleccionadas nesta análise são aprovadas para integrar o Plano de Formação, para destinatários definidos, sendo a aprovação justificada mediante os objectivos pedagógicos.
3	Elaboração do Plano de Formação (IMP.). À medida que é recebida informação pontual sobre formação, o Plano de Formação é actualizado. As actualizações (formação não planeada) são aprovadas caso a caso.
4	A Direcção aprova o Plano de Formação (planeada e não planeada).
5	Inscrição do(s) participante(s) e confirmação das datas, local e horário.
6	Frequência da acção de formação e recepção do Certificado. Quando a formação é realizada na Organização, preenche-se o IMP. Registo da Acção de Formação e o IMP. Avaliação da Acção de Formação.
7	Anualmente, e aquando da avaliação de desempenho e do levantamento das necessidades de formação avalia-se se a competência foi adquirida pelo formando ou se é necessário dar continuidade ao processo de formação na mesma matéria. Quando a formação é realizada na Organização é analisado o IMP. Avaliação da Acção de Formação e entregue ao formando o certificado de participação na acção de formação. O modelo de certificado deve incluir o nome do participante, a entidade formadora, a designação da acção de formação, a data, duração e os módulos e/ou programa do curso se aplicável. Para que a formação seja eficaz é necessário proceder à avaliação da formação. Para avaliar continuamente a sua eficácia podem ser utilizados outros mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> – Auto-avaliações realizadas pelos formandos; – Avaliações realizadas pelos formadores, coordenadores pedagógicos, supervisores, Direcção Técnica, relativamente ao grau de consecução dos objectivos pedagógicos, bem como de eventuais aspectos a melhorar relativamente a actividades pelas quais se responsabilizam; – Avaliações realizadas por agentes externos, sempre que para tal sejam solicitados, por exemplo, por familiares dos clientes/utentes/utentes; – Análise das reclamações; – Análise da avaliação da satisfação dos clientes/utentes/utentes; – Auditorias internas; – Registo de ocorrências e não conformidades;

IMP.

Verificação:

22
Aprovação:

Data: ___/___/___

Revisão:

Data: ___/___/___

Procedimento

(Logótipo da Organização)

Formação

Edição:

Página: de

	<p>– Contacto directo com os clientes/utentes/utentes, familiares e colaboradores.</p> <p>No que respeita à avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo formando, podem ser utilizados os seguintes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Testes escritos; – Inquéritos por entrevista; – Inquéritos por questionário. <p>Estes instrumentos permitem aferir como os novos conhecimentos foram adquiridos pelos formandos e vão ser um indicador muito importante para a avaliação de desempenho.</p> <p>Observações</p> <p>Todos os registos de avaliação da eficácia de formação devem ser mantidos pela Organização.</p>
8	O participante apresenta um resumo da acção de formação aos demais colaboradores em reunião interna, quando solicitado pela DT. É efectuado o registo da reunião em impressos próprios para o efeito.
9	Arquivar cópia do certificado no dossier da Formação, preencher o IMP. - Ficha de Registo Individual de Formação e manter em arquivo os Manuais de apoio à formação.

IMP.

Verificação:

23
Aprovação:

Data: ___/___/___

Revisão:

Data: ___/___/___

(Logótipo da Organização)

Identificação das Necessidades de Formação

Data:

Página:

Aprovada
Sim Não

Formadores

Objectivo da Formação

População Alvo

Acção de Formação

(Logótipo da Organização)

Plano de Formação Ano: _____

Página:

N.º	Ação de Formação	População Alvo	Formadores	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ponto de situação
-----	------------------	----------------	------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------------------

Identificação da Formação

Entidade Formadora: _____

Designação da Acção: _____

Número da Acção: _____

Duração: _____

Local: _____

Sumário

Lista de Presenças

Rubrica

Formador/a: _____ Data: ___/___/___

Acção: _____

Módulo: _____

Formador/a: _____

Data(s): _____

Este questionário destina-se a avaliar os CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS e a PRESTAÇÃO DO MONITOR da Acção de Formação acima designada. Os dados serão anónimos e estritamente confidenciais, pelo que agradecemos o máximo de sinceridade nas suas respostas. Elas serão muito importantes para a melhoria futura dos nossos serviços.

Gratos pela atenção dispensada.

A- Conteúdos Programáticos

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Interesse dos assuntos dados						
2. Adequação dos temas						
3. Equilíbrio da distribuição do tempo pelos temas						

B- Métodos

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Adequação dos meios utilizados						
2. Aproveitamento das potencialidades do grupo						
3. Compreensão (meios utilizados)						
4. Instalações						
5. Meios Audiovisuais						

C- Monitoria

	Mau	Medíocre	Fraco	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Motivação (temas dados)						
2. Clareza nas intervenções						
3. Participação dos formandos						
4. Linguagem acessível a todos os formandos						
5. Pontualidade do formador/a						

D- Organização

Mau Mediocre Fraco Suficiente Bom Muito bom

-
1. Duração do curso
 2. Organização dos temas pelo formador/a
 3. Documentação distribuída
 4. Acompanhamento técnico-pedagógico pela entidade

E- Avaliação Global

Mau Mediocre Fraco Suficiente Bom Muito bom

No geral a acção foi

F - A acção de formação correspondeu aos objectivos inicialmente propostos?

Sim

Não

Porquê?

Comentários/Sugestões

Identificação

Nome:

Formação Profissional Realizada

Data

Acção de Formação

Entidade Formadora

**Duração
(n.º de
horas)**

(Logótipo da Organização)

Ficha de Avaliação de Desempenho

Data da Avaliação _____ Período da Avaliação _____ Idade _____
De ___/___ a ___/___ Tempo na Função _____ Função _____

Nome do Colaborador/a: _____ Resposta social/Área _____

Avaliação dos Objectivos

Não satisfatório(NS) - Objectivo não atingido; **Satisfatório(S)** - Objectivo atingido; **Bom(B)** - Excedeu o objectivo até 20%; **Excelente(E)** - Excedeu 21% a 50%; **Excepcional (EX)** - Excedeu + 50%

Descrição dos objectivos

NS S B E EX Descrição do Resultado Obtido

Avaliação de Competências e Comportamentos

Competências e Comportamentos Não Satisfatório Satisfatório Bom Excelente Excepcional Não Aplicável

Capacidade de realização face ao cumprimento dos objectivos, motivação e iniciativa

Promove comunicação aberta

Ficha de Avaliação de Desempenho

(Logótipo da Organização)

Dependência, confiança, disponibilidade e interesse pela Organização
Habilidade para se relacionar e apoiar os outros
Capacidade de adaptação, flexibilidade e melhoria contínua
Orientação para o cliente/utente e serviço à comunidade (acções de voluntariado)
É produtivo/a em quantidade e qualidade de trabalho
Contribui para a resolução de problemas e tomada de decisão
Capacidade e espírito de trabalho em equipa
Capacidade de liderança
Assiduidade
Pontualidade

Classificação Final:

Classificação final somativa do desempenho tendo em conta a pontuação atribuída na Avaliação dos Objectivos e na Avaliação de Competências e Comportamentos - Classificar como Não Satisfatório, Satisfatório, Bom, Excelente ou Excepcional	_____
Considerações do/a Responsável pela Avaliação de Desempenho. Desenvolvimento pessoal e profissional. Necessidades de Formação a incluir na Ficha de Identificação das Necessidades de Formação.	

Assinatura: _____		Data: ____/____/____	Função: _____
Comentários do/a colaborador/a:			
Assinatura: _____		Data: ____/____/____	

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir as actividades necessárias ao planeamento e realização de auditorias internas de modo a constatar objectivamente a aplicação, adequação e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Elaborar o Programa de Auditorias	Responsável pela Qualidade	IMP. Programa de Auditorias
2	Aprovar o Programa de Auditorias	Direcção	IMP. Programa de Auditorias
3	Nomear Equipa Auditora (EA)	Direcção Técnica	
4	Preparação da Auditoria	EA	
5	Realização da Auditoria e Elaboração do Relatório Análise do Relatório	EA Responsável pela Qualidade e Direcção Técnica	IMP. Relatório de Auditoria Interna IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva / Preventiva.
6	Acções Correctivas	Responsável pela Qualidade	PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
7	Avaliação da Eficácia	Responsável pela Qualidade	PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

3. Descrição das actividades

N.º	Descrição
1	Anualmente é elaborado o Programa de Auditorias - IMP. Programa de Auditorias. As auditorias podem ser totais (ao SGQ, pelo menos 1 por ano) ou parciais (a processos), e são planeadas em função do estado e da importância dos processos, bem como dos resultados das auditorias anteriores.
2	O Programa é analisado e aprovado. Sempre que aplicável o Programa é revisto e alterado.
3	Nomear a Equipa Auditora (EA), com auditores internos ou externos. Nesse caso, a Direcção Técnica procede à sua selecção e contratação. Os auditores internos não auditam o seu próprio trabalho.

IMP.

Verificação:

Revisão:

33
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

	<p>Qualificação de Auditores: Requisitos mínimos para a qualificação de auditores internos e externos:</p> <p>Formação: Gestão da Qualidade e normas da série ISO 9000: 14 horas Auditorias da Qualidade: 14 horas Realização de no mínimo 1 auditoria como auditor observador que complete 10 horas de duração (tempo de preparação, execução da auditoria e elaboração do relatório).</p> <p>Experiência Profissional: 1 ano de experiência.</p> <p>Se um auditor externo for certificado, dispensa os demais requisitos para qualificação. As pessoas designadas como auditores que não possuam estes requisitos mínimos devem receber a formação necessária no espaço de 1 ano.</p>
4	Preparar a auditoria, informar a(s) área(s) a auditar da data e hora de realização. Seleccionar as Listas de Verificação a utilizar.
5	A auditoria é realizada com base nos documentos do Sistema da Qualidade, nos documentos de referência e legislação aplicáveis. Os resultados das auditorias são documentados em impresso próprio para o efeito - IMP. Relatório de Auditoria Interna. Quando a auditoria é realizada por entidade externa, o relatório poderá ser elaborado no seu próprio modelo. O Relatório é entregue ao RQ que o analisa em conjunto com o DT, identifica as constatações da auditoria que devem ser tratadas como não conformidades e as regista no IMP. Registo de Não Conformidades, Acções Correctiva/Preventiva.
6	Sempre que aplicável, são preparadas e implementadas acções correctivas na sequência de não conformidades detectadas nas auditorias, que são tratadas e registadas segundo o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
7	Verificar se as acções correctivas foram implementadas, e analisar se foram eficazes. Registrar esta análise segundo o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.

Programa de Auditorias

Ano:

Revisão:

(Logótipo da Organização)

Página de

Processo/ Função a auditar	Objectivo	Responsável	Doc. Referência	Equipa Auditora	Datas Previstas	Ponto de Situação	Validação	
							Rubrica	Data

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir o procedimento para assegurar que os produtos e serviços adquiridos satisfazem os requisitos especificados. Este procedimento aplica-se a: Consumíveis (luvas, batas, máscaras), Ajudas Técnicas, Equipamento informático, Carrinhas, Consumíveis de escritório, Refeições, Utensílios de cozinha, Serviços (assistência técnica, calibração, formação, consultoria, lavandaria).

2. Modo de Proceder, Responsabilidades e Documentos Associados

N.º	Actividades	Responsabilidades	Documentos/ Registos
1	Necessidades de aquisição de produtos/serviços	Colaboradores	
2	Requisitar os produtos/serviços Sugerir o Fornecedor	Requisitante	Requisição Interna
3	Verificar a adequação da Requisição Interna	Responsável pelo Sector requisitante	Requisição Interna
4	Encaminhar a Requisição Interna para o RCD	Requisitante	Requisição Interna
5	Seleccionar e aprovar o Fornecedor	Secretaria Direcção	IMP. Lista de Fornecedores Aprovados; IMP. Acordo da Qualidade de Fornecimento
6	Encomendar	Secretaria	Fax Encomenda ou Requisição Interna
7	Receber e verificar os produtos/serviços (1.ª verificação)	Secretaria	Fax Encomenda ou Requisição Interna Versus documentos que acompanham os produtos/serviços
8	Entregar ao requisitante	Secretaria	
9	Verificar os produtos/serviços (2.ª verificação)	Requisitante	Documentos que acompanham os produtos/serviços; IMP. Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições
10	Registar as não conformidades	Secretaria ou Requisitante	IMP. Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva; PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas

IMP.

Verificação:

Revisão:

37
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

11	Arquivar a documentação	Secretaria	
12	Avaliar os fornecedores	Responsável pela Qualidade	IMP. Qualificação de Fornecedores

3. Descrição das Actividades

N.º	Descrição
1	Qualquer colaborador que detecte a necessidade de um produto informa a Direcção Técnica, que autoriza ou remete para avaliação da Direcção.
2	Os produtos/serviços são requisitados à Secretaria, que procede à encomenda aos fornecedores. O LI requisita de forma a caracterizar inequivocamente o produto/serviço a adquirir. A requisição é efectuada por escrito no IMP. Requisição Interna, e especifica o produto/serviço, referências, modelo, tamanho, quantidade e fornecedor pretendido.
3	A Requisição Interna é verificada quanto à sua adequação, pelo Responsável pelo Sector requisitante, que rubrica a mesma.
4	Encaminhar a Requisição Interna preenchida e rubricada para a Secretaria.
5	<p>Os actuais fornecedores revelaram no seu histórico capacidade para integrar a Lista de Fornecedores Aprovados (LFA).</p> <p>Consideram-se dois tipos de fornecedores, de acordo com o efeito do produto comprado nos Processos Chave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecedores Críticos, que são os que fornecem produtos ou serviços que integram actividades dos Processos-Chave (têm impacto directo no cumprimento dos requisitos dos clientes/utentes/utentes e dos requisitos regulamentares aplicáveis). • Fornecedores Comuns, sem impacto directo no cumprimento de requisitos dos clientes/utentes/utentes. <p>Se houver fornecedor aprovado (ver IMP. Lista de Fornecedores Aprovados), referir o fornecedor pretendido na Requisição Interna.</p> <p>Se não existir fornecedor na Lista de Fornecedores Aprovados (LFA) a selecção tem em atenção os seguintes critérios:</p> <p>a) Apreciação da oferta do fornecedor para averiguar se corresponde aos produtos e serviços pretendidos, o que pode incluir a análise de catálogos, solicitação de amostras;</p> <p>b) Se forem certificados ISO 9001 poderão integrar de imediato a LFA, sendo-lhes pedida cópia do certificado para conferir o âmbito e validade;</p> <p>c) Se não for certificado é efectuada uma avaliação de acordo com os critérios seguintes:</p>

IMP.

Verificação:

Revisão:

38

Aprovação:

Data:___/___/___

Data:___/___/___

	<p>reputação, condições de campanha, entrega de documentos que evidenciem o controlo, conforme aplicável;</p> <p>d) Se for recomendado por outras Instituições da mesma área;</p> <p>e) Análise do IMP. Acordo da Qualidade de Fornecimento.</p> <p>Se cumprirem os critérios indicados podem integrar a LFA, que é aprovada pela Direcção.</p>
6	<p>A Secretaria procede à encomenda, elaborando um documento que contenha todas as informações constantes na Requisição Interna, de forma a caracterizar inequivocamente os produtos/serviços requeridos. Este documento é enviado por FAX ou E-mail ao fornecedor.</p> <p>Para as encomendas telefónicas, a Secretaria regista, data e rubrica na própria Requisição Interna em como a encomenda foi solicitada ao fornecedor.</p>
7	<p>A Secretaria recebe os produtos entregues e efectua a 1.ª verificação mediante os documentos do fornecedor (Guia de Remessa e/ou Nota de Encomenda do fornecedor) e os documentos que serviram de base para efectuar a encomenda (Fax, E-mail, Encomenda ou Requisição Interna). Posteriormente o fornecedor envia a factura e a Secretaria verifica a sua conformidade antes de a encaminhar para pagamento.</p>
8	<p>A Secretaria entrega os produtos ao requisitante; no caso de serviços, estes são prestados directamente ao requisitante.</p>
9	<p>O requisitante procede à verificação dos produtos/serviços recebidos, mediante os documentos que acompanham os produtos/serviços, rubricando-os. Estes documentos ficam na posse do Responsável pelo Sector requisitante.</p> <p>Sempre que aplicável, no caso das refeições, é celebrado um Acordo da Qualidade de Fornecimento sendo assim da responsabilidade do fornecedor assegurar a conformidade. Na altura do levantamento e da entrega das refeições, o colaborador responsável por estas tarefas verifica visualmente o produto: aspecto, temperatura, odor e quantidade, de acordo com o IMP. Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições.</p>
10	<p>Os produtos são conferidos face aos documentos que os acompanham. A seguir é feita uma análise final, conferindo com as facturas.</p> <p>No caso de existirem não conformidades, estas são registadas e tratadas conforme o PR Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.</p> <p>Mediante as não conformidades registadas e a análise do desempenho dos fornecedores efectuada pelo Responsável pela Qualidade, procede-se à avaliação anual dos fornecedores, informando a Direcção para decidir sobre a continuidade do fornecedor na LFA para o ano seguinte.</p> <p>Os resultados anteriores fazem parte do Relatório de Actividades.</p> <p>Anualmente os Fornecedores são informados sobre o seu desempenho</p> <p>Para os restantes fornecedores são apenas tratadas as não conformidades à medida que surgem.</p>

11	A Secretaria mantém um arquivo de todo o processo relacionado com as compras.
12	<p>Actividades (rubrica Balanço do Sistema de Gestão da Qualidade) e em função do tipo de fornecedores.</p> <p>Para Fornecedores Críticos, são quantificados os deméritos totais acumulados para cada fornecedor, considerando as não conformidade detectadas ao longo do ano e a informação sobre o desempenho dos fornecedores recebida dos Responsáveis dos Sectores e da Secretaria. Em função da pontuação são qualificados os fornecedores (IMP. Qualificação de Fornecedores). Anualmente os mesmos são informados da sua qualificação.</p> <p>NÍVEIS IQF (Índice da Qualidade de Fornecedores):</p> <p>A - IQF maior que 80% - fornecedor sem reservas</p> <p>B - IQF entre 50 e 80 (inclusive) - fornecedor com necessidade de melhorias</p> <p>C - IQF menor que 50% - outros fornecedores (análise casuística)</p> <p>Para fornecedores Comuns não é feita a qualificação.</p> <p>No entanto, sempre que forem detectadas não conformidades é preenchido de imediato o IMP. Registo de Não Conformidade, Acção Correctiva/Preventiva e emitida uma reclamação por escrito ao fornecedor em questão.</p> <p>Nesta altura, o RQ ainda analisa as não conformidades por fornecedor e a sua permanência na LFA em função da gravidade das não conformidades em causa.</p> <p>Com base nos resultados anteriores e durante a apresentação do Relatório de Actividades à Direcção, esta decide substituir ou não os fornecedores, sendo a LFA revista, se aplicável.</p>

(Logótipo da Organização)

Lista de Fornecedores Aprovados

Edição:

Página: de

Fornecedor
(CR)

Produto/ Serviço

Contacto

Qualificação

Legenda: CR - Fornecedor Crítico

(Aprovado pela Direcção)

Fornecedor:	Produto/Serviço:	
Morada:		
Telf.:	Fax:	Email:
Responsável pela Qualidade:	Direcção Técnica:	

O LI assegura a confidencialidade de toda a informação abaixo facultada.

1.
A Empresa é Certificada? (se sim, favor enviar cópia do certificado)

Não:

Sim:

Norma:

Entidade:

2. Se assinalou SIM em 1:

O Sistema da Qualidade implementado e certificado inclui todo o âmbito do trabalho sub-contratado?

Não:

Sim:

3. Se assinalou Não em 1:

A Empresa está em fase de implementação do sistema? Possui outra qualificação?

Não:

Sim:

Norma/Documento(s) de Referência:

Entidade:

4. (Não necessita de responder a partir deste ponto se assinalou SIM às questões 1 e 3).

A Empresa assegura para todo o âmbito da sub-contratação:

Nº	Questão	SIM	NÃO	Comentários
4.1				
4.2				
4.3				

Requisitos a assegurar nos fornecimentos:

Se após a avaliação do presente questionário for considerada necessária, por parte do LI, uma auditoria de 2.^a parte, a Empresa declara que aceita a sua realização.

Concordamos com as condições deste acordo e comprometemo-nos a comunicar alterações significativas que potencialmente possam influenciar estes dados.

Representante do Fornecedor (Assinatura e Função)

Data

Representante do LI (Assinatura e Função)

Data

AVALIAÇÃO FINAL DO FORNECEDOR

(Ter em conta as respostas ao questionário e o desempenho histórico, se aplicável)

RQ:	/ /
DT:	/ /
Aprovação do Fornecedor:	
D:	/ /

IDENTIFICAÇÃO
Fornecedor

Produto/Serviço

1.AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO			
Total de fornecimentos	<input type="text"/>	X	
Fornecimentos sem NC	_____	(40)	_____
Fornecimentos com menos de 3 NC	_____	(-5)	_____
Fornecimentos com mais de 3 NC	_____	(-25)	_____
		Total	_____
2. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO			
Com facilidade de pagamento	_____	(10)	_____
Pronto Pagamento	_____	(-5)	_____
		Total	_____
3. PREÇO			
Inferior à concorrência	_____	(15)	_____
Igual à concorrência	_____	(10)	_____
Superior à concorrência	_____	(-5)	_____
Sem parâmetro de comparação		(10)	_____
		Total	_____
4. PRAZO DE ENTREGA			
Conforme acordado	_____	(20)	_____
Atrasos sem implicações para o LI	_____	(-5)	_____
Atrasos com implicações para a LI	_____	(-15)	_____
		Total	_____

5. MANUTENÇÃO E AVARIAS			
Resposta atempada e eficaz	_____	(15)	_____
Resposta lenta, mas eficaz	_____	(-5)	_____
Resposta ineficaz	_____	(-10)	_____
Sem parâmetro de avaliação		(10)	_____
		Total	_____

QUALIFICAÇÃO		
Índice de Qualificação de Fornecedores:	Total dos totais: _____	
	Total de fornecimentos: _____	
IQF=	IQF =	
<table border="1"><tr><td>$\frac{\text{Total dos Totais}}{\text{Total de Fornecimentos}}$</td></tr></table>	$\frac{\text{Total dos Totais}}{\text{Total de Fornecimentos}}$	
$\frac{\text{Total dos Totais}}{\text{Total de Fornecimentos}}$		
Nota: em fornecimentos contínuos considera-se um fornecimento mensal (12/ano)		
RQ: _____ Data: ____ / ____ / ____	NÍVEL:	

NÍVEIS	
A - IQF maior que 80%	Fornecedor sem reservas
B - IQF entre 50 e 80% (inclusive)	Fornecedor com necessidade de melhorias
C - IQF menor que 50%	Outros fornecedores (análise casuística)

Ficha de Controlo e Avaliação das Refeições

(Logótipo da Organização)

Data: _____

Almoço	Jantar
Quantidade Muito <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/>	Quantidade Muito <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/>
Odor Característico <input type="checkbox"/> Com Alteração <input type="checkbox"/>	Odor Característico <input type="checkbox"/> Com Alteração <input type="checkbox"/>
Temperatura Baixa <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/>	Temperatura Baixa <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/>
Aspecto geral Bom <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> Intermédio <input type="checkbox"/>	Aspecto geral Bom <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> Intermédio <input type="checkbox"/>
As refeições estão identificadas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	As refeições estão identificadas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
As refeições correspondem à ementa? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	As refeições correspondem à ementa? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
As refeições incluem pão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	As refeições incluem pão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pão N.º de Entradas: _____ N.º de Sobras: _____	Pão N.º de Entradas: _____ N.º de Sobras: _____
Houve devolução de refeições? (Uma refeição completa inclui: sopa, prato principal, acompanhamento e/ou salada, sobremesa) Sim <input type="checkbox"/> Número de refeições devolvidas? _____ Não <input type="checkbox"/>	Houve devolução de refeições? (Uma refeição completa inclui: sopa, prato principal, acompanhamento e/ou salada, sobremesa) Sim <input type="checkbox"/> Número de refeições devolvidas? _____ Não <input type="checkbox"/>
Observações: Rubrica do Responsável _____	Observações: Rubrica do Responsável _____

Nota: Aplicável nas situações em que as cozinhas não se situam na Instituição.

4. Instruções de Trabalho

As instruções de trabalho são descrições detalhadas de como realizar tarefas podendo ser ou não documentadas. Podem assumir a forma de descrições escritas detalhadas, fluxogramas, matrizes, modelos, notas técnicas incorporadas em desenhos, especificações, manuais de instruções de equipamentos, imagens, vídeos, listas de comprovação ou suas combinações.

As instruções de trabalho deverão descrever quaisquer materiais, equipamentos e documentação a utilizar.

4.1. Estrutura e Formato

As instruções de trabalho devem descrever a realização de todo o trabalho e dar a correcta informação das actividades a serem executadas. A sua estrutura pode ser diferente das dos procedimentos da qualidade. Estes podem incluir ou referir as instruções de trabalho.

Assim, deverão ser desenvolvidas e mantidas instruções de trabalho que descrevam a realização de todo o trabalho que poderia ser prejudicado pela ausência de tais instruções

As instruções de trabalho devem ter um título e uma identificação única.

A estrutura, formato e nível de pormenor das instruções de trabalho deverão ser ajustados às necessidades do pessoal da organização e depender da complexidade do trabalho, dos métodos usados, da formação ministrada e das competências e qualificações desse pessoal.

Cabeçalho

O cabeçalho deverá identificar claramente a Instrução de Trabalho e inclui o logótipo da Organização, o número atribuído à Instrução de Trabalho de acordo com o mapa da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, o número da edição e o número de páginas.

Objectivo e campo de aplicação

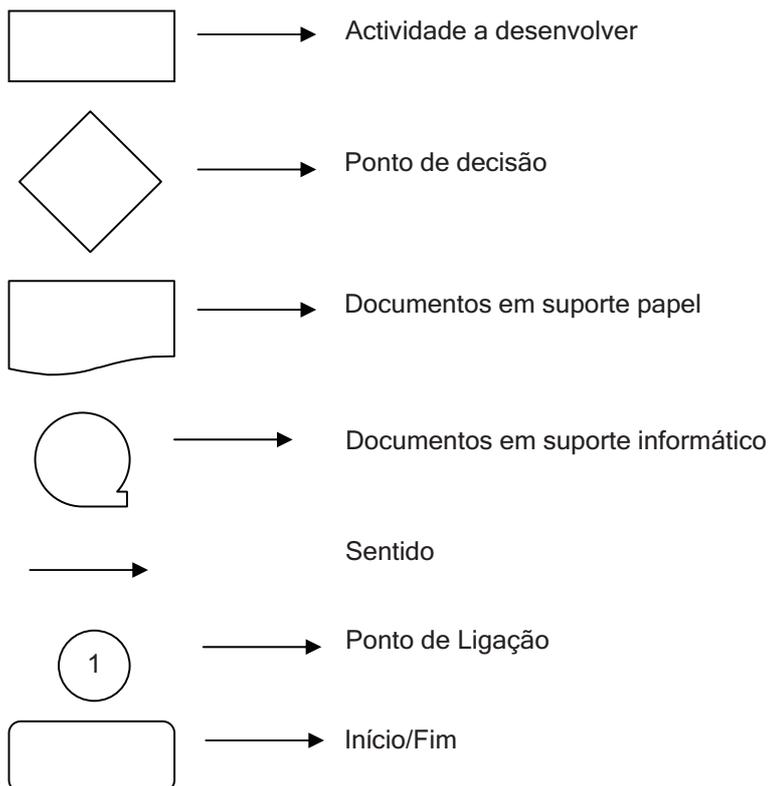
Deverá ser definido o objectivo da Instrução de Trabalho e descrito o seu campo de aplicação.

Modo de proceder

As instruções de trabalho deverão descrever actividades críticas e deverão evitar pormenores que não acrescentem controlo sobre as actividades. A formação pode reduzir a necessidade de instruções pormenorizadas, desde que as pessoas envolvidas disponham da informação necessária para executar correctamente as suas tarefas.

Qualquer que seja o formato ou a combinação de formatos escolhida, as instruções deverão figurar na ordem ou sequência das operações, reflectindo com exactidão os requisitos e as actividades relevantes. Para reduzir confusão e incerteza, deverá ser estabelecido e mantido um formato ou uma estrutura consistentes.

Por exemplo, se se recorrer a um fluxograma, a simbologia a utilizar deverá ser a seguinte:



Verificação, Aprovação e Revisão

A organização deverá evidenciar claramente a verificação e a aprovação das instruções de trabalho, bem como o seu estado e data de revisão.

Registos

Sempre que aplicável, uma Instrução de Trabalho pode fazer referência a impressos que depois de devidamente preenchidos darão origem a registos.

O método de preenchimento, arquivo e manutenção dos registos consta do Procedimento de Controlo de Documentos e Registos.

Identificação das Alterações

Onde possível, deverá ser identificada a natureza da alteração, no próprio documento.

4.2 Instruções de Trabalho para Lares de Idosos

Cada Lar de Idosos elaborará as Instruções de Trabalho que considere necessárias ao desenvolvimento do seu Sistema de Gestão da Qualidade e à prossecução das suas actividades diárias.

Tal como no capítulo dedicado aos Procedimentos Documentados, também aqui são incluídos os impressos associados a cada Instrução de Trabalho de modo a facilitar a sua adopção.

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir o procedimento a adoptar para o tratamento das reclamações em relação aos serviços prestados, bem como para avaliar a satisfação das partes interessadas com os serviços da Organização. Aplica-se a todas as reclamações e acções que permitam avaliar a satisfação dos clientes/utentes/utentes internados.

2. Modo de Proceder

2.1 Avaliação da Satisfação

Anualmente é entregue um Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/utentes/utentes, solicitando que o mesmo seja preenchido pelo próprio ou pela pessoa responsável.

Depois de entregue ao Responsável pela Qualidade (RQ) é realizada uma primeira análise a todos os questionários preenchidos no sentido de identificar sugestões ou factores de insatisfação que justifiquem uma actuação imediata; Neste caso o RQ articula imediatamente com a Direcção. Anualmente é realizado o tratamento estatístico do inquérito e implementadas as acções de melhoria identificadas.

Na sequência desta avaliação, é afixado um agradecimento aos clientes/utentes, juntamente com um resumo do tratamento estatístico do inquérito.

2.2 Tratamento de Reclamações:

1. Após a recepção de uma reclamação, a mesma é analisada no sentido de ser ou não aceite e de se resolver o problema de imediato se for possível, ou de acordar com o cliente/utente uma resolução posterior.
2. Se o cliente/utente pretender registar a reclamação no Livro de Reclamações: facultar o Livro e comunicar à Direcção que procede de acordo com a legislação em vigor.
3. As demais reclamações são comunicadas ao RQ, que registam no IMP. Não Conformidade, Acção Correctiva/ Preventiva.
4. Para as reclamações registadas no Livro, tira-se uma fotocópia que será entregue à Direcção e/ou RQ, que registam e anexam a mesma ao IMP. Não Conformidade, Acção Correctiva/ Preventiva.
5. Todas as reclamações são analisadas no sentido de serem identificadas as suas causas e serem implementadas, sempre que aplicável, as acções correctivas que impeçam a sua repetição, de acordo com o Procedimento - Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas.
6. O RQ mantém um registo actualizado das reclamações recebidas e do seu ponto de situação no IMP. Registo Anual de Reclamações.

IMP.

Verificação:

49
Aprovação:

Data: ___/___/___

Revisão:

Data: ___/___/___

(Logótipo da Organização)

Registo Anual de Reclamações

N.º NC ou LR N.º	Ano	Data	Motivo	Data de Fecho
---------------------	-----	------	--------	---------------

NC: Não conformidade LR: Livro de reclamações

1. Objectivo e Campo de Aplicação: Definir o procedimento a adoptar para a integração dos colaboradores aquando da sua admissão na Organização. Aplica-se a todas as acções que levem à integração do novo colaborador na Organização.

2. Modo de Proceder

2.1 Admissão do Colaborador

No primeiro dia de trabalho do colaborador está presente a Direcção Técnica, que desenvolve as seguintes acções:

- Dá a conhecer ao novo colaborador os objectivos, missão, visão, valores, serviços prestados e a forma de funcionamento da Organização;
- Entrega ao novo colaborador o Manual de Integração e o Regulamento Interno;
- Comunica ao colaborador as Regras de Conduta dos Colaboradores da Organização, constantes da Instrução de Trabalho com a mesma designação, bem como o Código de Ética que é assinado pelo colaborador;
- Entrega ao colaborador a Ficha de Descrição de Funções, que preenche os dados que lhe dizem respeito, e que depois é arquivada no Processo Individual do Colaborador;
- A Direcção Técnica ou a pessoa a quem for delegada essa responsabilidade, faz uma visita pelas instalações e apresenta o colaborador aos seus novos colegas.

2.2 Formação inicial

Sempre que se considerar necessário é ministrada ao novo colaborador a formação inicial indispensável ao bom desempenho das suas funções. Esta formação pode ser dada em sala ou em contexto real de trabalho, devendo ser mantidos os registos da formação - preenchimento dos Impressos “Registo da Acção de Formação”, “Avaliação da Acção de Formação” (quando aplicável) e “Ficha de Registo Individual de Formação”.

Observações

O Manual de Integração e o Regulamento Interno devem ser revistos sempre que existam alterações na Organização, nos serviços da Organização e nos seus procedimentos operacionais.

IMP.

Verificação:

Revisão:

51
Aprovação:

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

(Folha de Rosto)

1. Introdução/Objectivos do Manual de Integração
2. Mensagem da Direcção
3. Apresentação da Organização
 - Breve historial
 - Missão, Visão e Valores
 - Cultura da Organização
 - A sede da Organização
 - Estrutura da Organização
 - Organograma de gestão funcional
 - Como chegar à Organização
 - Contactos da Organização
 - Informações gerais
4. Normas e Procedimentos
5. Relações de Trabalho
 - Direitos dos/as colaboradores/as
 - Deveres dos/as colaboradores/as
 - Direitos da Organização
 - Deveres da Organização
 - Processo de Admissão
 - Horários de Trabalho
 - Férias
 - Feriados
 - Faltas
 - Retribuição
6. Benefícios Sociais
 - Refeitório
 - Subsídio de doença
 - Seguro de acidentes de trabalho
 - Higiene e segurança no trabalho
 - Serviço de medicina no trabalho
 - Formação profissional
 - Órgãos sociais
7. Informações Úteis para Colaboradores Estrangeiros
 - Obtenção do número fiscal de contribuinte
 - Vistos consulares e permanência em Portugal

Ficha de Descrição de Funções

(Logótipo da Organização)

Função: _____

Dados Biográficos

Nome:

Morada:

Telefone:

Data de Nascimento:

Filiação:

Naturalidade:

Freguesia:

Concelho:

Distrito:

Estado Civil:

Dados Profissionais

Habilitações Literárias:

Experiência Profissional:

Formação Complementar:

Categoria Profissional:

Data de Admissão:

Dados Pessoais

N.º BI

Local de emissão:

Data de emissão:

NIF:

N.º de Beneficiário:

NIB da conta bancária:

Grupo Sanguíneo:

Ficha de Descrição de Funções

(Logótipo da Organização)

Função: _____

Agregado Familiar

Nome	Grau de Parentesco	Contacto em caso de urgência
------	--------------------	------------------------------

Evolução na Organização

Data de Admissão:

Tipo de contrato

Progressão na Categoria

Evolução do ordenado

Função desempenhada

Superior hierárquico:

Quem se encontra na sua dependência:

Quem assume as suas funções em caso de ausência:

Principais responsabilidades:

Autoridade:

Tomei conhecimento,

O titular da função _____ Em ___ / ___ / ___

Entrega de Vestuário

Peças de roupa entregues

Confirmação de recebimento

Ocorrências

1. Objectivo e Campo de Aplicação

Definir as regras de conduta e comportamento adequados que devem ser adoptadas pelos colaboradores do Lar de Idosos. Aplica-se a todos os colaboradores do Lar de Idosos.

2. Modo de Proceder:

Para além do definido no “Código de Ética”, as seguintes regras são adoptadas pelos colaboradores do Lar de Idosos de forma a manter uma apresentação e comportamento profissionais durante a execução dos serviços.

A) Regras Gerais:

- Assegurar a privacidade, a autonomia possível, a dignidade e a confidencialidade de cada cliente/utente;
- Estabelecer uma relação empática com cada cliente/utente;
- Promover a aquisição de competências pessoais ao cliente/utente;
- Explicar e justificar (sempre que necessário), as tarefas que vão realizar, solicitando a sua colaboração;
- Não transmitir aos clientes/utentes situações de conflitos entre colegas e restante Equipa Técnica;
- Não transmitir problemas pessoais ou de trabalho ao cliente/utente/família/representante;
- Não transmitir informações confidenciais sobre outros clientes/utentes.

B) Regras de apresentação no LI:

- Apresentação sóbria e limpa;
- Vestuário e calçado adequado e confortável;
- Usar as batas e os cartões de identificação;
- Não utilizar acessórios pessoais nem maquilhagem em excesso;
- Usar os cabelos apanhados;
- Utilizar os aventais, luvas descartáveis e máscaras faciais, quando necessário.

C) Regras de comportamento das Ajudantes de Lar:

IMP.

Verificação:

55
Aprovação:

Data: ___/___/___

Revisão:

Data: ___/___/___

-
- Tratar o cliente/utente pelo nome;
 - Equipar-se para iniciar as tarefas;
 - Lavar as mãos frequentemente;
 - Adoptar uma atitude tranquila, paciente e de diálogo permanente com o cliente/utente enquanto executa as tarefas, ser prática e dinâmica nas funções que vai desempenhar e estar atenta a detalhes;
 - Utilizar um tom de voz calmo;
 - Desligar o telemóvel pessoal;
 - Manter o telemóvel de serviço no modo silencioso e não falar ao telemóvel excepto em situações de emergência;
 - Não comer, não fumar nem mascar pastilha elástica enquanto estiver a desempenhar as suas funções.

As Ajudantes de Lar são coordenadas através de horários definidos mensalmente pela DT.

O desenvolvimento do trabalho das Ajudantes de Lar é efectuado de acordo com os horários definidos no Impresso Horário do Pessoal.

(Logótipo da Organização)

Código de Ética

Comprometo-me a respeitar, relativamente aos clientes/utentes do/a _____(nome da Organização), os seguintes aspectos:

- A privacidade e a dignidade
- A identidade pessoal e a intimidade privada e familiar
- Os costumes e o estilo de vida
- A inviolabilidade da correspondência
- A confidencialidade de todas as informações fornecidas pelo cliente/utente
- A origem étnica, cultura, religião, língua, crenças, orientações e convicções.

Asseguro confidencialidade sobre as actividades desenvolvidas e sobre os dados e informações individuais e familiares das pessoas a que tenho acesso, inclusive quando deixar de ter relações laborais com _____(nome da Organização).

_____/_____/____

(assinatura)

1. Objectivo e Campo de Aplicação: Definir o procedimento a adoptar para o acolhimento inicial e integração do cliente/utente aquando da sua admissão na Organização. Aplica-se a todas as acções respeitantes ao acolhimento inicial e integração do cliente/utente na Organização.

2. Modo de Proceder:

No primeiro dia de admissão do cliente/utente na Organização, está presente a Direcção Técnica que desenvolve as seguintes acções:

- Presta os esclarecimentos necessários;
- Evidencia a importância da participação da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente/utente;
- Recorda as regras de funcionamento do Lar de Idosos;
- Entrega ao cliente/utente ou familiar o Guia de Acolhimento;
- Dá a conhecer o Regulamento Interno;
- Entrega ao cliente/utente o impresso “Lista de Pertences do Cliente/utente” que depois de preenchido é arquivado no Processo Individual do Cliente/utente;
- A Direcção Técnica ou a pessoa a quem for delegada essa responsabilidade, faz uma visita pelas instalações com o cliente/utente e/ou familiar;
- Se, durante o período estabelecido para a integração do cliente/utente na Organização, se verificarem reclamações ou ocorrências que evidenciem a inadaptabilidade do cliente/utente, estas são registadas no Impresso “Registo de Não Conformidade Acção Correctiva/Preventiva”, e segue-se o disposto no Procedimento “Não Conformidades, Acções Correctivas e Preventivas”.

(Folha de Rosto)

1. Mensagem da Direcção
2. O que é o Guia de Acolhimento?
3. A Organização
 - Breve historial
 - Missão, Visão e Valores
 - Cultura da Organização
 - A sede da Organização
 - Estrutura da Organização
 - Organograma de gestão funcional
 - Como chegar à Organização
 - Contactos da Organização
 - Informações gerais
4. Direitos e Deveres
 - Direitos dos Clientes/utentes
 - Deveres dos Clientes/utentes
 - Direitos da Organização
 - Deveres da Organização
5. Participação dos familiares no Acolhimento do Cliente/utente

5. Impressos

Os impressos apresentados aplicam-se a qualquer Lar de Idosos. Uma vez que não se encontram directamente associados a um Procedimento Documentado ou a uma Instrução de Trabalho tomou-se a opção de os incluir em capítulo próprio.

Tal como já foi referido anteriormente, os restantes impressos elaborados no âmbito do Projecto Qual_Idade e que fazem parte integrante deste Manual foram colocados junto aos Procedimentos Documentados e às Instruções de Trabalho a que dizem respeito de modo a facilitar a apreensão e adopção dos mesmos.

Os impressos podem ser utilizados em suporte papel ou em suporte informático. Qualquer dos modelos apresentados podem ser transformados em ficheiros informáticos caso se verifique uma maior facilidade na utilização e gestão dos mesmos.

Plano de Actividades

(Logótipo da Organização)

Ano: _____

Data: ____/____/____

(Folha de Rosto)

1 - Introdução/Enquadramento teórico

2 - Caracterização da População Alvo

3 - Objectivos e Indicadores (Impresso: Matriz Global de Gestão)

4 - Actividades a Desenvolver (Remeter para outros Planos, por exemplo, formação; auditorias...)

4.1 - Cronograma do Plano de Actividades (Impresso)

5 - Recursos

5.1 - Recursos Humanos

5.2 - Recursos Materiais

5.3 - Recursos Financeiros

6 - Avaliação/Monitorização

7- Actividades não enquadradas no Plano

8 - Considerações Finais

IMP.

Verificação:

Revisão:

63

Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Processo	Código	Indicador	Fórmula de Cálculo	P	Objectivo	Téc. Estatística	Responsável
Candidatura	PC 01	Tempo médio de espera entre a inscrição e o contacto para a admissão	Média em meses da diferença entre datas	S		Gráfico de barras	DT
		Nº de Reclamações	Contagem directa	S			
		Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
		Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T			
Admissão	PC 02	Tempo médio entre a existência de uma vaga e o contacto para a admissão	Média em dias da diferença entre datas	S		Gráfico de barras	DT
		Nº de reclamações	Contagem directa	S			
		Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
		Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T			
Elaboração e Acompanhamento do PDI	PC 03	Nº de reclamações	Contagem directa	S			DT
		Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	
		Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T			
		Nº de reclamações	Contagem directa	S			
Nutrição e Alimentação	PC 04	Nº de reclamações	Contagem directa	S			DT
		Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		Gráfico de barras e Gráfico em tarte	

		Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T						
Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto	PC 05	Nº de reclamações	Contagem directa	S	DT	Gráfico de barras e Gráfico em tarte				
		Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A						
		Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T						
		Nº de reclamações	Contagem directa	S						
Cuidados de Saúde	PC 06	Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A	DT	Gráfico de barras e Gráfico em tarte				
		Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T						
		Nº de Clientes/utentes observados pela Equipa de Enfermagem.	Contagem directa	T						
		Consultas Médicas por Cliente/utente	Contagem directa	S			Minimo 1 consulta por semestre por Cliente/utente			
		Planeamento e Acompanhamento das Actividades Socioculturais	PC 07	Número de novas actividades não previstas e desencadeadas no decurso da implementação do PASC			Contagem directa	S	DT	Gráfico de barras
				% Actividades realizadas			Nº de Actividades Realizadas/nº total de actividades planeadas x 100	A		
% de Clientes/utentes Abrangidos	Nº Clientes/utentes abrangidos/nº total de Clientes/utentes x 100			S						
		Nº de reclamações	Contagem directa	S						

	Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A	Gráfico de barras	
Apoyo Psicossocial	% de Clientes/utentes apoiados em Serviços Sociais	Nº de Clientes/utentes com apoio social/nº total Clientes/utentes x 100	S	DT	
	% de Clientes/utentes alvo de Avaliação Psicológica	Nº de Clientes/utentes apoiados/nº total de Clientes/utentes sinalizados x 100	S		
	% de Clientes/utentes abrangidos de Apoio Psicológico	Nº de Clientes/utentes com apoio psicológico/nº total Clientes/utentes x 100	S		
	% de Clientes/utentes abrangidos pelo apoio Post-Mortem	Nº de Clientes/utentes apoiados/nº total de Clientes/utentes sinalizados x 100	A		
	% de Clientes/utentes abrangidos pelo Apoio Religioso	Nº de Clientes/utentes apoiados/nº total de Clientes/utentes sinalizados x 100	S		
	Nº de reclamações	Contagem directa	S		
	Satisfação do Cliente/Utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		
	Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T		
	Nº de Reclamações	Contagem directa	S		
	Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		DT
Serviços de Apoio	Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T		
	Nº de Reclamações	Contagem directa	S		
	Satisfação do Cliente/utente	Soma das % de Respostas Muito Satisfeito e Satisfeito	A		
	Nº de Ocorrências/Não-Conformidades	Contagem directa	T		
Indicadores Gerais		Análise das respostas ao IMP.27	A		
		Análise das respostas ao IMP.10	A		
		nº de horas/colaborador/ano	A	Gráfico de barras	

P: Periodicidade

S: Semestral

T: Trimestral

A: Anual

Cronograma do Plano de Actividades

Ano:

(Logótipo da Organização)

Assunto: _____

Página: de

Descrição das Acções	Resp.	Meses												Ponto da Situação		
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			

Relatório de Actividades

(Logótipo da Organização)

Ano: _____

Data: ____/____/____

(Folha de Rosto)

1 - Introdução

2 - Caracterização dos Clientes/Utentes

Grau de Dependência

Apoio prestado

Faixa Etária

Principais patologias

Outras

3 - Organização Interna do Serviço

Pessoal

Dificuldades/Constrangimentos

Resultados/Factores de Sucesso

4 - Balanço do SGQ

A Política da Qualidade

Relatórios de auditorias da qualidade internas e externas

Reclamações

Satisfação dos Clientes/utentes

Não conformidades

Indicadores de desempenho dos processos

Relatórios de acções correctivas e preventivas

Seguimento das acções resultantes das anteriores revisões ao Sistema de Gestão da Qualidade

Concretização dos objectivos definidos

Alterações que possam afectar o Sistema de Gestão da Qualidade

Existência de recursos adequados e eficazes

Necessidades e recomendações da Organização ou outras entidades do sector de actividade

Sugestões de melhoria ao Sistema de Gestão da Qualidade dadas pelos colaboradores

Avaliação de fornecedores

Desempenho dos colaboradores

Acções/Actividades desenvolvidas e respectiva avaliação

Iniciativas extra Plano de Actividades

Perspectivas globais para o ano seguinte

Anexos (Gráficos e Dados)

IMP.

Verificação:

Revisão:

68
Aprovação:

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

(Logótipo da Organização)

Controlo das Infraestruturas

Ano:

Página: de

Infraestrutura	Contrato de Assistência - Empresa	Modelo de Intervenção	Observações
----------------	-----------------------------------	-----------------------	-------------

Assinatura da Direcção

Ficha de material fornecido ao Cliente/Utente

(Logótipo da Organização)

Lar de Idosos	<input type="text"/>	Gestor de caso	<input type="text"/>
Freguesia	<input type="text"/>	USSC/Centro de saúde	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>		
Data de Nascimento	<input type="text"/>	Contacto	<input type="text"/>

Lista de material fornecido ao cliente

Produtos	Quantidade	Data de entrega	Previsão de nova entrega	Assinaturas		Observações
				Pelo Cliente	Pelo Estabelecimento	
NOTAS:						

(Logótipo da Organização)

Requisição de Transportes

Ano:

Página: de

Hora

Data

Partida

Destino

Viatura

Motivo

Assinatura

Sugestões de Melhoria

É importante melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados ao Cliente/Utente, introduzir melhorias (Logótipo da Organização) internas na organização do Lar de Idosos, nos aspectos físicos, logísticos e condições de trabalho, melhorar os métodos de trabalho, conforto dos Clientes/Utentes e o Sistema de Gestão da Qualidade. Assim, pedimos a Sua colaboração no preenchimento deste impresso sempre que tenha alguma sugestão a fazer. Obrigado.

N.º	SUGESTÃO	JUSTIFICAÇÃO	DATA ASSINATURA	ANÁLISE DA DIRECÇÃO	DATA ASSINATURA
-----	----------	--------------	--------------------	---------------------	--------------------

(Logótipo da Organização)

Programa Anual de Actividades Socioculturais dos Clientes/Utentes

ANO: _____

Mês	Dia	Actividade	Recursos Humanos	Recursos Financeiros	N.º de Clientes/Utentes que participam
------------	------------	-------------------	-------------------------	-----------------------------	---

(Logótipo da Organização)

Registo Geral de Participação nas Actividades Socioculturais

Actividade: _____

Data: ___/___/___

Nome do(a) Cliente/Utente	Presença	
	Sim	Não

(Logótipo da Organização)

Ficha de Ocorrências

Lar de Idosos **Gestor de caso**

Nome

FICHA DE OCORRÊNCIAS

DATA	OBSERVAÇÕES	Assinatura

Diurno

Alargado

ANO
MÊS

(Logótipo da Organização)

Registo de Higienização das Instalações

Mês/Ano: _____

Local: _____

Data

Hora

Actividade Realizada

Funcionário(a)

(Logótipo da Organização)

Registo de Visitas a Clientes/Utentes

Nome do(a) Visitante	N.º Documento Identificação	Nome do(a) Cliente/Utente	Data	Hora Entrada	Hora Saída	Assinatura do(a) Responsável
----------------------	-----------------------------	---------------------------	------	--------------	------------	------------------------------

Nome do(a) Cliente/Utente	Data	Hora Saída	Hora Entrada	Motivo	Assinatura do(a) Responsável
---------------------------	------	------------	--------------	--------	------------------------------

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Data de nascimento: Data de comemoração: Idade: Anos

Morada

Código Postal: - Localidade _____

Freguesia _____

Telefone

Nº SNS

Nº Utente da SCML

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS PRÓXIMAS AOS CLIENTES

Familiar Vizinho Amigo Voluntário Outro. QUEM ?

Nome:

Morada

Código Postal: - Localidade _____

Freguesia _____

Telefones

Familiar Vizinho Amigo Voluntário Outro. QUEM ?

Nome:

Morada

Código Postal:

-

Localidade

Freguesia

Telefones

3. OUTROS CONTACTOS

PSP

Bombeiros

EDP

EPAL

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Médico de família

Nome

Contactos

Centro de Saúde:

Médico da SCML

Nome

Contactos

Unidade Saúde Santa Casa

Hospital a que pertence

Telefone:

5. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DE CASO

Nome

Telefone:

Telemóvel:

Registo de Mudança de Fralda

Nome: _____											
Mês/Anc: _____											
DIA	MUDANÇA DE FRALDA				Colaborador(a)	DIA	MUDANÇA DE FRALDA				Colaborador(a)
	Urina	Fezes	Diarreia	Horário			Urina	Fezes	Diarreia	Horário	
1						9					
2						10					
3						11					
4						12					
5						13					
6						14					
7						15					
8						16					

Registo de Mudança de Fralda

Nome:		Mês/Ano:									
		MUDANÇA DE FRALDA					MUDANÇA DE FRALDA				
DIA	Urina	Fezes	Diarreia	Horário	Colaborador(a)	DIA	Urina	Fezes	Diarreia	Horário	Colaborador(a)
17						25					
18						26					
19						27					
20						28					
21						29					
22						30					
23						31					
24											

(Logótipo da Organização)

Registo de Posicionamento e Hidratação

Nome: _____ Mês/Ano: _____

D/H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	Colaborador(a)	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										

P:

Posicionamento

Hi: Hidratação

Nome: _____

DATA

INFORMAÇÃO MÉDICA

—:—

—:—

—:—

—:—

—:—

—:—

Registo de Medicação

(Logótipo da Organização)

Nome: _____ Mês/Ano: _____

INSTRUÇÕES

- Favor registar o dia e assinar por baixo do turno.
- A **assinatura** do enfermeiro assegura que a **medicação**, conforme a prescrição, para ser administrada no seu turno, **foi efectivamente administrada**. No caso de acontecerem situações que ponham em causa este pressuposto (ex. o cliente/utente recusou, o cliente/utente esteve ausente, o cliente/utente está com dieta zero, etc.) é favor colocar um X no quadrado de “Ocorrência” e, depois, registar na 2ª tabela os factos que são dignos de registo.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORÁRIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> </tr> </table>	DIA	HORÁRIO			_____	_____	_____	_____		Rubrica	Rubrica	Rubrica		____:____	____:____	____:____		<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORÁRIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> </tr> </table>	DIA	HORÁRIO			_____	_____	_____	_____		Rubrica	Rubrica	Rubrica		____:____	____:____	____:____		<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência
DIA	HORÁRIO																																								
_____	_____	_____	_____																																						
	Rubrica	Rubrica	Rubrica																																						
	____:____	____:____	____:____																																						
	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência																																						
DIA	HORÁRIO																																								
_____	_____	_____	_____																																						
	Rubrica	Rubrica	Rubrica																																						
	____:____	____:____	____:____																																						
	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORÁRIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> </tr> </table>	DIA	HORÁRIO			_____	_____	_____	_____		Rubrica	Rubrica	Rubrica		____:____	____:____	____:____		<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORÁRIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> </tr> </table>	DIA	HORÁRIO			_____	_____	_____	_____		Rubrica	Rubrica	Rubrica		____:____	____:____	____:____		<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência
DIA	HORÁRIO																																								
_____	_____	_____	_____																																						
	Rubrica	Rubrica	Rubrica																																						
	____:____	____:____	____:____																																						
	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência																																						
DIA	HORÁRIO																																								
_____	_____	_____	_____																																						
	Rubrica	Rubrica	Rubrica																																						
	____:____	____:____	____:____																																						
	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORÁRIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> </tr> </table>	DIA	HORÁRIO			_____	_____	_____	_____		Rubrica	Rubrica	Rubrica		____:____	____:____	____:____		<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORÁRIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> <td style="text-align: center;">Rubrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> <td style="text-align: center;">____:____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ocorrência</td> </tr> </table>	DIA	HORÁRIO			_____	_____	_____	_____		Rubrica	Rubrica	Rubrica		____:____	____:____	____:____		<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência
DIA	HORÁRIO																																								
_____	_____	_____	_____																																						
	Rubrica	Rubrica	Rubrica																																						
	____:____	____:____	____:____																																						
	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência																																						
DIA	HORÁRIO																																								
_____	_____	_____	_____																																						
	Rubrica	Rubrica	Rubrica																																						
	____:____	____:____	____:____																																						
	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência	<input type="checkbox"/> Ocorrência																																						

Favor registar as ocorrências/incidentes com a medicação deste(a) cliente/utente, assinalando o dia e o turno.

Dia	Horário	Incidentes/Ocorrências	Assinatura
_____	____:____		
_____	____:____		
_____	____:____		

Inventário de Medicamentos do Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

(Classificação) _____

Categoria Farmacológica: _____

Nome

Tipo

Data Validade

Data Consumo

Stock de Materiais de Enfermagem do Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

(Classificação) _____

REQUISIÇÃO SEMANA:

DATA ___ / ___ / ___

DEVOLUÇÃO:

CÓDIGO DO SERVIÇO: _____

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)

CÓDIGO	Material	STOCK	PEDIDO	AVIADO
Soroterapia	Sistemas de soro simples			
	Prolongamentos			
	Torneiras de 3 vias			
	Controladores de gota			
	Obturadores (Bionecteur)			
	Abocath n.º18			
	Abocath n.º 20			
	Abocath n.º 22			
	Agulhas EV (20G x1" 0,90 x25mm)			
	Agulhas IM (21Gx1 ½" 0,50x40mm)			
	Agulhas SC (25Gx5/8" 0,50x16mm)			
	Transferes - Sistemas de transvase			
	Seringas 1ml			
	Seringas 2ml			
	Seringas 5 ml			

Stock de Materiais de Enfermagem do Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

(Classificação) _____

CÓDIGO	Material	<i>STOCK</i>	PEDIDO	AVIADO
	Seringas 10ml			
	Seringas 20ml			
	Contentores de cortantes 1L			
	Contentores de cortantes 3L			
	Soro Fisiológico 10 ml			
	Soro Fisiológico 100 ml			
	Soro Fisiológico 500ml			
	Soro Fisiológico 1000ml			
	Dextrose 5% em SF 500ml			
	Dextrose 5% em H ₂ O 500ml			
	Dextrose 5% em H ₂ O 100ml			
	Soro Polielectrolítico 500 ml			
	Soro Polielectrolítico 1000 ml			
	Glicose Hipertónica 30%			
	Água Destilada 10ml			
	Água destilada 100 ml			
Oxigenoterapia	Óculos Nasais			
	Máscaras faciais 50%			
	Tubos de Guedel			
	Sondas de Aspiração n.º10			
	Sondas de Aspiração n.º12			
	Sondas de aspiração n.º 14			

Stock de Materiais de Enfermagem do Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

(Classificação) _____

CÓDIGO	Material	<i>STOCK</i>	PEDIDO	AVIADO
	Sondas de aspiração n.º 16			
	Sondas de oxigénio			
	Muco-extractor com tampa			
	Máscaras de aerossol c/ reservatório nebulizador			
	Conexões em Y para aspirador			
Eliminação	Algálias Folley n.º 14			
	Algálias Folley n.º 16			
	Algálias Folley n.º 18			
	Algálias Silastic n.º16			
	Algálias Silastic n.º 18			
	Algálias Silastic n.º 20			
	Dispositivos urinários - URINAR			
	Sacos Colectores c/ válvula			
	Seringas Vesicais 100 ml			
	Sondas de enteroclise n.º 22			
	Sondas de enteroclise n.º 28			
Material de Pensos	Gaze para compressas			
	Manga para esterilização 5 cm			
	Manga esterilização 10 cm			
	Manga esterilização			
	Ligaduras de crepe 10cmx 4m			
	Ligaduras de Crepe 5cmx4m			

Stock de Materiais de Enfermagem do Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

(Classificação) _____

CÓDIGO	Material	<i>STOCK</i>	PEDIDO	AVIADO
	Ligaduras de crepe 15cmx10m			
	Adesivo Operfix 10cmx 10m			
	Lâminas de bisturi n.º11			
	Lâminas de bisturi n.º20			
	Steri strip (eurosuture)			
	Pensos Rápidos			
	Placas hidrocolóides (Hidrocoll)			
	INADINE 10X 10 cm			
	Gase Iodoformada 10x 10 cm			
	Placas hidrocolóides Varihesive extra fino 10x10 cm			
	Placas hidrocolóides (ASKINA) 20x20cm			
	Alginato de Cálcio - ALGISITE M 20x20 cm			
	Gaze vaselinada (caixa de 36 peças)			
	Compressas de carvão activado - ACTISORB			
Soluções, Cremes, Pomadas	Hidrogel - Varihesive			
	Colagenase ULCERASE			
	Sulfadiazina de prata - SILVEDERMA			
	Betadine pomada			
	Vitamina A - HALIBUT			
	Óxido de zinco - OLIDERMIL			

Stock de Materiais de Enfermagem do Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

(Classificação) _____

CÓDIGO	Material	<i>STOCK</i>	PEDIDO	AVIADO
	Trombocid			
	Ácido Fusídico - FUCIDINE			
	ÁGUA OXIGENADA			
	Éter Etílico 1L			
	Álcool Etílico 70º 25L			
	Tintura de Benjoin 1L			
	Vaselina Esterilizada			
	Pantenol unguento - Bephanthene			
	Creme Hidratante ATL 1 Kg (com doseador)			
	Cloridrato de lidocaína (LIDONOSTRUM)			
Alimentação	Sondas nasogástricas n.º18			
	Sondas nasogástricas n.º20			
	Tampas para sonda			
Outros Consumíveis				

1 - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE/UTENTE

Nome _____ Nome pelo qual prefere ser chamado: _____

Nº Utente do SNS: _____ Entidade financiadora responsável: _____ Nº de utente: _____

Idade: _____ Data de Nascimento : _____ (dd/mm/aaaa)

Estado civil: solteiro(a)
 casado(a)/união de facto Profissão: _____
 divorciado(a)
 viúvo(a) Residia com: _____

Morada anterior: _____ Tel.: _____

Nome do familiar/ Pessoa significativa: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Centro de Saúde: _____ Médico de Família: _____ Enfermeiro(a): _____

2 - DADOS DE ADMISSÃO

Proveniência:

- Domicílio
- Lar de idosos/Residência
- Hospital
- Unid. de Convalescência
- Unid. de MDR
- Unid. de LDM
- Centro de Saúde/USF com internamento

Diagnóstico:

Internado de ___/___/___ a ___/___/___

Traz carta de transferência de Enfermagem?

Sim Não

Enfermeiro/a:

Médico/a Assistente:

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS

Patologias conhecidas:

Medicação habitual:

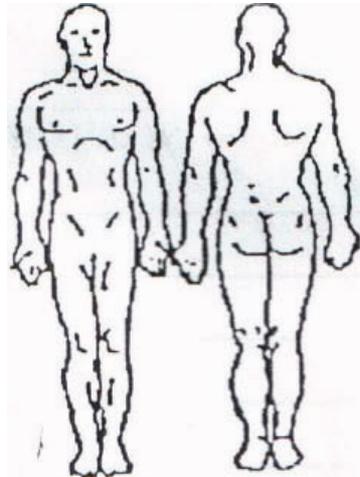
Alergias:

4 - OBJECTIVOS DO INTERNAMENTO:

5- ENQUADRAMENTO/SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR (resumido):

6- NECESSIDADES/APOIO ESPIRITUAL:

7 - SINAIS E SINTOMAS VITAIS:			
Temperatura:	Frequência cardíaca:	T.A.	Frequência respiratória:
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Localização:			
Intensidade referida (assinalar) : <u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> (Observações: 0 = sem dor; 10 = dor máxima.)			
Medicação analgésica prescrita e critérios de administração:			
8 - ACTIVIDADES DE VIDA	OBSERVAÇÃO / CUIDADOS/ TIPO DE AJUDA		
Estado de consciência e Expressão	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Confuso/ agitação psicomotora	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Tipo de desorientação:	<input type="checkbox"/> Disártrico <input type="checkbox"/> Afásico Tipo de Afasia <input type="checkbox"/> Outra perturbação da linguagem (especificar):
Higiene e vestuário	Banho: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Na cama c/ ajuda total <input type="checkbox"/> Na cama c/ ajuda parcial <input type="checkbox"/> No WC c/ ajuda total <input type="checkbox"/> No WC c/ ajuda parcial	Vestuário: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Outros cuidados pessoais (quais e tipo de ajuda):	
Alimentação e Hidratação	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial Tipo de dieta: Peso: Hábitos alimentares/Observações:	<input type="checkbox"/> Disfagia Tipo - <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Sonda Naso-gástrica : n.º <input type="checkbox"/> PEG Data	Entubado a Mudar a :
Locomoção e Mobilidade	<input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama	<input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama	<input type="checkbox"/> Meios auxiliares de marcha: <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Canadianas <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> C. rodas <input type="checkbox"/> Pirâmide/tripé <input type="checkbox"/> Andarilho
Observações:			

Eliminação	Vesical	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial	<input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário <input type="checkbox"/> Algáliação Tipo de Algália n.º Algaliado a Mudar a	<input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Nefrostomia <input type="checkbox"/> Drenagem supra-púbica
	Intestinal	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Íleostomia
Respiração	<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Polipneia Observações:	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Inala terapia <input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação Não Invasiva <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Secreções brônquicas: Características:	
Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Acorda facilmente <input type="checkbox"/> Dorme por períodos Observações:	<input type="checkbox"/> Insónias <input type="checkbox"/> Vespertinas <input type="checkbox"/> Intermédias <input type="checkbox"/> Matutinas <input type="checkbox"/> Indutores do sono (especificar):		
9 - SISTEMA TEGUMENTAR: Mucosas: <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações(especificar):			Localização 	
Descrição			Tratamento	
1-				
2-				

(Logótipo da Organização)

Processo de Enfermagem

3 -		
4 -		

GRAU DA ÚLCERA DE PRESSÃO	ASPECTO DA FERIDA/ÚLCERA	ALTERAÇÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS
1 - Eritema/hiperémia não reversível ao alívio da pressão; 2 - Destruição da epiderme e parte da derme. Aspecto de abrasão e/ou flictena; 3 - Destruição total da epiderme e derme com envolvimento das camadas subcutâneas profundas; 4 - Destruição extensa, necrose tecidual, envolvendo o músculo	1 - Tecido necrosado solto; 2 - Tecido necrosado aderente; 3 - Amolecimento dos bordos da ferida; 4 - Endurecimento dos bordos da ferida; 5 - Tecido de granulação; 6 - Tecido epitelial; 7 - Outros _____	1 - Pele brilhante, fina, edema; 2 - Pele seca, eczematosa; 3 - Pele vermelha, quente; 4 - Reacções alérgicas 5 - Alterações da coloração da pele.

10 - OUTRAS OBSERVAÇÕES/CUIDADOS ESPECIAIS:

FONTES DA INFORMAÇÃO:

O(A) ENFERMEIRO(A)

Data:

Avaliação de Risco de Úlceras de Pressão
(Adaptação da escala de Norton)

Estado Físico	Estado Mental	Grau de Dependência	Mobilidade	Incontinência
BOM - 4	CONSCIENTE - 4 Escala de Glasgow 15	INDEPENDENTE - 4 Na totalidade das actividades de vida	TOTAL - 4	S/INCONTINÊNCIA - 4
DÉBIL - 3 Características: Pele sensível Edema moderado Deformação óssea	CONFUSO/ DESORIENTADO - 3 Características: Discurso incoerente Desorientação T e E Pouco comunicativo	CAMINHA COM AJUDA - 3 Características: De outra pessoa Andarilho Canadianas Tripé	LIMITADO - 3 Características: Diminuição da força dos MS'S Diminuição da força dos MI'S	INCONTINÊNCIA - 3 Características: Ocasional Sudorese
MAU - 2 Características: Diminuição da sensibilidade Obesidade Alterações da Tº corporal Patologias associadas	PROSTAÇÃO - 2 Características: Afásico Sonolento	DESLOCA-SE EM CADEIRA DE RODAS - 2	MUITO LIMITADO - 2 Hemiparésia Hemiplégia	INCONTINÊNCIA - 2 Características Urinária Perda de líquido ascítico Perda de líquidos orgânicos
MUITO MAU - 1 Características: Choque Desnutrição Desidratação Anasarca TOTAL	COMA - 1 Características: Reactivo a estímulos dolorosos Não reactivo	ACAMADO - 1	IMÓVEL - 1 Características: Tetraplégico Paraplégico Anquilosado	INCONTINÊNCIA - 1 Características Incontinência urinária e fecal

SE HOUVER ÚLCERAS DE PRESSÃO DEVE CONSIDERAR-SE ALTO RISCO

PONTUAÇÃO

Sem Risco - **20**

Pouco Risco - **13 a 20**

Risco Moderado - **8 a 12**

Alto Risco - **< 8**

MEDIDAS

Sem medidas

Levantes se não RAL

Hidratação da pele

Posicionamento 1 X turno

Massagem de conforto 1X turno

Levantes se não RAL

Protecção das proeminências ósseas

Massagem de conforto de 3/ 3 horas

Posicionamento de 3/ 3 horas

Levantes se não RAL

Nutrição hiperproteíca + hidratação oral

CAPACIDADE FÍSICA E FUNCIONAL

Índice de Katz

Tomar banho (na banheira ou chuveiro)

Não recebe assistência (entra e sai da banheira sem ajuda)

Recebe assistência no banho apenas a uma parte do corpo, como costas ou uma perna ou para entrar ou sair da banheira

Recebe assistência no banho a mais do que uma parte do corpo

Observações

Vestir-se (tira as roupas das gavetas e armários incluindo roupa de baixo, roupa de saída usando fixadores (incluindo suspensórios se utilizados)

Obtém as roupas e veste-se completamente sem auxílio

Obtém as roupas e veste-se sem auxílio, excepto para atar os sapatos

Recebe auxílio para preparar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente despido

Observações

Casa de banho (cuidados de higiene) - vai à casa de banho para urinar ou defecar, limpa-se sozinho após defecar ou urinar e arranja as roupas

Vai à casa de banho para o processo de eliminação, limpa-se e compõe as roupas sem auxílio (pode usar objectos de suporte como bengala, muleta ou cadeira de rodas e pode preparar a arrastadeira para a noite, despejando-a de manhã).

Recebe assistência para ir à casa de banho ou para se limpar, para vestir as roupas ou preparar o bacio para passar a noite

Não vai à casa de banho para o processo de eliminação

Transferência

Deita-se e levanta-se da cama assim como se senta e levanta da cadeira sem auxílio (pode usar objectos de suporte, como muletas ou bengala)

Necessita de auxílio para se deitar e levantar da cama e para se sentar e levantar da cadeira

Não sai da cama

Continência

Controla os movimentos de urinar e defecar por si próprio

Tem acidentes ocasionais

Ajuda na verificação do controlo da retenção da urina e fezes, usa cateter ou é incontinente

Alimentação

Alimenta-se sem ajuda

Alimenta-se sem ajuda excepto para cortar carne ou pôr manteiga no pão

Recebe assistência na alimentação ou é alimentado em parte ou completamente por tubos ou fluidos intravenosos

TOTAIS:

Nível I

Nível II

Nível III

Nível IV

ACTIVIDADES SENSORIAIS

Fala

Expressão verbal perfeita / correcta

Não compreensão ou afasia

Visão

Normal

Má

Muito má ou cegueira (cego)

Audição

Normal

Má

Muito má (surdez)

Observações

--

NÍVEL COGNITIVO

Mini-Mental State Examination

Orientação Temporal e Espacial (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação do ano estamos?

Em que país estamos?

Em que distrito vive?

Em que terra vive?

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

NOTA

Retenção (1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor"

Pêra

Gato

Bola

NOTA

Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3. depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete o processo até eu lhe dizer para parar.

27 O

24 O

21 O

18 O

15 O

NOTA

Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar

Pêra	<input type="checkbox"/>	NOTA
Gato	<input type="checkbox"/>	
Bola	<input type="checkbox"/>	

Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio	<input type="checkbox"/>	NOTA
Lápis	<input type="checkbox"/>	

b. Repita a frase que eu vou dizer:

O RATO ROEU A ROLHA	<input type="checkbox"/>	NOTA

c. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa (ou sobre a cama, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita	<input type="checkbox"/>	NOTA
Dobra ao meio	<input type="checkbox"/>	
Coloca onde deve	<input type="checkbox"/>	

d. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz. Mostrar o cartão com a frase bem legível" FECHER OS OLHOS "; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos	<input type="checkbox"/>	NOTA

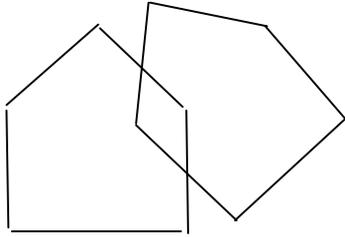
e. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

<input type="text"/>	NOTA

Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia



(Máximo 30 pontos)

TOTAL

O Utente

	SIM	NÃO
Tem boa verbalização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstra um discurso com lucidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue exprimir necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações

Capacidade para usar o telefone

Utiliza o telefone por iniciativa própria e sem ajuda	1
Marca os números mais conhecidos	1
Atende o telefone mas não faz chamadas	1
Não usa nunca o telefone	0
Não se aplica	X

Ir às compras

Realiza todas as compras necessárias sem ajuda	1
Faz pequenas compras	1
Necessita de companhia para fazer qualquer compra	1
Completamente incapaz de ir às compras	0
Não se aplica	X

Preparação das refeições

Planeia, prepara e serve a comida adequada com independência	1
Prepara a comida se lhe facultam os ingredientes	1
Prepara comida mas não faz uma dieta adequada	1
Necessita que se lhe prepare a comida	0
Não se aplica	X

Cuidar da casa

Cuida da casa sem ajuda, ou esta é apenas ocasional	1
Realiza tarefas domésticas ligeiras	1
Realiza tarefas domésticas ligeiras, mas não mantem um nível de limpeza aceitável	1
Necessita de ajuda em todas as tarefas da casa	0
Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0
Não se aplica	X

Lavagem da roupa

Lava a roupa sem ajuda	<input type="checkbox"/>	1
Lava ou enxagua algumas peças	<input type="checkbox"/>	1
Necessita de alguém que trate da lavagem da roupa	<input type="checkbox"/>	0
Não se aplica	<input type="checkbox"/>	X

Meio de transporte

Desloca-se com independência	<input type="checkbox"/>	1
Não usa transportes públicos, excepto táxis	<input type="checkbox"/>	1
Desloca-se em transportes públicos, com a companhia de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	1
Desloca-se em táxi ou automóvel, com ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	0
Não se desloca nunca	<input type="checkbox"/>	0
Não se aplica	<input type="checkbox"/>	X

Responsabilidade sobre a medicação

Não precisa de ajuda para tomar correctamente a medicação	<input type="checkbox"/>	1
Necessita que lhe sejam preparadas as doses antecipadamente	<input type="checkbox"/>	0
Não é capaz de se responsabilizar pela própria medicação	<input type="checkbox"/>	0
Não se aplica	<input type="checkbox"/>	X

Capacidade para usar o dinheiro

Não precisa de ajuda para usar o dinheiro nem para pagar contas	<input type="checkbox"/>	1
Necessita de ajuda para ir ao banco, para efectuar grandes pagamentos, etc.	<input type="checkbox"/>	0
Incapaz de usar dinheiro	<input type="checkbox"/>	0
Não se aplica	<input type="checkbox"/>	X

Isolamento / Comunicação Afectiva e Social

Sem comunicação	0
Comunicação centrada no domicílio	2
Comunicação centrada na envolvente habitacional	5
Comunicação alargada ao mundo exterior	7

Relação Familiar

Sem relação familiar	1
Com participação familiar	4
Com integração familiar funcional	8

Mobilidade

Sem mobilidade	0
Mobilidade com ajuda de outros	2
Mobilidade através de ajudas técnicas	4
Mobilidade sem ajuda	7

Actividades da Vida Diária

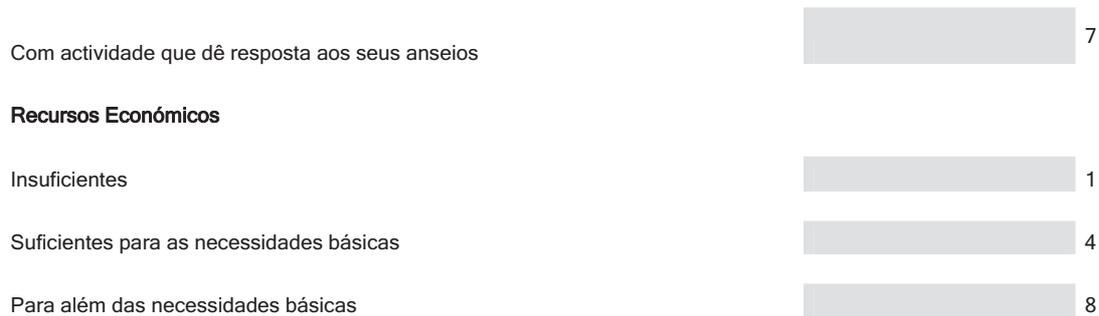
Sem actividades	0
Actividades com ajuda de outros	2
Actividade através de ajudas técnicas	5
Actividades sem ajuda	7

Actividade Ocupacional

Sem actividade	0
Com actividade esporádica	4
Com actividade regular	6
Actividade ocupacional remunerada	1

Actividade Lúdica

Sem actividade	0
Com actividade regular	5



AVALIAÇÃO COGNITIVA (Pontuação / SCORE)

Considera-se com défice cognitivo:

Analfabetos - menor ou igual a 15

1 a 11 anos de escolaridade - menor ou igual a 22

Com escolaridade superior a 11 anos - menor ou igual a 27

DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (baseadas no índice de KATZ)

1 - Banho

2 - Vestir-se

3 - Casa de banho (cuidados de higiene)

4 - Transferências

5 - Continência

6 - Alimentação

Nível I - Quando o indivíduo é independente com as ajudas técnicas ou dispositivos postos à sua disposição para fazer face às necessidades da vida diária e só necessitar de ajuda de terceiros para se movimentar fora de casa.

Ex: Subir e descer escadas, utilizar transportes.

Nível II - Quando o indivíduo está dependente em pelo menos uma das actividades da vida diária.

Nível III - Quando o indivíduo está dependente em mais de uma actividade de vida diária.

Nível IV - Quando o indivíduo necessita de ajuda contínua nas actividades da vida diária, durante as 24 horas do dia.

ÍNDICE DE LAWTON - ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

Escala:

8 - Independência Total

0 - Dependência Total

Entre 0 e 8 - Dependência Parcial

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

A Grelha de Avaliação baseia-se em 7 componentes básicos da vida adulta.

Este índice oscila entre os valores 3 e 50, considerando existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a **23**.

QUALIDADE DE VIDA - Percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

Isolamento - Ausência de comunicação.

Comunicação Afectiva - Relações afectivas que se estabelecem e desenvolvem entre o idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos.

Comunicação Social - Relações não afectivas com pessoas, lugares ou acontecimentos, quer por contacto directo quer através dos meios de comunicação social.

Domicílio - Local actual da residência.

Envolvente Habitacional - Ambiente arquitectónico e social que circunda o domicílio.

Mundo Exterior - Tudo o que fica para além da envolvente habitacional

Ajuda Técnica - Qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível, que previne, compensa, atenua ou neutraliza a incapacidade.

Actividades da Vida Diária - Todas as acções quotidianas que é necessário realizar para satisfazer as necessidades humanas básicas.

Actividade Ocupacional - Tarefas ou actividades de natureza profissional.

Actividade Lúdica - Actividade cultural, recreativa ou de lazer que proporciona divertimento, distração ou passatempo.

Relação Familiar - Relação afectiva e social entre o idoso e os elementos da família.

Participação Familiar - Ligação afectiva e social implicando relação de ajuda entre os elementos da família.

Integração Familiar Funcional - Inserção do idoso num núcleo familiar da qual resultam laços familiares gratificantes.

Lar de Idosos		Gestor de caso	
Freguesia		USSC/Centro de saúde	
Nome			
Data de Nascimento		Contacto	

Ficha Cuidados de Saúde

DATA	HORA	POSICIONAMENTOS				HIDRATAÇÃO	MASSAGEM (Creme Gordo / Halibut e outro prescrito)	URINA (Nível no Saco)	TEMP. AXILAR	Assinatura
		Lateral Esquerdo	Dorsal (Barriga p/ cima)	Lateral Direito	Sentado					

Lar de Idosos **Gestor de caso**

Nome

Data de Nascimento **Contacto**

Ficha de Medicação e Indicação Terapêutica

Nome dos Medicamentos	Horário/Dose					SOS	Observações	Assinatura
	Jejum	Peq. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar			

Lar de Idosos	<input type="text"/>	Gestor de caso	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>		
Data de Nascimento	<input type="text"/>	Contacto	<input type="text"/>

Ficha de Monitorização de Parâmetros Vitais e de Glicémia Capilar

Data	TA	Pulso	GLICÉMIA			TEMP. AXILAR	Observações	Assinatura
			Jejum	90 min. após almoço	90 min. após jantar			

Introdução

Objectivos

Identificação do Lar de Idosos

Localização Geográfica

Descrição do Estabelecimento

Identificação das Fontes de Energia

População por Piso, tendo em conta o Período de Funcionamento

Identificação de Riscos

Internos

Externos

Meios e Recursos

Meios de 1.ª Intervenção no combate a Incêndios

Alarme e Alerta

Sinalização de Segurança

Iluminação de Emergência

Organização de Segurança

Estrutura Interna de Segurança

Plano de Intervenção

Plano de Evacuação

Intervenção Externa (Bombeiros, GNR, SMPC)

Informações à Comunicação Social

Instruções de Segurança

Instruções Gerais de Segurança

Normas de Evacuação

Instruções Especiais

Exercícios e Treinos

Recomendações Gerais

ANEXOS

Lista Telefónica de Emergência

Planta de Localização e Acessibilidades

Planta de Emergência

6. Instrumentos Legais

Neste capítulo estão reunidos os modelos de documentos exigidos pela legislação em vigor aplicável ao sector, e que por isso não se enquadram nas categorias anteriormente descritas. Estes são:

- Contrato com o Cliente/Utente
- Regulamento Interno

6.1. Contrato com o Cliente/Utente

Após decisão favorável sobre a admissão do Cliente/Utente no Lar de Idosos deve ser estabelecido um contrato de prestação de serviços com o mesmo.

Para a assinatura do contrato é obrigatória a entrega de:

- Cópia do BI do Cliente/Utente;
- Cópia do n.º de contribuinte do Cliente/Utente.

No contrato encontram-se reflectidas as expectativas de ambas as partes, sendo discriminados todos os direitos e deveres inerentes à prestação de serviço, podendo ser indicados, entre outros, os seguintes itens:

- Identificação da Organização e dos Cliente/Utentes;
- Período de vigência do contrato;
- Condições de alteração, de suspensão e/ou rescisão do contrato;
- Identificação da pessoa responsável pelo cliente/utente;
- Todos os serviços prestados e local;
- O preço dos serviços e actividades a prestar;
- Mensalidade, período e forma de pagamento;
- Formas de actuação da Organização face a incumprimentos no pagamento da mensalidade;
- Necessidades dietéticas especiais do cliente/utente;
- Contactos para situações de emergência;
- A tomada de conhecimento, por parte do cliente/utente do regulamento interno, no qual a Organização e o cliente/utente se comprometem ao seu cumprimento;
- Identificação das regras e do responsável pela administração medicamentosa do cliente/utente;
- Identificação das regras de utilização em caso de cedência de materiais ou equipamento, como ajudas técnicas (por exemplo, preço, tempo de utilização, danificação);
- Acordo com o cliente/utente (preferencialmente e sempre que possível), ou pessoa próxima, relativamente à partilha da informação pessoal com os colaboradores, familiares ou outras entidades;

O contrato é assinado em duplicado ou triplicado pelo representante do estabelecimento, pelo cliente/utente e/ou pessoa(s) próxima(s). Após a assinatura entre ambas as partes, é entregue uma cópia ao cliente/utente e/ou pessoa(s) próxima(s) e a outra fará parte integrante do processo individual do cliente/utente.

Sempre que se verifiquem alterações ao contrato, o mesmo é sujeito à aprovação de ambas as partes, procedendo-se à actualização do processo individual do cliente/utente.

São definidas, pela Organização, regras para a suspensão e/ou rescisão do contrato, que podem ter origem em várias situações, tais como:

- Incumprimento das normas e regras estabelecidas no processo contratual;
- Inadequação dos serviços às necessidades;
- Insatisfação do cliente/utente;
- Mudança de residência;
- Mudança de resposta social;
- Inadaptação do cliente/utente aos serviços;
- Disponibilidade dos cuidadores informais para assegurar a prestação do serviço.

Sempre que se verifique inadaptação ou insatisfação das necessidades do cliente/utente, o estabelecimento procede a uma avaliação da situação com as diferentes partes envolvidas e procura ultrapassar as dificuldades evidenciadas. Caso a situação se mantenha, procede-se à rescisão do contrato.

6.2. Regulamento Interno

De acordo com a legislação em vigor para a resposta social Lar de Idosos, cada Organização deve ter um Regulamento Interno.

Neste sentido, são apresentadas em seguida duas propostas de Contrato e de Regulamento Interno para Lar de Idosos.

Contrato de Prestação de Serviços no Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

Entre:

Santa Casa da Misericórdia de _____, Pessoa Colectiva de Utilidade Pública e Instituição Particular e Solidariedade Social, registada na Direcção geral de Segurança Social com o n.º _____, a fls. _____, do livro _____, neste acto representada pelo(a) seu(u) Provedor(a) _____, **doravante designada por Primeiro Outorgante,**

_____, titular do Bilhete de Identidade n.º _____ emitido em ____/____/____, Contribuinte Fiscal n.º _____, residente em _____, na qualidade de **Cliente/Utente,** **doravante designado por Segundo Outorgante,**

_____, titular do Bilhete de Identidade n.º _____ emitido em ____/____/____, Contribuinte Fiscal n.º _____, residente em _____, na qualidade de **Responsável do Cliente/Utente,** **doravante designado por Terceiro Outorgante,**

Celebram entre si o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se rege pelas cláusulas seguintes:

Cláusula I

FINS

1. A Primeira Outorgante desenvolve a Resposta Social de **Lar de Idosos**.
2. O presente Contrato visa regular a prestação de apoio social efectuado pela **Primeira Outorgante** ao **Segundo Outorgante**.

Cláusula II

OBJECTO DO CONTRATO

1. A Instituição, dentro das competências que lhe são atribuídas, obriga-se para com o cliente/utente:
 - a) A prestar os serviços constantes do respectivo Regulamento Interno;
 - b) A garantir a qualidade dos serviços prestados, nomeadamente através do recrutamento de profissionais com formação e qualificação adequada;
 - c) A guardar sigilo dos dados constantes no processo do cliente/utente.

Cláusula III

LOCAL E HORÁRIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

1. Os serviços referidos no artigo anterior serão prestados nas instalações do Lar de Idosos, sita em, de segunda a domingo, 24h por dia.

Cláusula IV

MENSALIDADES E COMPARTICIPAÇÕES FAMILIARES

1. Aquando da admissão do cliente/utente, será devida à Instituição o pagamento da primeira mensalidade, e, o pagamento de uma caução no valor de _____€ (só valor da caução).

2. As comparticipações são objecto de revisão anual e são calculadas com base no estipulado no Protocolo de Cooperação assinado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a União das Misericórdias Portuguesas.

3. Para retribuição do serviço prestado, o **Segundo Outorgante** obriga-se a participar à **Primeira Outorgante** numa mensalidade correspondente a _____% do seu rendimento líquido mensal na quantia mensal de _____€.

4. É responsabilidade dos Descendentes de 1º Grau o pagamento do diferencial resultante entre a soma da Comparticipação do Segundo Outorgante com a Comparticipação da Segurança Social, sempre que, este somatório seja inferior a 125% do Valor de Referência divulgado anualmente e cujo valor é _____€.

5. As comparticipações mensais são pagas até ao dia 10 de cada mês a que se refere.

6. O Segundo e Terceiro Outorgante declaram ser sua vontade que à comparticipação mensal acresça 2/12 do valor daquela, por conta da comparticipação devida a título de subsídio de férias e de Natal. - excluir se não interessar

7. Aquando o pagamento, a Primeira Outorgante entregará o respectivo recibo de quitação.

8. Anualmente e sempre que solicitado, o **Segundo e Terceiro Outorgantes** apresentarão à **Primeira Outorgante** os documentos necessários a comprovar a sua situação patrimonial/rendimentos.

9. O montante daquela comparticipação será actualizado anualmente, podendo ainda ser alterado sempre que as condições económicas referidas no processo de admissão não se alterem ou não correspondam à verdade dos factos, e bem assim sempre que existam modificações dos protocolos celebrados entre as entidades competentes e vinculativos para a Instituição.

10. A não facultação pelo cliente/utente e Terceiro Outorgante da documentação necessária ao cálculo da comparticipação e organização do processo implicará a aplicação da taxa de comparticipação máxima aplicável de acordo com a legislação em vigor.

Cláusula V

OUTROS PAGAMENTOS

O **Segundo e Terceiro Outorgantes** obrigam-se ainda a pagar ao **Primeiro Outorgante** as despesas adicionais constantes no Regulamento Interno (Custos decorrentes da aquisição de medicamentos, fraldas, transporte ambulatorio, consultas particulares e tratamentos não comparticipados pelo SNS, taxas de urgência, bem como as demais relacionadas com actividades sócio-recreativas, chamadas telefónicas, despesas fúnebres e outras não previstas).

Cláusula VI

DIREITOS E DEVERES

1. Constituem direitos e deveres de todos os **Outorgantes** os constantes neste contrato e ainda os previstos no Regulamento Interno da Resposta Social Lar de Idosos, que faz parte integrante deste contrato.

Cláusula VII

DENÚNCIA

1. O presente contrato poderá cessar por:
 - a) Acordo das partes;
 - b) Caducidade;

- c) Revogação;
- d) Incumprimento;
- e) Inadaptação do cliente/utente.

2. Em caso do Cliente/Utente ou Terceiro Outorgante pretenderam cessar o contrato ou impedir a sua renovação, terão de comunicar a sua decisão à Instituição com sessenta dias de antecedência.

3. A não comunicação naquele prazo implicará o pagamento da comparticipação mensal correspondente ao prazo de aviso em falta, sendo neste caso de imediato utilizada a caução, sem prejuízo de serem cobradas outras importâncias que estejam em dívida.

4. Qualquer dos Outorgantes poderá fazer cessar, com justa causa, o presente contrato por incumprimento dos demais outorgantes.

5. Poderá ainda o contrato ser cessado nos primeiros trinta dias da sua vigência por inadaptação do utente, sendo neste caso, devida a comparticipação daquele mês e respectivas despesas.

6. A rescisão do contrato por justa causa, implica a imediata evacuação do cliente/utente das instalações do Lar de Idosos, sendo de sua conta, do familiar ou do seu responsável todas as despesas inerentes à sua deslocação para o destino, ficando desde já estabelecido e acordado que a evacuação se processará para a residência do mesmo, do familiar ou do responsável, independentemente do subsequente procedimento judicial de cobrança.

7. Não será conferido nem reconhecido, nomeadamente em caso de falecimento, internamento hospitalar, férias ou ausência temporária dos utentes, não utilização dos serviços postos à disposição do cliente/ utente pela Instituição ou rescisão ou contrato de prestação de serviços, o direito à restituição de quaisquer importâncias já pagas à Instituição.

8. Caso o comportamento do cliente/utente ou estado de saúde seja de molde a causar mal-estar aos outros clientes/utentes, deverá o mesmo ser retirado no prazo de 15 dias, a contar da data de aviso para o efeito.

Cláusula VIII PENALIZAÇÕES

1. O não pagamento atempado do montante da comparticipação mensal e demais complementos apresentados pela Instituição dará origem a uma penalização de 10 % do valor

daquela, a qual será incluída no recibo do mês seguinte.

2. O não pagamento da comparticipação e demais despesas durante um mês, por motivo não considerado justificado pela Instituição, dará origem à rescisão imediata do presente contrato por incumprimento do utente e **Terceiro Outorgante**.

Cláusula IX RESPONSÁVEL

1. O **Terceiro Outorgante** responsabiliza-se solidariamente como principal pagador, renunciando ao benefício da excussão prévia, pelo pagamento de tudo o que vier a ser devido à Instituição, pela celebração do presente contrato, designadamente o pagamento das comparticipações mensais, demais despesas decorrentes da prestação de serviços e respectivas penalizações, e desde já dá o seu acordo a todas e quaisquer modificações do montante da comparticipação e penalizações que venham a ter lugar.

2. Para além do número anterior e caso o Terceiro Outorgante seja descendente do 1.º grau do Utente, é o Outorgante pessoalmente responsável pelo pagamento da quantia prevista no número 4 da cláusula IV.

3. O **Terceiro Outorgante** declara aceitar para si todas as cláusulas do presente contrato, que não sejam de natureza pessoal do Cliente/Utente, não podendo fazê-lo cessar para si, sem que seja cessado conjuntamente para o Cliente/Utente.

4. Sempre que o cliente/utente não possa assinar o regulamento interno e o presente contrato, por quaisquer razões físicas ou psíquicas, serão os mesmos assinados pelo seu familiar ou pelo seu responsável, nessa qualidade ou de gestor de negócios do cliente/utente, como se este assinasse em seu nome próprio, para além da qualidade de responsável.

Cláusula X FORO COMPETENTE

1. Para dirimir qualquer litígio emergente deste Contrato, as partes convencionam desde já como competente o foro da comarca de _____, com expressa renúncia a qualquer outro.

Cláusula XI FORMAS DE CONTRATO

Contrato de Prestação de Serviços no Lar de Idosos

(Logótipo da Organização)

O presente contrato deve ser celebrado em triplicado, devidamente assinado e rubricado, sendo um exemplar para cada um dos **Outorgantes**.

Elaborado em _____ aos ____ de _____ de _____

A Primeira Outorgante:

O Segundo Outorgante:

O Terceiro Outorgante:

Anexo: Declaração de tomada de conhecimento do Regulamento Interno.

DECLARAÇÃO

Eu _____, declaro que tomei conhecimento do Regulamento Interno em vigor para a Resposta Social Lar de Idosos da

Por ser verdade, passo a presente declaração que dato e assino.

_____, _____ de _____ de _____

O 2º Outorgante

O 3º Outorgante

(Folha de Rosto)

Capítulo I

Artigo 1º - Natureza e Fins

Artigo 2º - Âmbito de Aplicação

Artigo 3º - Coordenação e Orientação

Artigo 4º - Objectivos da Resposta Social Lar de Idosos

Artigo 5º - Casos Omissos e Disposições Comuns

Capítulo II

Artigo 6º - Condições Gerais de Admissão

Artigo 7º - Critérios de Admissão

Artigo 8º - Processo de Inscrição

Artigo 9º - Processo de Admissão

Artigo 10º - Integração dos Residentes

Capítulo III

Artigo 11º - Comparticipação de Clientes/Utentes

Artigo 12º - Cessaçãõ do Contrato de Prestação de Serviços

Capítulo IV

Artigo 13º - Serviços Prestados no Lar de Idosos

Artigo 14º - Regras Gerais de Funcionamento

Alimentação

Cuidados de Higiene e Conforto

Cuidados Médicos e de Enfermagem

Lavagem e Tratamento de Roupas

Animação/Ocupação/lazer

Apoio em Deslocações ao Exterior

Apoio/Acompanhamento Psicossocial

Artigo 15º - Visitas aos Residentes

Artigo 16º - Saídas dos Residentes

Artigo 17º - Reclamações/Sugestões

Capítulo V

Artigo 18º - Direitos e Deveres dos Residentes

Artigo 19º - Direitos e Deveres dos Familiares, Amigos e/ou Representantes Legais

Artigo 20º - Direitos e Deveres da Organização

Capítulo VI

Artigo 21º - Infracções e Penalidades

Artigo 22º - Competência e Procedimento Disciplinar

Artigo 23º - Exclusão da Responsabilidade Disciplinar

Capítulo VII

Artigo 24º - Definição das funções dos Funcionários da Resposta Social Lar de Idosos

Director(a) e Subdirector(a)/Técnico(a) Superior de Serviço Social

Médico(a) de Clínica Geral

Enfermeiro(a)

Auxiliar de Enfermagem

Psicólogo(a)

Animador(a) Cultural

Ajudante de Lar e Centro de Dia

Trabalhadores Auxiliares de Serviços Gerais

Ajudantes de Copa/Refeitório

Anexo - Preçário dos Serviços

7. Modelos de Questionários de Avaliação do Grau de Satisfação

Aferir o grau de satisfação de todas as partes envolvidas na prestação dos serviços é uma questão muito importante na medida em que este exercício permite auscultar necessidades e identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria.

O processo de prestação de um serviço, seja ele qual for, envolve sempre os colaboradores da organização, os fornecedores externos, os clientes/utentes internos da organização e os destinatários finais da prestação do serviço.

Neste capítulo apresentamos propostas de questionários relativas à avaliação da satisfação dos Cliente/Utentes, seus Familiares e Colaboradores da Organização.

7.1. Avaliação do Grau de Satisfação dos Cliente/Utentes

Cada Lar de Idosos pode aplicar o questionário a seguir apresentado no presente formato ou adaptado consoante se pretendam respostas mais ou menos incisivas ou se queiram focar outros aspectos. Caso se opte por adaptar o questionário deve-se sempre ter em atenção a utilização de linguagem simples e acessível e a colocação das perguntas estritamente essenciais ao estudo a realizar de modo a evitar que o cliente/utente se sinta desmotivado a responder.

O modo de aplicação do questionário é o que consta da Instrução de Trabalho “Avaliação da Satisfação dos Utentes e Tratamento das Reclamações”.

7.2- Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares

Em diversos casos podemos ver a avaliação do grau de satisfação dos familiares no mesmo questionário do dos clientes/utentes. Este método poderá numa primeira fase facilitar o preenchimento do questionário, nomeadamente nos casos em que o cliente/utente se encontra incapacitado de realizar ele próprio o preenchimento. Porém, numa segunda fase, em que se procederá à análise dos dados recolhidos verificar-se-á que a percepção de uns e outros relativamente aos serviços prestados são substancialmente diferentes. Assim, para garantir uma maior eficácia dos dados recolhidos na melhoria dos serviços, as questões referentes aos familiares deverão ser incluídas num questionário próprio. Tal não invalida que o familiar possa apoiar o cliente/utente no questionário a este dirigido.

O questionário que se apresenta foi testado e validado em contexto real e pode ser utilizado pelos Lares de Idosos no presente formato ou adaptado consoante se pretendam respostas mais ou menos incisivas.

O questionário deve ser aplicado anualmente aquando da aplicação dos questionários de avaliação da satisfação dos clientes/utentes.

7.3- Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores

O questionário proposto foi testado e validado em contexto real e pode ser adaptado de acordo com as necessidades de cada Organização tendo em consideração pressupostos como linguagem simples e acessível, questões directas e facilidade de preenchimento.

O questionário deverá ser aplicado uma vez por ano ou semestralmente de acordo com a rotatividade dos colaboradores de cada Lar de Idosos.

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes

(Logótipo da Organização)

Nome: _____

Resposta Social: _____

Data: ___/___/___

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida a que os nossos clientes/utentes têm direito, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste sentido, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos indicando o seu grau de satisfação em relação a cada um dos aspectos abaixo mencionados.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Atendimento						
1.1. Acolhimento inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Admissão e Integração						
2.1. Avaliação das necessidades e expectativas do Cliente/Utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Integração do Cliente/Utente no Lar de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Actividades e Funcionamento do Lar de Idosos						
3.1. Participação na programação das actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Actividades executadas conforme o planeado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes

(Logótipo da Organização)

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
3.3. Horários das Visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Resolução de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prestação de Serviços						
4.1. Condições das Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Apoio na alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Cuidados de Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Arrumação e Limpeza dos Quartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Tratamento das Roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Cuidados Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. Cuidados de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. Animação e ocupação dos tempos livres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. Apoio Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Atitude comportamental dos profissionais do Lar de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atitude profissional dos colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões e/ou outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

Nome: _____

Data: __/__/__

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida a que os nossos clientes/utentes têm direito, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste sentido, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos indicando o seu grau de satisfação em relação a cada um dos aspectos abaixo mencionados.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Atendimento						
1.1. Atendimento com a Família e Cliente/Utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Admissão e Integração						
2.1. Avaliação das necessidades e expectativas do Cliente/Utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Participação na Integração do Cliente/Utente no Lar de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Actividades e Funcionamento do Lar de Idosos						
3.1. Participação dos familiares no Plano de Desenvolvimento Individual do Cliente/Utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Participação dos familiares nas actividades do Lar de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
3.3. Realização de reuniões entre a Direcção Técnica e os Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Cumprimento das responsabilidades do Lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Sistema de Comunicação com o Lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Horários das Visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. Resolução de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Prestação de Serviços

4.1. Condições físicas das instalações	<input type="checkbox"/>					
4.2. Percepção quanto aos serviços prestados	<input type="checkbox"/>					

5. Atitude comportamental e profissionalismo dos colaboradores	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. O regulamento interno é entregue?

Sim Não

7. Os familiares recebem regularmente informações do Lar de Idosos?

Sim Não

Sugestões e/ou outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

Nome (facultativo): _____

Função (facultativo): _____

Data: ___/___/___

Caro(a) colaborador(a), gostaríamos de saber em que medida está satisfeito(a) com o seu trabalho e para tal pedimos a sua colaboração no preenchimento do questionário seguinte. A sua opinião é importante para nós e só assim poderemos melhorar e aperfeiçoar as suas condições de trabalho.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade das condições de trabalho.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Organização do serviço onde trabalha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Funcionamento do serviço onde trabalha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Competência e desempenho do seu superior imediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Competência e desempenho dos seus subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Satisfação em relação ao trabalho que realiza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Horário de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Remuneração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sistema de avaliação de desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Formação recebida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
11. Relativamente às perspectivas de promoção sente-se:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Informação necessária ao bom desempenho das suas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Canais de comunicação existentes (Ex.: informações/notas internas, placards informativos, reuniões, correio electrónico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Grau de motivação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida nesta organização está:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões e/ou outros comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

Bibliografia

- “Integração da Perspectiva de Género”, Colecção Saber Fazer, n.º 7, Comissão Europeia, 2004.
- Autoridades de Gestão EQUAL da Áustria, Bélgica (flamenga), Bélgica (francófona), Espanha, Estónia e Finlândia, “Contributos EQUAL para a Integração da igualdade de género no FSE 2007-2013”, Colecção DISSEMINAR, n.º 8, Dezembro de 2006, Gabinete de Gestão EQUAL, Tradução: Maria Carvalho;
- GANHÃO, Fernando Nogueira, A Qualidade Total, Lisboa, Cedintec, 1991;
- Gestão da Qualidade das Respostas Sociais - Apoio Domiciliário, Instituto da Segurança Social, I.P., 2005;
- Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management;
- Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, Instituto da Qualidade em Saúde;
- NP 4433:2005, Linhas de Orientação para a documentação de sistemas de gestão da qualidade;
- NP 4460-1, Ética nas organizações, Parte 1: Linhas de orientação para o processo de elaboração e implementação de códigos de ética nas organizações;
- NP EN ISO 9000:2005, Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário;
- NP EN ISO 9001:2000, Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos;
- NP EN ISO 9004:2000, Sistemas de Gestão da Qualidade - Linhas de orientação para a melhoria do desempenho;

Sites Consultados

- <http://www.ipq.pt>
- <http://www.ine.pt>
- <http://www.socialgest.pt>
- <http://dre.pt/>
- <http://www.equal.pt>

GUIA DE FORMAÇÃO

Guia de Orientações para o Planeamento e Avaliação de Acções Formativas em Gestão da Qualidade

1. Plano de Formação - Documento Guia

Objectivos

Apoiar e orientar as organizações públicas, privadas e do Terceiro Sector no Planeamento e Avaliação de Acções Formativas sobre Gestão da Qualidade, de modo a que as soluções e modelos formativos sejam adequadamente equacionados no sentido de responderem às necessidades específicas de cada organização.

Âmbito

Pretende-se com o presente documento fornecer um Guia de Orientações para o Planeamento e Avaliação de Acções Formativas em Gestão da Qualidade, fazendo referência a conteúdos relevantes a abordar em cada temática subjacente à Gestão da Qualidade, metodologias pedagógicas e procedimentos de planeamento e avaliação das Acções de Formação.

Relação do Guia de Orientações com o Manual Tipo da Qualidade e o Manual de Instrumentos

O presente Guia pretende constituir um material de suporte às Organizações que ambicionem implementar Sistemas de Gestão da Qualidade e que, recorrendo ao Manual Tipo e aos Instrumentos complementares constantes deste produto pretendam realizar acções de formação que suportem/apoiem esta implementação.

Deste modo, o Guia será orientador em termos de necessidades de formação não apenas dirigida à Direcção da Organização como a todos os elementos da mesma, dado que todos os colaboradores devem estar cientes da Política da Qualidade, seguindo-a e colaborando no sentido da melhoria contínua.

Assim, na definição das necessidades de formação, a Organização deve ter em conta a estratégia e objectivos descritos no Manual da Qualidade, de modo a satisfazer as necessidades da Política da Organização. Simultaneamente, a concepção e planeamento da formação deve acompanhar o disposto no Processo de Concepção e no Processo da Formação, previsto no Manual da Qualidade.

A fase de realização da Formação deve basear-se no Manual de Instrumentos, constante neste produto, nomeadamente, no que diz respeito ao cumprimento das Instruções de Trabalho relacionadas com o processo da Formação.

O ciclo PDCA (Planear, Fazer, Avaliar e Agir), de cumprimento obrigatório na melhoria contínua dos serviços/produtos, apenas ficará concretizado com a fase de monitorização e avaliação dos

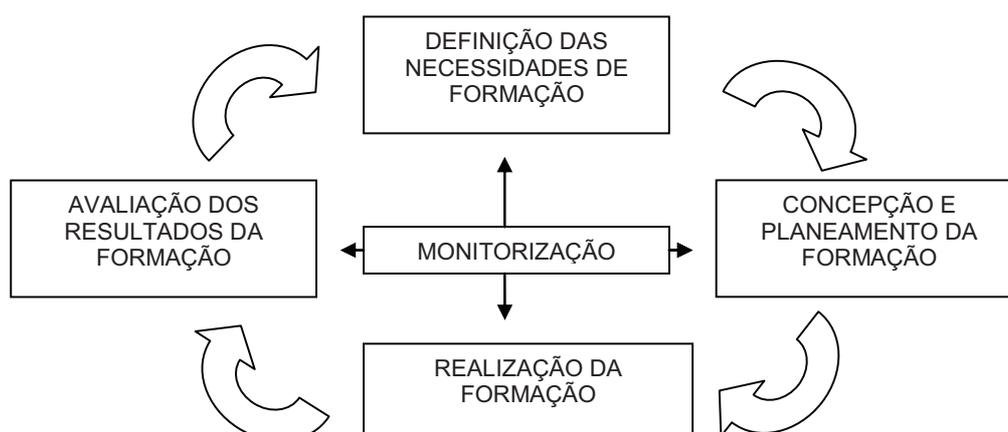
resultados da Formação. Esta fase consubstancia-se na definição dos indicadores definidos para o Processo da Formação e sua gestão, prevista no Manual da Qualidade da Organização. As subsequentes acções de melhoria ou correctivas, provenientes da avaliação realizada, têm por base o previsto no Processo de Melhoria e Processo de Acções Correctivas, mencionados no Manual da Qualidade e descritos no Manual de Instrumentos.

Desenvolvimento

A Gestão do Processo da Formação envolve o planeamento, desenvolvimento, avaliação e melhoria de estratégias e sistemas de formação que afectem a qualidade dos Serviços prestados pela Resposta Social.

O objectivo da formação é o de colmatar lacunas entre competências existentes e as necessárias havendo necessidade de identificar as seguintes fases:

- a) Definição das necessidades da formação
- b) Concepção e planeamento da formação
- c) Execução da formação
- d) Avaliação dos resultados da formação



A concepção e planeamento das acções na área da Gestão da qualidade depende de:

- Requisitos regulamentares impostos por lei;
- Requisitos de políticas, incluindo os relacionados com recursos humanos, impostos pela organização;
- Considerações financeiras;
- Requisitos de oportunidade e de calendarização;
- Disponibilidade, motivação e aptidões dos indivíduos a formar;
- Factores tais como a disponibilidade dos recursos internos para executar a formação, ou a

disponibilidade das entidades formadoras.

Um plano de formação na área da Gestão da Qualidade deve estabelecer um claro entendimento entre as necessidades da organização, os requisitos de formação e os objectivos da formação em termos de competências a adquirir, devendo incluir os seguintes pontos:

- a) Objectivos e requisitos da organização;
- b) Especificação das necessidades da formação;
- c) Objectivos da formação;
- d) Formandos;
- e) Métodos de formação e síntese do conteúdo programático;
- f) Lista de requisitos, tais como duração, datas e etapas significativas;
- g) Requisitos de recursos, tais como materiais de formação e pessoal de apoio logístico;
- h) Requisitos financeiros;
- i) Critérios e métodos definidos para avaliação dos resultados da formação, com vista a medir o seguinte:
 - j) Satisfação dos formandos,
 - k) Aquisição pelos formandos de conhecimentos, prática e comportamentos,
 - l) Desempenho dos formandos no posto de trabalho, quando aplicável,
 - m) Satisfação da chefia dos formandos, quando aplicável,
 - n) Impacto na organização dos formandos, quando aplicável
 - o) Procedimentos para monitorizar o processo de formação

Sensibilização e Formação

No sentido de colmatar as novas necessidades de competência geradas pelas questões da Gestão da Qualidade e de possibilitar a participação acrescida dos grupos-alvo nos contextos organizacionais, devem ser promovidas acções de sensibilização e de formação contínua sobre temas específicos relacionados com a qualidade.

Estas acções devem ser planeadas e concretizadas em diferentes momentos do projecto, de acordo com os objectivos pedagógicos e público-alvo a atingir.

Salienta-se ainda que a formação deve ser desdobrada na Organização de modo a abranger todos os colaboradores. O Responsável pela Qualidade deverá assegurar a formação interna sobre o Manual da Qualidade, Processos-Chave, de Suporte e restante documentação de suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade implementado. Esta formação interna tem como principal objectivo clarificar os aspectos relacionados com o Sistema de Gestão da Qualidade para todos os colaboradores, solucionar dúvidas sobre a documentação aplicável a cada colaborador e recolher sugestões de

melhoria.

Acções de Formação a assegurar:

Considerando a abrangência do público-alvo que deverá receber formação ao nível da qualidade, são propostas as seguintes acções consoante o papel de cada colaborador e a posição deste em relação ao Sistema de Gestão de Qualidade a implementar:

1) Acções de Formação dirigidas aos colaboradores em geral e aos dirigentes das Organizações:

- Sensibilização à Qualidade para Dirigentes das Organizações Sociais
- A Aplicação de um Sistema de Gestão da Qualidade NP EN ISO 9000 e ISS
- Sensibilização à Segurança e Saúde Ocupacional
- Sensibilização à Segurança Alimentar

2) Acções de Formação orientadas especificamente para o Responsável pela Qualidade e Auditores Internos:

- Gerir processos e Implementar Indicadores
- Gerir e Motivar para a Qualidade
- Aplicar as Ferramentas Clássicas da Qualidade
- Auditorias da Qualidade

2. Planos de Formação a assegurar

2.1- Curso de Sensibilização à Qualidade para Dirigentes das Organizações Sociais

Objectivo Geral

No final da acção, os dirigentes deverão estar sensibilizados para a importância e mais valias decorrentes da implementação de um sistema de Gestão da Qualidade.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15M	Dirigentes das Organizações Sociais
- Conceito da Qualidade aplicado às instituições da área social - Princípios de Gestão da Qualidade - Conceito de Processo: a abordagem por processos nas várias resposta sociais dos equipamentos - Modelos de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais - Modelo NP EN ISO 9000- Sistema de Gestão da Qualidade - Modelo do ISS- Sistema de Avaliação - Exemplos de Aplicação	- Cruzar os conceitos da Qualidade com os da realidade das organizações das áreas sociais - Apresentar o Modelo do ISS - Apresentar a NP EN ISO 9000 - Apresentar o quadro de equiresposta sociais entre o Modelo do ISS e a NP EN ISO 9001 - Exercícios	- Cópias de trabalho dos Modelos do ISS - Cópias de trabalho da NP EN ISO 9000 - Cópias de exercícios de aplicação	3H45M	

2.2- Curso: A Aplicação de um Sistema de Gestão da Qualidade NP EN ISO 9000 e ISS

Objectivo Geral

No final da acção, os Técnicos das Organizações Sociais deverão reconhecer a metodologia de implementação de um sistema de Gestão da Qualidade.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Técnicos dos Organizações Sociais
- Conceito da Qualidade aplicado às instituições da área social - Princípios de Gestão da Qualidade - Conceito de Processo: a abordagem por processos nas várias resposta sociais dos equipamentos - Modelos de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais - Modelo NP EN ISO 9000- Sistema de Gestão da Qualidade - Modelos do ISS- Sistema de Avaliação - Estrutura Documental de Suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) - Fases da implementação do SGQ - Vantagens da implementação do SGQ - Partilha de responsabilidades na Equipa de Implementação - Exercícios, casos práticos, discussão e conclusões	- Cruzar os conceitos da Qualidade com os da realidade das organizações das áreas sociais - Apresentar o Modelo do ISS - Apresentar a NP EN ISO 9000 - Apresentar o quadro de equiresposta sociais entre o Modelo do ISS e a NP EN ISO 9001 - Exercícios	- Cópias de trabalho dos Modelos do ISS - Cópias de trabalho da NP EN ISO 9000 - Cópias de exercícios de aplicação	20h45	

2.3- Curso de Sensibilização à Segurança e Saúde Ocupacional

Objectivo Geral

No final da acção, os Técnicos das Organizações Sociais deverão reconhecer a metodologia de implementação de um sistema de Gestão da Qualidade.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Dirigentes e Técnicos das Organizações Sociais
- Introdução à Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho - Enquadramento legal básico - Riscos de operação (Segurança no Trabalho) - Riscos do ambiente de trabalho (Higiene no Trabalho) - Movimentação manual na prestação de cuidados aos Cliente/Utentes - Protecção no manuseamento do material - Ruído e Vibrações - Iluminação - Equipamento de protecção individual - Protecção contra incêndios - Análise de Riscos - Organização da Emergência	- Apresentar o enquadramento legal básico da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho ajustável à realidade das Organizações Sociais - Exercícios e discussão de casos e simulações	- Cópias de trabalho da legislação aplicável à actividade - Exercícios de aplicação	13h45	

2.4- Curso de Sensibilização à Segurança Alimentar

Objectivo Geral

No final da acção, os formandos deverão estar sensibilizados para os pontos críticos do método HACCP a ter em conta no processamento dos alimentos.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Directores Técnicos e responsáveis da Cozinha das Organizações Sociais
- Definição de sistemas de auto-controlo alimentar e legislação associada - Definição e história do HACCP - Pré-requisitos do Plano HACCP - A equipa HACCP - Pré-requisitos e as Boas Práticas do HACCP - Os sete princípios: - Primeiro princípio: listagem de perigos; elaboração de um fluxograma - Segundo princípio: determinação de Pontos Críticos e de Controlo; árvore de decisão - Terceiro princípio: estabelecimento de limites críticos - Quarto princípio: procedimentos de monitorização - Quinto princípio: estabelecimento de acções correctivas - Sexto princípio: documentação e registos - Sétimo princípio: procedimentos de verificação do Sistema - As vantagens do Plano HACCP - Exercícios práticos	- Apresentação e análise dos regulamentos da EU 1831/2005, 852/2004 e Dec. Lei 113-2006 de 12 de Junho - Estabelecer o paralelismo entre as práticas da Cozinha da Instituição e as Boas Práticas do HACCP - Visita à cozinha da instituição e levantamento das práticas em uso; comparação com as Boas Práticas preconizadas - Exercícios	- Cópias de trabalho da legislação aplicável à actividade - Exercícios de aplicação - Diapositivos - Documentação do Curso - Cópias de trabalho dos regulamentos e legislação em vigor - Cópias dos Exercícios	13h45	

2.5- Curso: Gerir Processos e Implementar Indicadores

Objectivo Geral

No final da Acção, os formandos deverão ser capazes de: fazer a gestão dos processos, identificando objectivos e indicadores de medida para os mesmos, demonstrando capacidade de análise dos resultados.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Responsável pela Qualidade
1 Processos e Contexto Organizacional 2 Gestão de Tarefas ou Gestão de Processos 3 Os Processos na Cadeia de Valor 4 A Implementação da Abordagem por Processos 5 Planeamento de Objectivos 6 O CBA (Custeio baseado em Actividades) nos processos 7 Estudo de Casos 8 Estabelecer objectivos e indicadores 9 O que deve incluir a definição de um indicador 10 Métodos de medição 11 Plano de monitorização e medição 12 O resultado das medições 13 Análise dos resultados	- Apresentar o conceito de Processo e sua Gestão - Definir e planear os objectivos e suas métricas - Exercícios e discussão de casos	- Cópias de trabalho da NP EN ISO 9001 e 9004 - Quadro de Papel - Canetas - Computador - Projector de Vídeo - Bateria de exercícios - Documentos de apoio/leituras complementares - Exercícios de aplicação	20h45	

2.6- Curso: Curso Gerir e Motivar para a Qualidade

Objectivo Geral

No final da Acção, os formandos deverão ser capazes de: promover a motivação para a qualidade, através da utilização das competências comportamentais, garantindo a integração da Qualidade na Cultura da Organização.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Responsável pela Qualidade
1 Introdução à Gestão das Organizações 2 A cultura da Empresa: Valores, Crenças e Atitudes 3 A Gestão das Organizações e a gestão da Qualidade 4 A Função Qualidade nas organizações 5 A integração da Qualidade na cultura organizacional 6 Aspectos motivacionais na Gestão da Qualidade 7 Gestão de equipas 8 Gestão de Conflitos 9 Liderança 10 Comunicação	- Definir os conceitos básicos de Gestão das Organizações e Motivação Humana - Apresentar e discutir temáticas como: Gestão de Equipas, Gestão de Conflitos, Liderança e Comunicação - Exercícios e discussão de casos	- Quadro de Papel - Canetas - Computador - Projector de Vídeo - Bateria de exercícios - Documentos de apoio/leituras complementares - Exercícios de aplicação	20h45	

2.7- Curso: Aplicar as Ferramentas Clássicas da Qualidade

Objectivo Geral

No final da Acção, os formandos deverão ser capazes de:

- Promover a melhoria da qualidade, através da utilização das ferramentas da qualidade, demonstrando um claro domínio das mesmas;
- Fazer o tratamento de dados e registos da qualidade, através da aplicação de meios informáticos, demonstrando um claro domínio das aplicações.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Responsável pela Qualidade
As ferramentas clássicas da qualidade: - Fluxograma - Diagrama de causa efeito - Brainstorming - Folhas de registo de dados - Histogramas - Diagrama de Pareto - Diagramas de dispersão	- Apresentar as vantagens do recurso a estas ferramentas - Exercícios e discussão de casos	- Quadro de Papel - Canetas - Computador - Projector de Vídeo - Bateria de exercícios - Documentos de apoio/leituras complementares - Exercícios de aplicação	20h45	

2.8- Curso: Auditorias da Qualidade

Objectivo Geral

No final da Acção, os formandos deverão ser capazes de:

- Aplicar técnicas comunicacionais, através de simulação de auditorias, demonstrando um claro domínio comportamental na relação auditor-auditado;
- Aplicar os princípios de auditorias, através simulação de auditorias, demonstrando um claro domínio do referencial ISO 19011.

Conteúdos Programáticos	Actividades	Recursos	Duração	Destinatários
- Apresentação do grupo e do curso	- Apresentação do formador - Apresentação dos formandos - Apresentação dos objectivos pedagógicos do curso		15 min	Responsável pela Qualidade e futuros Auditores Internos
1. Percepção interpessoal e comunicação: suas implicações ao nível das atitudes e comportamentos nas Auditorias. 2. O processo comunicacio-nal; Factores de influencia: mudança e natureza dos indivíduos; Barreiras à comunicação e formas de as ultrapassar. 3. Técnicas a utilizar para o aumento da eficácia comunicacional - Assertividade. 4. Técnicas comunicacionais em Auditorias: A entrevista na auditoria; As reuniões em Auditoria - Preparação e condução de reuniões. 5. Técnicas de comunicação escrita - O Relatório Final da Auditoria. 6. Casos práticos.	- Apresentar estratégias e estilos comunicacionais a adoptar em Auditoria - Exercícios e discussão de casos	- Quadro de Papel - Canetas - Computador - Projector de Vídeo - Bateria de exercícios - Documentos de apoio/leituras complement ares - Exercícios de aplicação	6h45	

<p>1. A Norma ISO 19011. 2. Princípios gerais das Auditorias. 3. Critérios de Auditorias da Qualidade - NP EN ISO 9001. 4. Actividades de uma Auditoria: - Início da auditoria: reunião de abertura; - Análise da documentação; - As actividades da auditoria; - Relato das conclusões da auditoria; - Encerramento da auditoria; - Seguimento dos resultados da auditoria. 5. Competência e Avaliação de Auditores 6. Estudo de Casos - Simulação de auditoria</p>	<p>- Apresentar e discutir as normas - Definir, apresentar e discutir conceitos e processo de Auditoria - Apresentar o perfil de Auditor - Exercícios práticos e estudo de casos e simulação de uma auditoria</p>	<p>- Cópias de trabalho da NP EN ISO 19011 e da NP EN ISO 9001 - Quadro de Papel - Canetas - Computador - Projector de Vídeo - Bateria de exercícios - Documentos de apoio/ leituras complementares - Exercícios de aplicação</p>	<p>28h00</p>	<p>Responsável pela Qualidade e futuros Auditores Internos</p>
--	--	--	--------------	--

QUALIDADE



 **equal**
de igual para igual