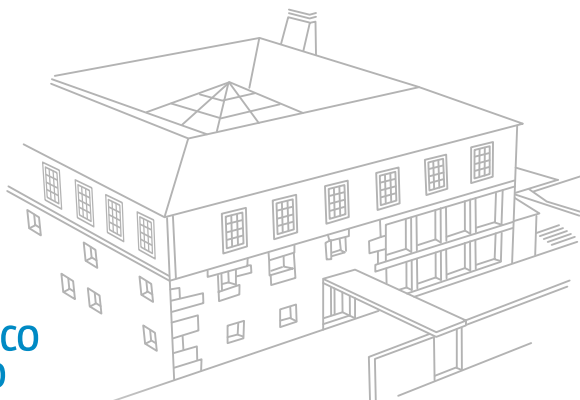


ESTGF | **POLITÉCNICO
DO PORTO**



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO

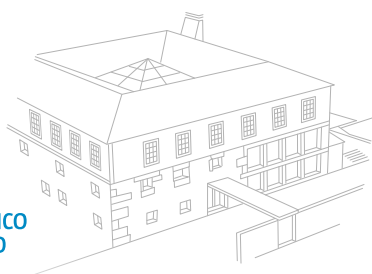
DESIGNAÇÃO DO MESTRADO

AUTOR

ORIENTADOR(ES)

ANO

www.estgf.ipp.pt



ESTGF | POLITÉCNICO
DO PORTO

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO

DESIGNAÇÃO DO MESTRADO

AUTOR

ORIENTADOR(ES)

ANO

www.estgf.ipp.pt

Agradecimentos

A realização deste projeto de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Desta forma, expresso algumas palavras de sinceros agradecimentos a todos aqueles que tornaram possível esta realização:

À Administração da Misericórdia de Freamunde, especialmente ao Sr. José Maria Taipa, que disponibilizou todas as condições necessárias para a concretização deste projeto.

A todos os colaboradores da instituição pelo esforço e dedicação na aprendizagem de novos conceitos e métodos de trabalho.

À minha orientadora de projeto de mestrado, Professora Sandra Feliciano, agradeço pelo apoio e ajuda prestada, disponibilidade, incentivo, conhecimentos transmitidos e pelas várias reuniões realizadas ao longo deste percurso.

À colega de curso, Raquel Gomes, pelo espírito de entreatajuda e companheirismo demonstrado ao longo da elaboração de todo o projeto.

Ao meu irmão pelas palavras de incentivo inoportunas, mas que me fortaleciam dia após dia.

Aos meus amigos, obrigada pela vossa amizade, pelo apoio constante e importante para a realização deste projeto, mas em especial à Ana Teixeira e ao David Cunha, pela enorme amizade, companheirismo, ajuda e pelos estímulos nas alturas de desânimo, importantes para a finalização deste projeto.

E por fim, sem esquecer ninguém, expresso os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste projeto, permitindo cumprir com os meus objetivos, alcançando mais uma etapa na minha formação académica.

Resumo

Atualmente a sociedade está sujeita a constantes transformações e evoluções, levando à necessidade das respostas sociais se adaptarem a novas realidades. A exigência de um aumento da qualidade dos serviços prestados a pessoas idosas tem vindo a crescer, não só para aumentar a satisfação dos clientes, mas também para garantir a sustentabilidade das organizações. A crescente competitividade entre organizações torna necessária a implementação de ações que melhorem a qualidade dos serviços que prestam. Este documento descreve a implementação de um sistema de gestão da qualidade em conformidade com os requisitos da ISO 9001:2008 numa estrutura residencial para idosos.

Palavras-chave: ISO 9001:2008, Qualidade, Estrutura Residencial para Idosos, Sistema de Gestão da Qualidade.

Abstract

Nowadays, society is subject to continuous transformations and developments, leading social care services to adapt to new realities. There is a growing demanding for the quality of services provided to elder people, not only to enhance costumer satisfaction, but also to assure the organizations sustainability. The growing competitiveness between organizations requires the implementation of actions to improve the quality of the services provided. This document describes the implementation of a quality management system in conformity with the requirements of ISO9001:2008 in a nursing home for elder people.

Key words: ISO 9001:2008, Quality, Nursing Home, Quality Management System.

Abreviaturas

APCER: Associação Portuguesa de Certificação

EMM: Equipamentos de Medição e Monitorização

HACCP: *Hazard Analysis and Critical Control Point*

IPQ: Instituto Português da Qualidade

ISCMF: Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde

ISO: *International Organization for Standardization*

ISS: Instituto de Segurança Social

MSS: Management System Standards

MQ: Manual da Qualidade

PDCA: “Plan – Do – Check – Act”

PI: Plano Individual

SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Abreviaturas	V
Índice de Figuras	VIII
Índice de Quadros	IX
1.Introdução.....	- 1 -
1.1. Apresentação da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde (ISCMF).....	- 1 -
1.2. Estrutura do Relatório do Projeto	- 3 -
2. Enquadramento	- 4 -
2.1. O conceito de Qualidade	- 4 -
2.2. Normalização.....	- 5 -
2.3. Sistema de Gestão da Qualidade	- 8 -
2.4. Normas da qualidade: Família ISO 9000	- 8 -
2.5. NP EN ISO 9001:2008	- 11 -
2.5.1. Estrutura da NP EN ISO 9001:2008	- 11 -
2.5.2. Princípios de Gestão da Qualidade.....	- 11 -
2.6. Versão da ISO 9001:2015	- 17 -
2.6.1. Estrutura da ISO 9001:2015	- 18 -
2.7. prNP 4543 Sistemas de Gestão para Respostas Sociais	- 19 -
3. Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade.....	- 20 -
3.1. Metodologia	- 21 -
3.2.Estrutura Organizacional da ISCMF	- 22 -
3.3. Processos da ISCMF	- 23 -
3.4. Documentos do Sistema de Gestão da Qualidade.....	- 24 -
3.4.1. Organização documental.....	- 24 -
3.4.2.Manual da Qualidade	- 26 -
3.4.3. Controlo de Documentos e Registos	- 27 -
3.5. Responsabilidade da Gestão	- 27 -
3.5.1.Focalização no Cliente	- 28 -
3.5.2. Política da Qualidade.....	- 28 -
3.5.3. Planeamento	- 29 -

3.5.4. Responsabilidade, autoridade e comunicação.....	- 30 -
3.5.5.Revisão pela Gestão	- 31 -
3.6. Gestão de Recursos	- 31 -
3.6.1. Recursos Humanos	- 32 -
3.6.2. Infraestruturas e ambiente de trabalho.....	- 33 -
3.7. Realização do produto.....	- 33 -
3.7.1. Candidatura	- 34 -
3.7.2. Admissão	- 34 -
3.7.3. Plano Individual	- 35 -
3.7.4. Atividades Instrumentais de Vida Diária	- 35 -
3.7.5. Cuidados pessoais e de saúde	- 36 -
3.7.6. Nutrição	- 36 -
3.7.7. Plano de atividades socioculturais	- 36 -
3.7.8. Compras.....	- 37 -
3.7.9. Controlo dos equipamentos de medição e monitorização	- 37 -
3.8. Medição, Análise e Melhoria.....	- 38 -
3.8.1. Satisfação do Cliente	- 38 -
3.8.2. Auditoria Interna	- 40 -
3.8.3. Monitorização e medição dos processos e serviço	- 41 -
3.8.4. Controlo do produto não conforme	- 42 -
3.8.5. Análise de dados.....	- 42 -
3.8.6. Melhoria	- 42 -
4. Considerações Finais	- 44 -
Referências Bibliográficas	- 46 -
ANEXOS	- 49 -

Índice de Figuras

Figura 1: Edifício da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde.....	- 1 -
Figura 2: Dimensões da qualidade (Pires, 2007)	- 4 -
Figura 3: Organismo Normativo Internacional (International Organization for Standardisation)	- 7 -
Figura 4: Organismo Normativo Nacional (Instituto Português da Qualidade).....	- 7 -
Figura 5: Família ISO 9000.....	- 9 -
Figura 6: Interação de processos (Duarte, 2012).....	- 13 -
Figura 7: Modelo SGQ baseado em processos (Araújo, 2013)	- 14 -
Figura 8: Ciclo PDCA (APCER, 2010)	- 15 -
Figura 9: Processo de revisão da ISO 9001 (ISO, 2015).....	- 18 -
Figura 10: Organograma da ISCMF	- 22 -
Figura 11: Diagrama de Processos da ISMF	- 24 -
Figura 12: Documentos do SGQ.....	- 25 -
Figura 13: Gráfico de avaliação da satisfação dos familiares	- 39 -
Figura 14: Gráfico de avaliação da satisfação dos utentes	- 39 -

Índice de Quadros

Quadro 1: Desenvolvimento da normalização (IPQ, 2009)	- 6 -
Quadro 2: Normas complementares à série ISO 9000 (Carvalho &Paladini, 2005).....	- 10 -
Quadro 3: Relação entre os princípios do SGQ e os requisitos da NP EN ISO 9001:2008, (Duarte 2012)	- 16 -
Quadro 4: Diferenças dos princípios da qualidade entre a ISO 9001:2008 e a ISO 9001:015-	17 -
Quadro 5: Procedimentos desenvolvidos	- 26 -
Quadro 6: Instruções de Trabalho	- 26 -
Quadro 7: Objetivos do SGQ da ISCMF	- 29 -
Quadro 8: Meios de comunicação da ISCMF	- 30 -
Quadro 9: Medição dos processos	- 41 -

1.Introdução

O envelhecimento constitui cada vez mais uma preocupação central na sociedade atual. Segundo dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) a percentagem de população idosa aumentou de 16.6% para 19.0% entre 2001 e 2011, surgindo cada vez mais um interesse por parte da sociedade em criar respostas que satisfaçam as necessidades desta faixa etária. A gestão da qualidade e o seu reconhecimento é, cada vez mais, um fator de peso e até mesmo imprescindível para o sucesso de qualquer organização, inclusive Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Neste sentido, a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde – Lar André Almeida, mostrou total interesse em implementar um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) nas suas instalações, com base nos requisitos da NP EN ISO 9001:2008, por forma a organizar e controlar os seus processos internos e potenciar a sua imagem com a comunidade envolvente.

1.1. Apresentação da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde (ISCMF)

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde foi inaugurada a 26 de Maio de 2004, encontra-se sediada na Rua André Carvalho de Almeida, freguesia de Freamunde, concelho de Paços de Ferreira, trata-se de um edifício de rés/chão, com equipamento moderno, espaços amplos, relvados, jardim e uma vista panorâmica para o parque de lazer da cidade.



Figura 1: Edifício da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde

O aparecimento desta instituição deve-se à infelicidade de um casal (José Almeida e Adélia Almeida) perder o seu único filho (André Almeida) num acidente de automóvel. O jovem tinha um grande carinho por idosos, uma vez que convivia diariamente com esta faixa etária na cidade de Freamunde. Precisamente por este motivo o casal decidiu construir uma instituição de apoio à terceira idade em homenagem ao seu único filho. O registo desta instituição foi lavrado pela inscrição n.º 2/2004, fls 109 de Livro n.º 2 das Irmandades da Misericórdia e publicado no Diário da República – III Série, n.º 125 de 28 de Maio de 2004. Dos seus estatutos destacam-se como objetivos, a criação de Lares de Idosos, Centros Comunitários, Jardins de Infância, Creches e o Apoio Domiciliário a idosos e famílias carenciadas, no entanto, destas valências apenas o Lar de idosos, hoje denominado pelo Instituto de Segurança Social por Estrutura Residencial para Idosos, se encontra em funcionamento (Diário da República – III Série, 2004).

A 28 de Julho de 2004 celebrou um Acordo de Cooperação com o Instituto de Solidariedade e Segurança Social do Porto, para apoio técnico e financeiro com vista ao desenvolvimento da sua atividade. Este acordo foi celebrado para 25 utentes, dos 28 possíveis (ISS, 2004). O Lar André Almeida é constituído por 9 quartos duplos, 2 triplos e 4 individuais (todos com WC privativo), cozinha, refeitório, sala de estar, capela, salão de cabeleireiro, enfermaria, gabinete médico, lavandaria, vestiários, arrecadações e gabinetes de administração. Para satisfazer as necessidades dos que lá residem, fazem parte do quadro de pessoal da instituição um Médico (tempo parcial), um Enfermeiro (tempo parcial), um Fisioterapeuta (tempo parcial), um Gerontólogo, um Animador Sociocultural, um Cozinheiro, dois Auxiliares de Cozinha, sete Ajudantes de Lar, cinco Auxiliares de Serviços Gerais, um Porteiro e um cabeleireiro (voluntário).

Conforme definido pelo Instituto de Segurança Social (ISS) o Lar André Almeida é uma resposta social

“desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo de caráter temporário ou permanente, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade

de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado” (ISS, 2007, p.2).

Sendo uma estrutura residencial para idosos, a ISCMF tem como principais objetivos albergar pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida; facultar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências trágicas do envelhecimento, garantindo ao idoso uma boa qualidade de vida; prestar apoio psicossocial; desenvolver relações interpessoais e inter-geracionais de modo a evitar o isolamento; contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia, o incentivo das relações inter-familiares e o encaminhamento do idoso para soluções adequadas à sua situação (ISS, 2007).

1.2. Estrutura do Relatório do Projeto

Primeiramente será efetuada uma breve introdução ao tema do projeto “Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa Estrutura Residencial para Idosos”, apresentando a instituição alvo.

No segundo capítulo, efetuar-se-á o enquadramento do tema começando pela definição do conceito da qualidade e conceito de sistema de gestão da qualidade. Serão apresentadas as normas da família ISO 9001, dando especial atenção à NP EN ISO 9001:2008 descrevendo os seus requisitos e princípios da qualidade associados. Será ainda, efetuada uma breve introdução à última revisão da ISO 9001, versão 2015, publicada pela *International Organization for Standardization* a 23 de Setembro de 2015 e ao projeto da futura norma de Sistemas de Gestão para Respostas Sociais - prNP 4543, disponibilizada, para consulta, pelo Instituto Português da Qualidade no final deste projeto.

No capítulo 3 proceder-se-á à descrição da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade na ISCMF, relatando a metodologia aplicada para a implementação do sistema, descrevendo todas as tarefas executadas para dar cumprimento a todos os requisitos do referencial normativo, nomeadamente, definição de processos e de toda a documentação necessária que suporte um SGQ eficaz e eficiente.

Na parte final serão descritas algumas conclusões e considerações finais referindo os pontos positivos da execução do SGQ para a ISCMF e as principais dificuldades sentidas no decorrer da implementação do sistema.

2. Enquadramento

As organizações cada vez mais trabalham em busca da excelência dos seus serviços, tornando-se cada vez mais competitivas. Segundo Abreu, Lima (1993), citado por Blodorn & Soares (2011), “uma empresa excelente é aquela que consegue sobreviver e para sobreviver tem de ser competitiva e para ser competitiva tem de ter Qualidade”.

2.1. O conceito de Qualidade

O conceito de qualidade não é de fácil definição. Pode-se dizer que este conceito assenta em diferentes dimensões dependendo da percepção do consumidor e do produtor (Pires, A. R. 2007).

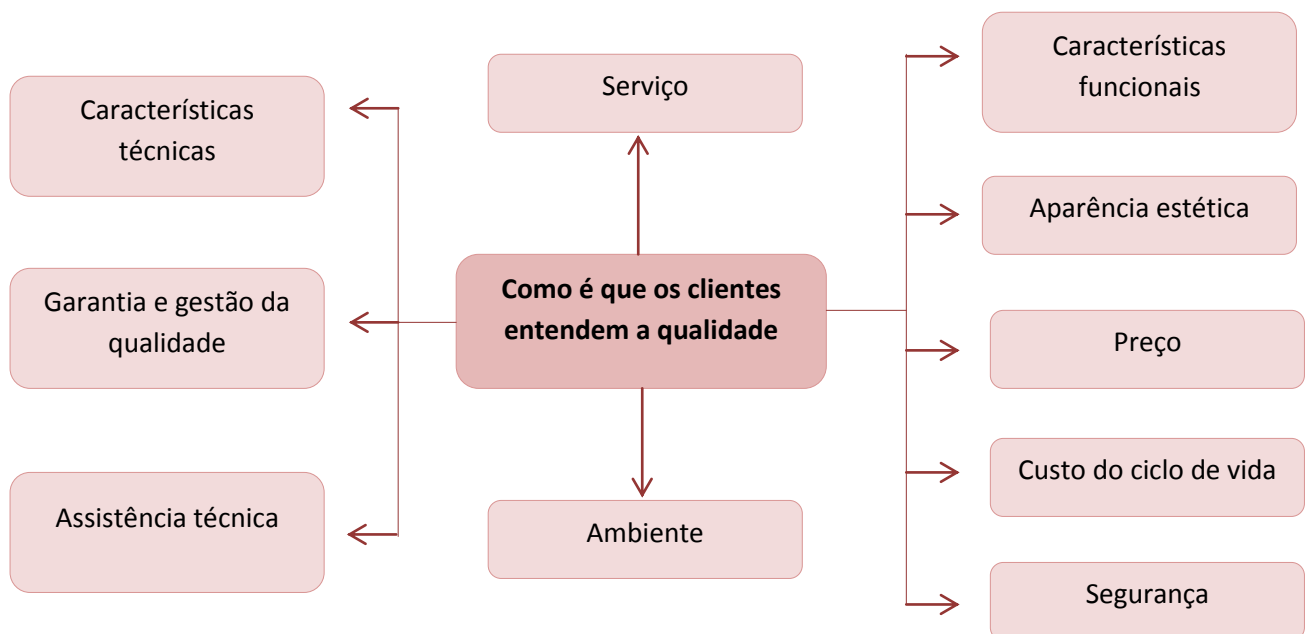


Figura 2: Dimensões da qualidade (Pires, 2007)

Ao longo dos anos vários foram os autores que deram o seu contributo para a evolução e definição do conceito. Segundo Carvalho & Paladini (2005), os principais Gurus da qualidade definem este conceito de diferentes formas:

- Walter A. Shewhart a “*qualidade é subjetiva e objetiva*”;
- W. Edwards Deming a “*qualidade é a satisfação das necessidades do cliente, em primeiro lugar*”;

- JosephM. Juran a *“qualidade é a adequação ao uso”*;
- Armand Feigenbaum a *“ qualidade é a composição total das características de marketing, projeto, produção e manutenção dos bens e serviços, através dos quais os produtos atenderão às expetativas do cliente”*;
- Philip B. Crosby a *“qualidade é a conformidade às especificações”*;
- Kaorul shikawa a *“qualidade é satisfazer radicalmente o cliente, para ser agressivamente competitivo”*;
- Genichi Taguchi a *“ qualidade é a diminuição das perdas geradas por um produto, desde a produção até ao uso pelos clientes”*.

Podemos assim, destacar que uma característica marcante dos conceitos apresentados pelos hoje apelidados de “gurus da qualidade” é que as definições chegam às mesmas conclusões, ou seja, a preocupação com o cliente, a utilidade para o cliente, a satisfação do cliente e a redução de custos para a empresa.

Segundo Pires (2007), a qualidade de um produto/serviço está, intrinsecamente, ligada à satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores e ao preço oferecido, tornando a garantia da qualidade uma tarefa complexa na medida em que os consumidores podem entender este léxico de diversas formas, tal como ilustrado na figura 2.

De um modo geral, podemos afirmar que a qualidade não diz respeito apenas à qualidade de um produto ou serviço em particular, mas sim à qualidade do processo como um todo, abrangendo tudo o que ocorre na organização.

Os vários conceitos da qualidade evoluíram ao longo dos tempos dando origem ao conceito definido pelo referencial normativo ISO 9000 (ISO, 2008), que define a qualidade como o *“grau de satisfação de necessidades ou expectativas expressas, geralmente implícitas ou obrigatórias, dado por um conjunto de características intrínsecas”*.

2.2. Normalização

Com a evolução do conceito da qualidade e com o aumento da competitividade e globalização da economia, tornou-se necessário estabelecer um padrão para todas as empresas no que concerne à qualidade.

A Normalização é a atividade que, de forma organizada, viabiliza a elaboração de normas e que nasceu da necessidade de dar resposta a problemas de natureza técnico-industrial.

Atualmente abrange áreas de um âmbito mais alargado tais como serviços, sistemas de gestão, questões de ordem ambiental, inovação e a componente social. (IPQ, 2015).

Segundo o IPQ (2009), a NP EN 45020 define normalização como a atividade destinada a estabelecer, face a problemas reais ou potenciais, disposições para utilização comum e repetida, tendo em vista a obtenção do grau ótimo de ordem, num determinado contexto. Consiste, de um modo particular, na formulação, edição e implementação de Normas – “documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que define regras, linhas de orientação ou características para atividades ou seus resultados...”.

Entre as principais ações desenvolvidas em proveito da atividade normativa, destaca-se os seguintes marcos históricos (Quadro 1):

Ano	Descrição
1790	Em França, foi aprovada a unificação do sistema de medidas, tendo sido instituído o metro como unidade de comprimento
1869	É publicado o primeiro catálogo de perfis normalizados de aço laminado
1898	A conferência internacional de Zurique aprova a "rosca SI" (sistema internacional) que servirá de base ao desenvolvimento posterior de importantes trabalhos normativos
1901	É fundado o primeiro organismo nacional de normalização; o BESC - <i>British Engineering Standards Committee</i>
	É criado, nos EUA, o “ <i>Bureau of Standards</i> ” como departamento do Ministério do Comércio e Trabalho
	O Japão edita as suas primeiras normas
1906	É fundada a Comissão Eletrotécnica Internacional - CEI ou IEC
1917	Constituição do Comité de Normalização da Indústria Alemã - NADI
1928	Representantes de 16 países criaram a Federação Internacional das Associações Nacionais de Normalização – ISA
1929	Cria-se, em Portugal, o Comité Eletrotécnico Português, para o estudo da nomenclatura e das condições de implantação e funcionamento de instalações elétricas.
1947	É fundada a “ <i>International Organization for Standardization</i> ” - ISO
1948	É criado o primeiro organismo nacional de normalização português - a Inspeção Geral dos Produtos Agrícolas e Industriais - IGPAI, onde funciona a Repartição de Normalização, com funções de elaboração de normas portuguesas, inclusive no domínio eletrotécnico
1966	Fundação da ASAC (organismo regional asiático de normalização)
1973	Criação do CENELEC (Comité Europeu para a Normalização Eletrotécnica)
1976	É criada em Portugal a Direção-Geral da Qualidade (DGQ) que herda, em 1978, as atribuições da IGPAI no âmbito da Normalização
1983	É publicado o DL 165/83 que institui o Sistema Nacional de Gestão da Qualidade

Quadro 1: Desenvolvimento da normalização (IPQ, 2009)

De entre os vários marcos históricos importa ressaltar a criação da “International Organization for Standardisation”. Em 1946, reuniram-se em Londres delegados de 25

países, com o objetivo de criar uma organização de âmbito internacional, que iria "facilitar a coordenação e a unificação internacional de normas industriais". A Organização Internacional para a Normalização (ISO) teve o início formal da sua atividade a 23 de Fevereiro de 1947. Hoje já fazem parte da ISO 162 países membros e até á data já foram criadas 19500 normas internacionais, que abrangem quase todos os setores de atividade (ISO, 2014).

Existem vários organismos de normalização, destaca-se o maior organismo de normalização internacional, a ISSO ilustrado na figura 3 e o organismo de normalização nacional português, o Instituto Português da Qualidade (IPQ), ilustrado na figura 4.



Figura 3: Organismo Normativo Internacional (International Organization for Standardisation)



Figura 4: Organismo Normativo Nacional (Instituto Português da Qualidade)

A uniformização de atividades favorece a redução de custos para fornecedores e clientes, aumenta a transparência do mercado, ajudando a criar novos negócios e mantendo os existentes, pois são um meio de garantir aos consumidores que os produtos e/ou serviços têm um adequado grau de qualidade, segurança, saúde e proteção do ambiente (IPQ, 2015).

Na área da qualidade importa salientar que em, 1987, a ISO lançou a família de normas ISO 9000, fortemente baseadas nas normas britânicas da qualidade e nas experiências e contribuições de especialistas e representantes de diversos países, que conseguiram superar divergências quanto à terminologia, conceitos e práticas e chegar a um resultado que pode ser considerado um marco histórico na evolução da garantia e da gestão da qualidade (ISO, 2014).

A família das normas ISO 9000 permite assim às organizações estabelecer Sistemas de Gestão da Qualidade eficazes e eficientes de forma equitativa entre diferentes países,

dando importância à satisfação dos clientes e à melhoria contínua da qualidade dos produtos/serviços.

2.3. Sistema de Gestão da Qualidade

A palavra sistema é utilizada em vários campos de conhecimento, podendo ser definida de um modo geral por um conjunto de elementos que interagem entre si, de modo a formar um todo devidamente organizado e estruturado (Pires, 2007).

Segundo a NP EN ISO 9000 (2005), um Sistema de Gestão da Qualidade é um “conjunto de elementos inter-relacionados e inter-atuantes” para o “estabelecimento da política e dos objetivos e para a concretização desses objetivos”, de modo a “dirigir e controlar uma organização no que respeita à qualidade”. Desta forma, pode-se dizer que um SGQ dispõe de um conjunto de processos, cujo objetivo é alcançar o bom funcionamento entre eles e assegurar que estão a ser executados e verificados da forma mais adequada.

O SGQ resulta num esforço de gestão, envolvendo todos os colaboradores da organização num processo de cooperação que se concretiza no fornecimento de produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes, ou seja, o SGQ promove a melhoria contínua do desempenho da qualidade nas organizações (Soares & Pinto, 2010)

Atualmente, para a implementação de sistemas da qualidade, existem referenciais normativos (família ISO 9000) que fornecem às entidades um conjunto de regras e princípios da qualidade permitindo-lhes melhorar a qualidade dos seus serviços.

2.4. Normas da qualidade: Família ISO 9000

As normas da série 9000 são as publicações ISO mais conhecidas. Organizações de todo o mundo apostam nos princípios e requisitos destes referenciais normativos (APCER, 2010).



Figura 5: Família ISO 9000

A família ISO 9000 é constituída por um conjunto de normas que dão apoio às organizações. De entre os vários referenciais, destacam-se as quatro normas centrais:

- **ISO 9000 (Fundamentos e Vocabulário):** Descreve os fundamentos de sistemas de gestão da qualidade e especifica a terminologia que lhes é aplicável;
- **ISO 9001 (Requisitos):** Especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade a utilizar sempre que uma organização tem necessidade de demonstrar a sua capacidade para fornecer produtos que satisfaçam tanto os requisitos dos seus clientes como dos regulamentos aplicáveis e tenha em vista o aumento da satisfação dos clientes;
- **ISO 9004 (Guia para a melhoria do desempenho):** Fornece linhas de orientação que consideram tanto a eficácia como a eficiência de um sistema de gestão da qualidade. O objetivo desta norma é a melhoria do desempenho da organização e a satisfação dos seus clientes e das outras partes interessadas;
- **ISO 19011 (Linhas de orientação para auditorias de sistemas de gestão da qualidade e/ou de gestão ambiental):** Dá orientação para a execução de auditorias do sistema de gestão da qualidade e a sistemas de gestão ambiental.

- **Série 1000:** Conjunto de normas que servem de apoio à implementação da ISO 9001 conforme descrito no quadro 2.

Os requisitos da ISO 9001 e as orientações da ISO 9004 complementam-se na implementação e melhoria de um SGQ, podendo ser usadas em conjunto ou de forma independente de acordo com os objetivos da organização (APCER, 2010).

Salienta-se que a única norma, da série ISO 9000, que pode ser utilizada para certificação é a norma ISO 9001, ou seja, pode ser utilizada para avaliar a capacidade que uma organização tem de fazer cumprir com os requisitos do cliente, estatutários e regulamentares referentes aos produtos ou serviços que fornece e à própria organização (APCER, 2010). É de realçar que no início deste projeto a ISO 9001 encontrava-se em revisão tendo sido publicada a 23 de Setembro de 2015 a nova versão (ISO, 2015). Em conjunto, foi também publicada a nova versão de fundamentos e vocabulários - ISO 9000:2015.

Importa ainda referir que, para além destas quatro normas mencionadas, existem outras que servem de complemento à série ISO 9000. No quadro seguinte destacam-se alguns exemplos (Carvalho & Paladini, 2005):

Norma	Designação
NP ISO 10001:2008	Gestão da qualidade. Satisfação do cliente. Linhas de orientação relativas aos códigos de conduta das organizações.
NP ISO 10002:2007	Gestão da qualidade. Satisfação dos clientes. Linhas de orientação para tratamento de reclamações nas organizações.
NP ISO 10005:2007	Sistemas de gestão da qualidade. Linhas de orientação para planos da qualidade.
NP ISO 10006:2006	Sistemas de gestão da qualidade. Linhas de orientação para a gestão da qualidade em projetos.
NP ISO 10012:2005	Sistemas de gestão da medição. Requisitos para processos de medição e equipamento de medição.
NP 4433:2005	Linhas de orientação para a documentação de sistemas de gestão da qualidade.

Quadro 2: Normas complementares à série ISO 9000 (Carvalho & Paladini, 2005)

2.5. NP EN ISO 9001:2008

A norma NP EN ISO 9001:2008 especifica os requisitos para um Sistema de Gestão da Qualidade, no qual uma organização necessita de demonstrar a sua capacidade para fornecer produtos /serviços que satisfaçam os requisitos dos clientes e que cumpram a legislação em vigor (Costa, 2013).

Este referencial normativo não está apenas ligado à qualidade do produto/serviço em si, mas sim à capacidade que as organizações têm de garantir a qualidade do produto/serviço, apresentando como principais objetivos o estabelecimento de processos consistentes com as responsabilidades claramente definidas, a satisfação dos seus clientes e a melhoria contínua (Soares & Pinto, 2010).

2.5.1. Estrutura da NP EN ISO 9001:2008

A NP EN ISO 9001 (2008) é constituída por nove capítulos:

0. Introdução
1. Objetivos e Campo de Aplicação;
2. Referência Normativa;
3. Termos e Definições;
4. Sistema de Gestão da Qualidade;
5. Responsabilidade da Gestão;
6. Gestão de Recursos;
7. Realização do Produto;
8. Medição, Análise e Melhoria.

Os primeiros quatro capítulos incorporam a parte introdutória e o enquadramento da norma. Os restantes cinco subdividem-se em várias subcláusulas contendo os requisitos para implementação de um SGQ.

2.5.2. Princípios de Gestão da Qualidade

Em qualquer fase de implementação do SGQ a organização deve cumprir com um conjunto de princípios que constituem a base de um SGQ eficaz e eficiente – “Princípios de Gestão da Qualidade” (Machado, 2006).

Os princípios de gestão da qualidade foram desenvolvidos pela ISO tendo em conta o pensamento de vários especialistas da qualidade, tais como Deming, Juran, Crosby e outros autores da qualidade (APCER, 2010).

Princípio 1: Focalização no Cliente

“As organizações dependem dos seus clientes e, conseqüentemente, convém que compreendam as suas necessidades, atuais e futuras, satisfaçam os seus requisitos e se esforcem por exceder as suas expectativas” (ISO, 2005).

O sucesso de uma organização é alcançado quando se consegue atrair e reter a confiança dos seus clientes e partes interessadas (ISO, 2015)

Segundo a NP EN ISO 9000 (2005), o cliente é a “organização ou pessoa que recebe o produto”, ou seja, o termo cliente abrange, consumidores e partes interessadas, tais como fornecedores, colaboradores, comunidade, etc. (Duarte, 2012).

Princípio 2: Liderança

“Os líderes estabelecem unidade no propósito e na orientação da organização. Deverão criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas para se atingirem os objetivos da organização” (ISO, 2005).

Para Nascimento (2012), a maioria das definições deste conceito apontam para a liderança como sendo um processo de influência realizado no seio de um grupo, de forma a levá-lo a atingir determinados objetivos. Ou seja, as organizações devem definir metas e objetivos que pretendem alcançar e estabelecer um ambiente interno propício à participação dos seus colaboradores, por forma a perceberem qual o seu contributo, potenciando o seu maior comprometimento em alcançar os objetivos.

Princípio 3: Envolvimento das pessoas

“As pessoas, em todos os níveis, são a essência de uma organização e o seu pleno envolvimento permite que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da organização” (ISO, 2005).

A comunicação, a consciencialização e a formação das pessoas são fatores fulcrais para que estas compreendam qual o seu contributo no SGQ (Araújo, 2013).

Princípio 4: Abordagem por processos

“Um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente quando as atividades e os recursos associados são geridos como um processo” (ISO, 2005).

Um processo pode ser entendido como um conjunto de atividades executadas por uma ou diversas áreas de uma organização, interrelacionados entre si e com uma *entrada* e uma *saída* claramente definidas (Pires, 2007). Raramente um processo acontece de forma separada. Geralmente a *saída* de um processo constitui a *entrada* de outros processos que estão interligados na rede de processos (Duarte, 2012) – Figura 6.

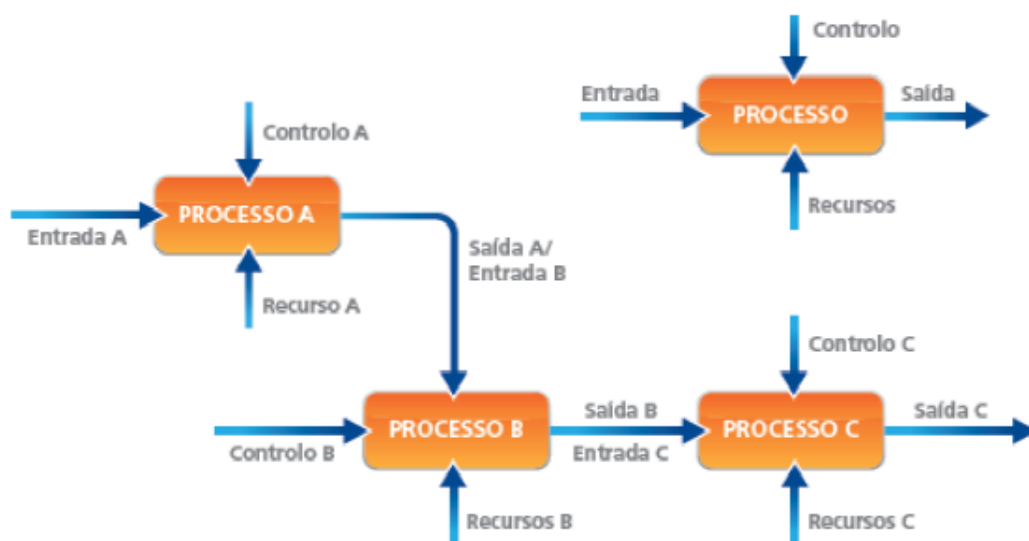


Figura 6: Interação de processos (Duarte, 2012)

Por conseguinte, segundo a NP EN ISO 9001 (2008), o conjunto de processos identificados e interrelacionados, bem como a sua gestão e controlo para produzir o resultado ambicionado, numa organização, constitui a “abordagem por processos”.

A “abordagem por processos” estabelece uma vantagem no controlo passo-a-passo que “proporciona sobre a interligação das atividades e dos processos individuais dentro do sistema de processos bem como, sobre a sua combinação e interação” (APCER, 2010).

A mesma norma estabelece um modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em processos que envolve todos os seus requisitos, conforme demonstrado na figura 7:

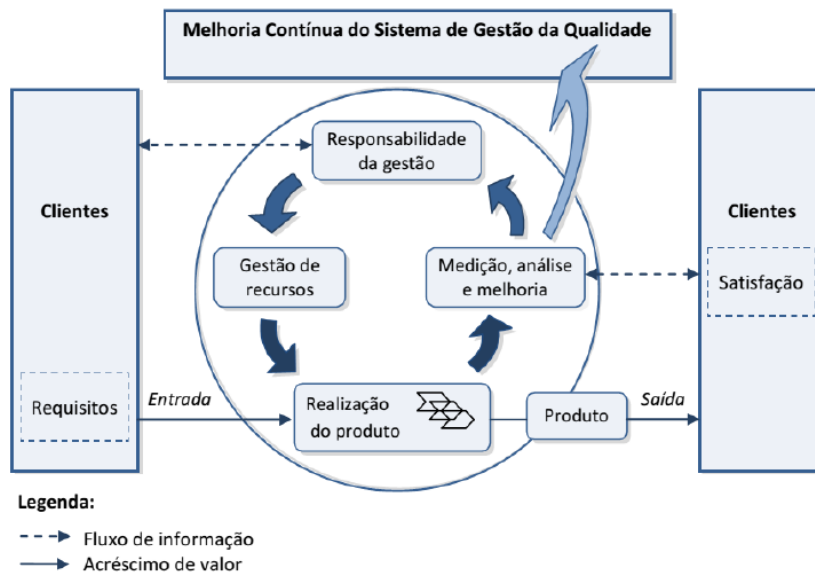


Figura 7: Modelo SGQ baseado em processos (Araújo, 2013)

Princípio 5: Abordagem da gestão como um sistema

As organizações devem “identificar, compreender e gerir os processos inter-relacionados como um sistema, contribuindo para que uma organização atinja os seus objetivos com eficácia e eficiência” (ISO, 2005). Ou seja, as organizações devem olhar para o conjunto de processos existentes como um todo.

Princípio 6: Melhoria contínua

“A melhoria contínua do desempenho global de uma organização deverá ser um objetivo permanente dessa organização” (ISO, 2005).

As organizações devem identificar, gerir e controlar todos os seus processos de forma a atingir os resultados desejados, ou seja, de forma a obter produtos/serviços conformes (APCER, 2010). Desta forma, a NP EN ISO 9001:2008 estabelece como metodologia o ciclo PDCA (“Plan – Do – Check – Act”) – Figura 8.



Figura 8: Ciclo PDCA (APCER, 2010)

Esta metodologia do ciclo PDCA permite a definição, implementação e controlo de ações de melhoria de cada processo das organizações, possibilitando a avaliação de todas as etapas, verificando se os resultados estipulados estão a ser alcançados e se há necessidade de ações de melhoria.

As quatro etapas deste ciclo são definidas, de acordo com a NP EN ISO 9001:2008, da seguinte forma:

- **“Plan” (Planear):** estabelecer os objetivos e os processos necessários para apresentar resultados de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da organização;
- **“Do” (Executar):** implementar os processos;
- **“Check” (Verificar):** monitorizar e medir os processos e produto em comparação com políticas, objetivos, e requisitos para o produto e reportar os resultados;
- **“Act” (Atuar):** empreender ações para melhorar continuamente o desempenho dos processos.

Princípio 7: Abordagem à tomada de decisões baseada em factos

“As decisões eficazes são baseadas na análise de dados e de informações” (ISO, 2005). Ou seja, as organizações devem tomar decisões sempre em prol de dados e informações previamente recolhidos e analisados.

Princípio 8: Relações mutuamente benéficas com fornecedores

“Uma organização e os seus fornecedores são interdependentes e uma relação de benefício mútuo potencia a aptidão de ambas as partes para criar valor” (ISO, 2005).

Os oito princípios da gestão da qualidade, abordados anteriormente estão inteiramente relacionados com os requisitos da NP EN ISO 9001:2008, conforme demonstrado no Quadro 3:

Requisitos da NP EN ISO 9001:2008	Princípios da Qualidade							
	Focalização no cliente	Liderança	Envolvimento das pessoas	Abordagens por processos	Abordagem da gestão como um sistema	Melhoria contínua	Abordagem à tomada de decisões baseada em factos	Relações mutuamente benéficas com fornecedores
4. Sistema de Gestão da Qualidade				4.1.	4.1. 4.2.2. 4.2.3.		4.2.4	4.1.
5. Responsabilidade da Gestão	5.2. 5.3.	5.1. 5.3. 5.4. 5.5. 5.6.	5.5.3.		5.4. 5.6.	5.6	5.6.	
6. Gestão de Recursos		6.1.	6.2.2.		6.1. 6.2. 6.3.			
7. Realização do Produto	7.2.			7.2. 7.3. 7.5.	7.1.		7.6.	7.4.
8. Medição, Análise e Melhoria	8.2.1. 8.3.			8.2.3	8.1. 8.2. 8.4. 8.5.	8.5	8.2. 8.4.	8.4.

Quadro 3: Relação entre os princípios do SGQ e os requisitos da NP EN ISO 9001:2008, (Duarte 2012)

Estes princípios da qualidade que constituem a base de um SGQ foram atualizados do decorrer deste projeto. A ISO, 2015 no manual “Quality management Principles” define os

princípios de gestão de qualidade como um conjunto de crenças fundamentais, normas, regras e valores que podem ser usados para orientar as organizações com vista à melhoria do seu desempenho. Atualmente os princípios da qualidade são apenas sete uma vez que os princípios “Abordagens por processos” e “Abordagem da gestão como um sistema” passam a ser apenas um princípio – “Abordagem por processos”. Demonstram-se as alterações das denominações no quadro seguinte:

ISO 9001:2008	ISO 9001: 2015
Foco no Cliente	Foco no Cliente
Liderança	Liderança
Envolvimento das pessoas	Comprometimento das pessoas
Abordagem por processos	Abordagem por processos
Abordagem da gestão como um sistema	
Melhoria Contínua	Melhoria
Abordagem à tomada de decisões baseadas em factos	Tomada de decisão baseada em evidências
Relações mutuamente benéficas com fornecedores	Gestão das Relações

Quadro 4: Diferenças dos princípios da qualidade entre a ISO 9001:2008 e a ISO 9001:015

2.6. Versão da ISO 9001:2015

No decorrer deste projeto a norma ISO 9001 encontrava-se em revisão, motivo pelo qual se decidiu adotar a versão em vigor (2008). No entanto, não deixa de ser importante fazer uma breve exposição à nova versão que foi publicada a 23 de Setembro de 2015.

Todas as normas ISO são analisadas, a cada cinco anos, para verificar se é necessário estabelecer uma revisão mantendo os referenciais atualizados e relevantes para o mercado. A ISO 9001:2015 foi concebida para responder às mais recentes tendências tornando-se compatível com outros sistemas de gestão (ISO, 2015).

Na seguinte figura demonstra-se o processo de desenvolvimento da revisão da nova versão ISO:



Figura 9: Processo de revisão da ISO 9001 (ISO, 2015)

Segundo o manual “*Moving from ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015*”, publicado pela ISO em 2015 a nova versão reflete as alterações que a sociedade vai sofrendo ao longo dos tempos, ou seja, o aumento da globalização mudou a forma de se fazer negócio e as expectativas dos clientes e outras partes interessadas aumentaram, uma vez que têm mais acesso à informação do mercado.

A nova versão apresenta-se com uma estrutura diferente, permitindo um maior envolvimento da liderança no sistema de gestão e incrementando o pensamento baseado no risco. Esta norma apresenta ainda uma maior compatibilidade com outras normas de sistemas de gestão (MSS) nomeadamente em relação à sua estrutura, linguagem e termos utilizados (ISO, 2015).

2.6.1. Estrutura da ISO 9001:2015

De acordo com a ISO/TC 176/SC 2/N1282 a ISO 9001:2015 é composta por 11 capítulos:

0. Introdução
1. Objetivo
2. Referência normativa
3. Termos e definições
4. Contexto da Organização
5. Liderança
6. Planeamento

7. Suporte
8. Operacionalização
9. Avaliação do desempenho
10. Melhoria

Tal como a versão de 2008 os primeiros quatro capítulos incorporam a parte introdutória e o enquadramento da norma e os restantes sete subdividem-se em várias subcláusulas contendo os requisitos para implementação de um SGQ.

2.7. prNP 4543 Sistemas de Gestão para Respostas Sociais

Durante a elaboração deste projeto teve-se conhecimento que se encontrava, para consulta pública, no site do Instituto Português da Qualidade, o projeto da futura Norma Portuguesa “Sistema de Gestão de Respostas Sociais – Requisitos”.

Este referencial normativo foi elaborado pela Comissão Técnica de Normalização CT 186 “*Respostas Sociais e Cuidados Continuados Integrados*”, cujo secretariado é assegurado pelo IPQ. Este referencial é certificável e está perfeitamente alinhada com os requisitos da nova versão da ISO 9001:2015.

Esta futura norma especifica os requisitos para estabelecer, implementar, manter e melhorar continuamente um sistema de gestão dos vários tipos de respostas sociais existentes, tais como:

- centro de acolhimento temporário/lar de infância e juventude;
- centro de atendimento e de apoio à pessoa com deficiência;
- centro de atividades de tempos livres;
- centro de atividades ocupacionais;
- creche/creche familiar;
- educação pré-escolar;
- lar residencial e residência autónoma;
- estruturas residenciais para idosos;
- serviço de atendimento e acompanhamento social;
- serviços em contexto comunitário;
- serviços em contexto domiciliário.

Após análise desta futura norma, pode considerar-se que será um instrumento facilitador para todas as respostas sociais, nomeadamente no que diz respeito, sobretudo, à

operacionalização dos processos. Ou seja, relaciona todos os processos, comuns a qualquer resposta, implícitos nos manuais da Segurança Social, (admissão, candidatura, cuidados pessoais, plano individual, etc.) permitindo um melhor entendimento e implementação dos requisitos estabelecidos, ajudando as organizações a estabelecer sistemas de gestão sólidos e perfeitamente ajustados à sua realidade. Em comparação com o referencial estabelecido pelo ISS esta norma poderá, futuramente, apresentar uma vantagem para as instituições na medida em que, sendo alinhada com a nova versão da ISO 9001:2015, poderá apresentar um caráter internacional e uma maior compatibilidade com outros sistemas de gestão, sendo mais fácil a sua implementação e integração com outros sistemas de gestão. Ainda relativamente aos referenciais estabelecidos pelo ISS, estes permitem a certificação das instituições em três níveis distintos (A, B e C), com a aplicação da prNP4543 as instituições terão de seguir os mesmos requisitos, diminuindo assim a diferenciação entre instituições e garantindo a implementação de sistemas complexos e com o mesmo nível de exigência entre instituições.

Importa ainda referir que a publicação desta norma está prevista para 15 de Dezembro do decorrente ano (Sandra Feliciano, comunicação pessoal em 23 de Novembro de 2015).

3. Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade

A ISCMF, consciente de que a gestão da qualidade e o reconhecimento de Instituições Particulares de Solidariedade Social é, cada vez mais, um fator de peso e até mesmo imprescindível para o sucesso e sustentabilidade das mesmas, aprovou de imediato a Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com os requisitos estabelecidos pela NP EN ISO 9001:2008. Com a implementação de um SGQ a Misericórdia de Freamunde pretende aumentar o nível de qualidade dos seus serviços e consequentemente a satisfação dos seus clientes.

Atualmente, não é objetivo da instituição avançar para a certificação, mas sim desenvolver um conjunto de ferramentas que permita gerir todos os seus processos de forma eficaz e eficiente. No entanto, não elimina a possibilidade de futuramente avançar para este processo.

A implementação do SGQ da ISCMF teve por base a versão 2008 da ISO 9001, no entanto, conhecedora que a 23 de Setembro de 2015 foi lançada a nova versão a instituição pretende posteriormente adaptar o seu sistema, mantendo-se o mais atualizado possível.

3.1. Metodologia

A implementação do SGQ é um processo extremamente complexo sendo necessário o conhecimento profundo do funcionamento, processos e procedimentos do serviço, envolvendo a participação de todas as partes circundantes, nomeadamente, a gestão de topo e colaboradores da instituição.

No desenvolvimento do SGQ da ISCMF utilizou-se como principal metodologia a aplicação e satisfação dos requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008, tendo por base o Guia Interpretativo da referida norma, publicado pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER) em 2010. Em conjunto com estes dois referenciais utilizou-se as ferramentas de Gestão da Qualidade desenvolvido pelo Instituto de Segurança Social que permite às instituições avaliar as suas práticas, medindo a satisfação e perceção da qualidade por parte de todas as partes envolvidas. Ao longo da implementação do SGQ foram, também, consultados modelos e manuais da qualidade de outras instituições a título de exemplo.

Por forma a consciencializar a gestão de topo e os colaboradores da importância e dos benefícios da implementação de um SGQ para a melhoria dos serviços prestados, efetuou-se uma primeira reunião com o objetivo de transmitir no que consiste o SGQ e reforçar a ideia de que um SGQ não se desenvolve de forma eficaz sem a participação, empenho e envolvimento da gestão de topo e colaboradores da instituição.

Adotando como metodologia de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade o ciclo PDCA (“Plan – Do – Check - Act”), estabelecido pela NP EN ISO 9001, que permite estabelecer os objetivos e os processos necessários para apresentar resultados de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da organização, implementar os processos, monitorizar e medir processos e por fim empreender ações para melhorar continuamente o desempenho dos mesmos (ISO, 2008), foram dados os seguintes passos:

1. Realizou-se uma auditoria de diagnóstico para efetuar um levantamento dos processos já existentes na instituição, determinando o grau de conformidade espontânea dos mesmos para com os requisitos da NP EN ISO 9001 (realizada com a coordenadora do projeto e com uma colega de Mestrado Raquel Gomes);
2. Traçou-se um plano de ação (**Anexo I**) de acordo com o relatório de auditoria de diagnóstico;

3. Procedeu-se à construção do SGQ, à formalização de processos e à elaboração de toda a documentação do SGQ de acordo com o referencial aplicado;
4. Realizou-se uma auditoria interna para verificar a conformidade de todo o processo com os requisitos do referencial (realizada pela colega de Mestrado, Raquel Gomes, para garantir a imparcialidade dos resultados);
5. Implementadas, se necessário, ações de correção e/ou corretivas e ações de melhoria de acordo com os resultados obtidos na auditoria interna.

3.2. Estrutura Organizacional da ISCMF

A Misericórdia de Freamunde apresenta uma pequena estrutura organizacional, conforme demonstrado no organograma a seguir exposto – figura 10:

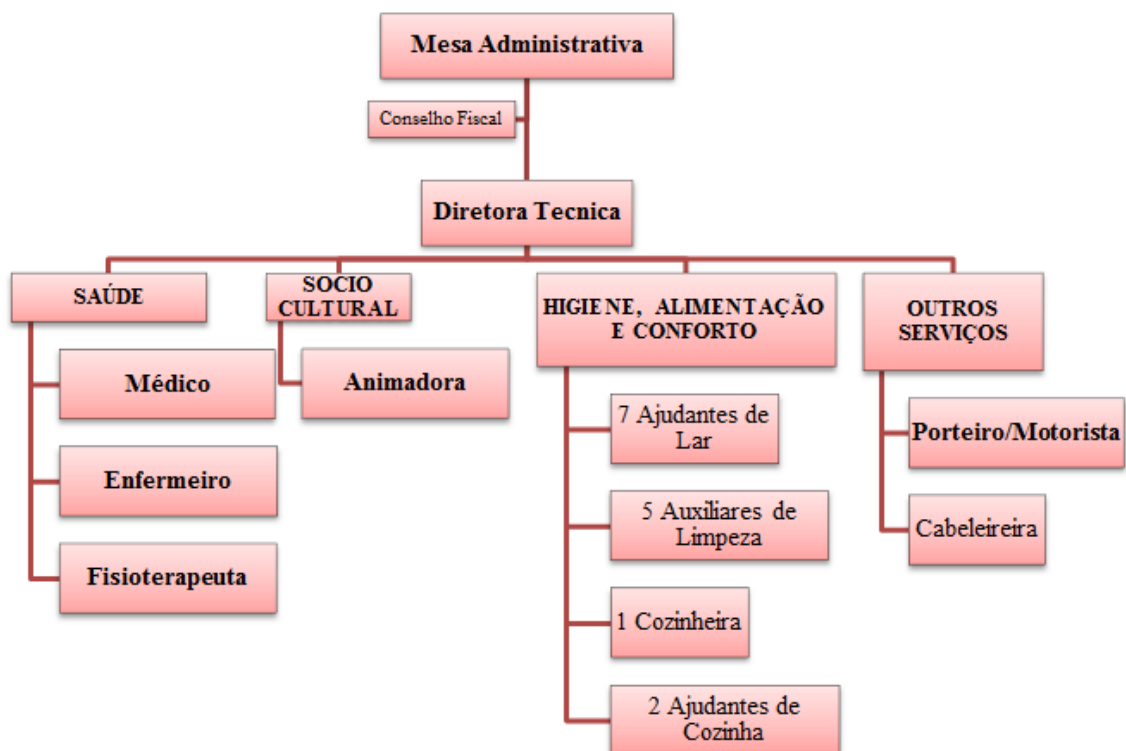


Figura 10: Organograma da ISCMF

3.3. Processos da ISCMF

Segundo a NP EN ISO 9001, cada organização deve determinar os processos necessários para o sistema de gestão da qualidade, assim como a sua sequência e interação. Assim sendo, foram identificados os seguintes processos:

- **Processos de Gestão:** Conjunto de processos que medem, analisam e melhoram o sistema. Subdividindo-se em:
 - Gestão do SGQ

- **Processos Chave:** Conjunto de processos relacionados com a realização e fornecimento do serviço. Subdividindo-se em:
 - Candidatura
 - Admissão
 - Plano Individual
 - Cuidados Pessoais e de Saúde
 - Nutrição e Alimentação
 - Atividades Instrumentais de Vida Diária
 - Atividades Socioculturais

- **Processos de Suporte:** conjunto de processos que servem de suporte aos restantes processos, acrescentam valor à instituição e são necessários para os processos chave.
 - Gestão da Segurança Alimentar
 - Gestão de Equipamentos e Infraestruturas
 - Gestão de Compras
 - Gestão de Recursos Humanos

Assim sendo, ilustra-se da seguinte forma o diagrama de processos da ISCMF:

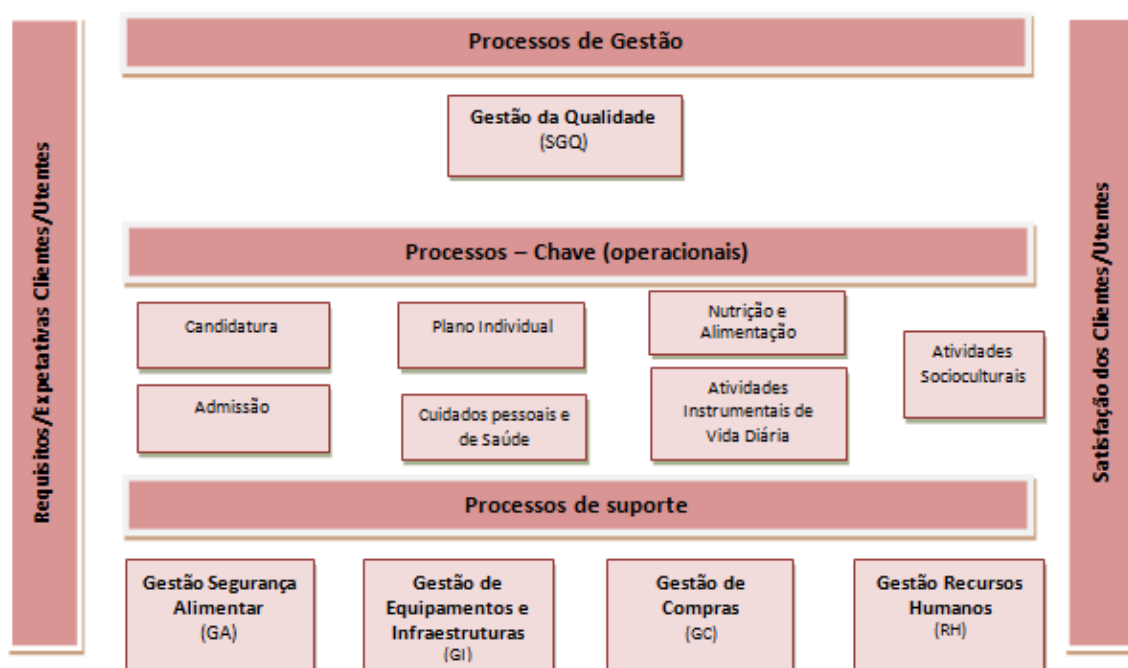


Figura 11: Diagrama de Processos da ISMF

Foram definidos no Manual de Qualidade (**Anexo II**) da instituição mapas de processos para cada um dos processos existentes na Misericórdia de Freamunde. Cada mapa de processos define:

- As *entradas* e *saídas* associadas a cada processo;
- Os responsáveis por cada processo;
- A periodicidade de monitorização de cada processo;
- Indicadores de medição e monitorização de cada processo.

3.4. Documentos do Sistema de Gestão da Qualidade

3.4.1. Organização documental

Conforme referido no ponto 4.2. da NP EN ISO 9001:2008 a instituição deve estabelecer:

- Declarações documentadas quanto à Política da qualidade e aos objetivos da qualidade;
- Um manual da qualidade;

- Procedimentos documentados e registos requeridos pelo referencial normativo;
- Documentos, incluindo registos, determinados pela organização como necessários para assegurar o planeamento, a operação e o controlo eficazes dos seus processos.

A documentação da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde está estruturada em 4 níveis conforme demonstrado na seguinte figura 12:

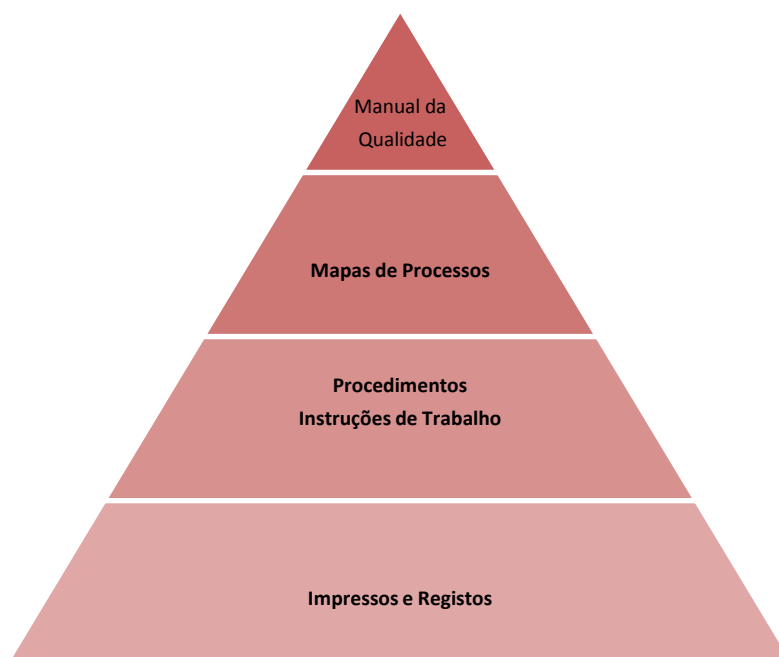


Figura 12: Documentos do SGQ

No topo da pirâmide encontra-se o manual da qualidade, documento exigido pela ISO 9001:2008. Este documento descreve o sistema de gestão da qualidade como um todo. Posteriormente encontram-se os processos necessários ao desenvolvimento do serviço prestado. A Misericórdia de Freamunde definiu 12 processos que considera cruciais para o seu sistema de gestão da qualidade, conforme descrito no ponto 3.3. deste relatório.

No patamar seguinte encontram-se os procedimentos e as instruções de trabalho que descrevem pormenorizadamente as atividades inerentes à prestação do serviço. Para dar cumprimento ao estabelecido no referencial normativo em estudo, a instituição desenvolveu três procedimentos para dar cumprimento aos seguintes requisitos:

Procedimento	Requisitos
PROC.SGQ.00 – Procedimento de Controlo de Documentos e Registos	4.2.3. Controlo de documentos 4.2.4. Controlo de registos
PROC.SGQ.01 – Procedimento de Auditorias	8.2.2. Auditoria interna
PROC.SGQ.02 – Procedimento de Gestão da Melhoria	8.3. Controlo de produto não conforme 8.5.2. Ações corretivas 8.5.3. Ações preventivas

Quadro 5: Procedimentos desenvolvidos

Foram ainda desenvolvidos algumas instruções de trabalho de forma a descrever detalhadamente a realização de determinadas atividades, nomeadamente:

Instruções de Trabalho
IT.GC.00 – Seleção e Avaliação de Fornecedores
IT.GI.00 – Limpeza e Desinfecção dos Espaços
IT.PCAIVD.00 – Marcação de Roupa

Quadro 6: Instruções de Trabalho

Por fim e na base da pirâmide estão os impressos para suportar os registos que expressam os resultados obtidos fornecendo evidência das atividades realizadas. A instituição desenvolveu vários impressos para tornar evidente a execução de tarefas, que até então não eram registadas, conforme se pode verificar no quadro de documentos, existente no MQ e na lista de Documentos (IMP.SGQ.00).

3.4.2.Manual da Qualidade

A norma ISO 9001:2008 refere que as entidades devem estabelecer um documento que especifique o sistema de gestão da qualidade de uma organização. Para dar cumprimento ao requisito 4.2.2. da norma a Misericórdia de Freamunde elaborou um Manual da Qualidade onde define o âmbito de aplicação do sistema, a descrição e interação dos seus processos e faz referência aos procedimentos existentes (**Anexo II**).

3.4.3. Controlo de Documentos e Registos

Para garantir as atividades explícitas no requisito 4.2.3. Controlo dos documentos e no requisito 4.2.4. Controlo dos registos, a instituição elaborou o procedimento de controlo de documentos e registos (Anexo III – **PROC.SGQ.00**). Este procedimento garante o controlo dos documentos internos e externos significativos para o SGQ da Misericórdia, bem como o controlo dos registos decorrentes das atividades exercidas.

Todos os documentos internos são identificados por um código, de acordo com o descrito no referido procedimento e os documentos externos quer em formato de papel ou digital são armazenados em dossiês devidamente identificados.

Para além da identificação dos documentos este procedimento faz ainda referência á revisão, distribuição, arquivo e eliminação de documentos e registos. Importa ainda realçar que todos os documentos são controlados através da tabela de controlo de documentos e registos (**Anexo IV - IMP.SGQ.00**)

3.5. Responsabilidade da Gestão

Segundo Carvalho & Paladini (2005), o foco na Gestão de Topo já era evidente para Edwards Deming e Joseph Juran, que referiam a importância do “envolvimento da alta administração na busca da qualidade”.

Este requisito da norma está em total sintonia com os princípios da gestão da qualidade sobretudo com o princípio da Liderança e Envolvimento dos colaboradores. A gestão de topo deve “...criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas ... que a todos os níveis, são a essência de uma organização...” (Pinto, A.& Soares, I. p.112).

Assim sendo, a Gestão de topo deve comprometer-se no desenvolvimento e melhoria contínua do SGQ estabelecendo uma política e objetivos da qualidade, procedendo à sua comunicação a todos os elementos da instituição, conduzindo as revisões do SGQ e disponibilizando todos os recursos necessários à implementação do sistema (ISO, 2008).

3.5.1.Focalização no Cliente

A Gestão de topo da ISCMF assegura que na admissão do utente é realizada uma avaliação diagnóstica do utente (**Anexo IV** - IMP.PCA.02) e posteriormente realizado um Plano individualizado (**Anexo IV** - IMP.PCPI.00) que permita o desenvolvimento/manutenção do estado físico, psicológico e social do utente, com o intuito de obter um grau de satisfação dos utentes e familiares (**Anexo IV** - IMP.SGQ.02 e IMP.SGQ.20) satisfatório.

De realçar que na auditoria de diagnóstico, a ISCMF apresentava algumas lacunas neste âmbito, nomeadamente:

- Plano individual pouco desenvolvido e pouco específico;
- Avaliação da satisfação dos utentes e familiares não era concretizada.

3.5.2. Política da Qualidade

A ISCMF não apresentava Política da qualidade, esta foi concebida com o intuito de satisfazer constantemente as necessidades e expectativas dos seus utente/familiares, colaboradores e restantes partes interessadas.

Desta forma, a gestão de topo assumiu o compromisso de:

- Garantir a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes/familiares;
- Otimizar os recursos existentes (físicos, humanos e financeiros);
- Garantir a satisfação das expectativas profissionais dos colaboradores;
- Apostar continuamente na adoção de boas práticas e melhoria contínua dos serviços;

A Política da Qualidade foi divulgada a todos os colaboradores, encontra-se afixada à entrada da instituição e futuramente será incorporada no site da instituição que se encontra em desenvolvimento.

A revisão da Política é feita anualmente aquando da revisão pela gestão.

3.5.3. Planejamento

Para dar cumprimento a este requisito e com base na política da qualidade, a Gestão de topo da ISCMF definiu os seus objetivos, bem como as atividades/ações e os responsáveis pela monitorização dos mesmos.

No quadro seguinte, demonstram-se os objetivos estabelecidos pela instituição

<u>Objetivos</u>	<u>Atividades/Ações</u>	<u>Responsáveis</u>	<u>Recursos</u>	<u>Meta</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Revisão</u>
Aferir o grau de satisfação dos Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e aplicar um questionário de avaliação da satisfação dos colaboradores. - Analisar os dados recolhidos. - Transmitir os dados recolhidos à mesa Administrativa. 	Diretor técnico	Recursos materiais (computador, folhas) Recursos Humanos (Diretor Técnico)	Tomar medidas para manter/aumentar a satisfação dos colaboradores tendo por base a análise efetuada	% de satisfação	Novembro 2015
Aferir o grau de satisfação dos Utentes e Familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e aplicar questionários de avaliação, individualizados para utentes e familiares; - Analisar os dados recolhidos. - Transmitir os dados recolhidos à mesa Administrativa. 	Diretor Técnico Auxiliares	Recursos materiais (computador, folhas) Recursos Humanos (Diretor Técnico e Auxiliares)	Tomar medidas para manter/aumentar a satisfação dos utentes/familiares tendo por base a análise efetuada	% de satisfação	Novembro 2015
Melhoria das infraestruturas	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do piso da zona de quartos; - Solicitar orçamentos a empresas; - Análise, discussão e seleção da empresa; 	Diretor Técnico Mesa Administrativa	Recursos Financeiros Recursos externos (empresa selecionada)	Remodelar o piso da zona de quartos	Piso alterado	Novembro 2015
Implementação de um SGQ de acordo com a ISO 9001	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das práticas existentes, - Desenvolvimento e implementação de processos e procedimentos exigidos pela ISO 9001; - Transmissão e envolvimento de todos os colaboradores; - Realização de auditorias internas 	Diretor Técnico Mesa Administrativa Colaboradores	Recursos humanos (Diretor Técnico, Todos os colaboradores) Recursos materiais (computador, folhas, canetas, etc)	80% dos requisitos da ISO 9001 cumpridos	% de requisitos cumpridos	Novembro 2015

Quadro 7: Objetivos do SGQ da ISCMF

3.5.4. Responsabilidade, autoridade e comunicação

A cláusula 5.5 do referencial normativo em estudo refere que a “gestão de topo deve assegurar que as responsabilidades e as autoridades são definidas e comunicadas dentro da organização”, nomear um representante da gestão e assegurar processos de comunicação interna adequados.

Para dar cumprimento a este requisito a ISCMF elaborou um manual de funções (**Anexo II - MF.RH.00**) que estabelece as atividades e tarefas de cada cargo existente na instituição, bem como as competências que cada elemento deve ser portador e a política de substituição de cada elemento. Para representante da gestão elegeu o Diretor Técnico da instituição. Cada colaborador tomou conhecimento das suas funções e assinou devidamente a tabela de funções que lhe diz respeito.

Relativamente à comunicação interna a instituição adota os métodos expostos no seguinte quadro:

<u>Conteúdo</u>	<u>Meio de Comunicação</u>	<u>Público-alvo</u>	<u>Responsável</u>	<u>Periodicidade</u>
Política da qualidade	Verbal Afixação, Site	Colaboradores	Gestão de Topo	Sempre que surgir alterações
Objetivos da qualidade	Verbal	Colaboradores	Gestão de Topo	Anual
Reuniões, internas	Escrita: Livro de passagem de informação do Diretor Técnico	Colaboradores	Diretor Técnico	Trimestral ou sempre que se julgue necessário
Atividades, indicações importantes e convívios	Escrita: Livro de passagem de informação do Diretor Técnico	Colaboradores	Diretor Técnico	Diária
Indicações importantes	Escrita: Livro de passagem de informação dos colaboradores	Diretor Técnico	Colaboradores	Diária
Documentação do SGQ	Escrita: Livro de passagem de informação do Diretor Técnico	Colaborares	Diretor Técnico	Sempre que surge alterações
Programa anual de auditorias	Verbal Afixação	Colaboradores envolvidos	Diretor Técnico Gestão de Topo	Anual
Resultados de auditorias	Relatório de auditoria	Colaboradores envolvidos	Auditor Coordenador	Aquando de realização
Resultados da revisão do SGQ	Ata de reunião	Colaboradores envolvidos	Gestão de Topo	Anual
Plano de formação	Verbal	Todos os colaboradores	Diretor Técnico	Anual
Sugestões	Impresso próprio	Diretor Técnico	Todos os colaboradores	Sempre que surjam
Outras informações relevantes	Verbal ou escrita	Todos os colaboradores	Gestão de Topo Diretor Técnico	Sempre que surjam

Quadro 8: Meios de comunicação da ISCMF

3.5.5.Revisão pela Gestão

Este ponto permite uma visão criteriosa do desempenho do SGQ no cumprimento dos seus objetivos e política.

Segundo Pinto & Soares (2010), de um modo geral a revisão pela gestão permite planejar um novo ciclo de melhoria através da:

- Avaliação do grau de concretização dos objetivos;
- Avaliação da adequação e eficácia do sistema;
- Resultados da avaliação das oportunidades de melhoria;
- Identificação das necessidades e alteração ao sistema e respetivo planeamento.

Dando cumprimento a este requisito da NP EN ISO 9001, a instituição prevê a revisão anual pela gestão.

O Diretor Técnico na posse dos dados resultantes de auditorias internas, não conformidades detetadas, indicadores de satisfação dos clientes, etc. apresenta à Administração os dados recolhidos para que possam ser analisados e discutidos e posteriormente delineadas ações de melhoria. A recolha, análise e definição de ações de melhoria são inumeradas no IMP.SGQ.19 – Revisão pela gestão (**Anexo IV**), resultando daqui o relatório da revisão pela gestão, onde estão definidas as “entradas” e “saídas” da revisão.

Até à data ainda não foi possível realizar a revisão pela gestão.

3.6. Gestão de Recursos

Com vista à implementação e melhoria contínua de um SGQ e conseqüentemente ao aumento da satisfação dos clientes, as organizações devem determinar e proporcionar todos os recursos necessários para que o sistema seja eficaz e eficiente (ISO, 2008).

Segundo a APCER (2010, p. 68) “Os recursos podem incluir recursos humanos, tecnologia/equipamento e recursos financeiros, associados não apenas à gestão dos processos de realização de produto, mas também à auditoria interna, ação corretiva, revisão do sistema, entre outros”.

3.6.1. Recursos Humanos

Para dar cumprimento a esta cláusula da norma a ISCMF identificou o processo **Gestão de Recursos Humanos** no qual estabelece as competências, escolaridade, formação, saber fazer e experiência de cada colaborador da instituição.

No âmbito deste requisito, a instituição reorganizou o dossiê de recursos humanos incorporando os seguintes documentos:

- Ficha de identificação do colaborador IMP.RH.01 – **Anexo IV**, onde consta o registo de formação de cada elemento;
- Curriculum;
- Certificado de habilitações;
- Fichas de aptidão.

A ISCMF estabeleceu um manual de funções onde estão discriminadas todas as funções e competências de cada categoria profissional, bem como qual a política de substituição em caso de ausência. A política de recrutamento é configurada desde que exista vaga para o respetivo serviço a exercer, avaliando o candidato em determinados aspetos, tais como a ficha do colaborador, currículo, experiência profissional e entrevista, aplicando um processo de recrutamento de acordo com as leis vigentes aplicáveis, tendo em conta o perfil traçado no manual de funções.

Ciente que a formação é cada vez mais um fator de excelência para o melhor desempenho dos seus colaboradores a instituição efetuou um levantamento das necessidades de formação através da aplicação de um questionário (IMP.RH.04 – **Anexo IV**) aos colaboradores e efetuou um plano de formação para o ano 2016 (IMP.RH.06 – **Anexo IV**), uma vez que o ano em vigência já se encontra na reta final. De realçar que estas formações serão todas de caráter interno tendo em conta a conjuntura económica que se atravessa. No decorrente ano a instituição conseguiu dentro das suas possibilidades proporcionar formação na área de segurança alimentar (executada pela empresa FiscalPreve), segurança contra incêndios (executada pela empresa Alarsat), suporte básico de vida (executada pelos Bombeiros Voluntários de Freamunde) e cuidados de saúde no idoso (executada internamente pelo enfermeiro). Estas formações não constavam de nenhum plano de formação, foram executadas à medida que as necessidades iam surgindo.

A avaliação da eficácia das formações é realizada no final de cada formação, através da avaliação dos formandos e da perceção que estes apresentam da adequabilidade do conteúdo ao dia a dia de trabalho.

3.6.2. Infraestruturas e ambiente de trabalho

Relativamente a estes pontos a Misericórdia de Freamunde apresenta-se como um edifício amplo e harmonioso com bastante luminosidade e temperaturas adequadas a qualquer altura do ano. Aquando da auditoria de diagnóstico não apresentavam qualquer plano de manutenção dos equipamentos e infraestruturas. Atualmente a lista está definida e é efetuada uma verificação de manutenção dos equipamentos e infraestruturas pelos responsáveis de manutenção implícitos no plano de manutenção (IMP.GI.01 – **Anexo IV**). Para além do plano de manutenção, a instituição apresenta uma lista de todos os equipamentos existentes com a respetiva coluna de manutenção efetuada (IMP.GI.02 – **Anexo IV**).

A caixa de primeiros socorros apresentava-se com produtos fora de validade e com alguma escassez de material, para colmatar esta falha a caixa foi devidamente preenchida e colocada uma lista de verificação dos materiais em que a sua manutenção é efetuada de acordo com o estipulado no plano de manutenção.

Na auditoria de diagnóstico a instituição já apresentava planos de limpeza das diferentes áreas da instituição estabelecidos pela empresa que fornece todos os materiais de limpeza e desinfeção. A única lacuna apresentada era a falta de evidências da limpeza dos espaços. Neste momento a instituição apresenta uma instrução de trabalho de limpeza dos espaços, assim como os respetivos registos (IT.GI.00.A e IMP.GI.00 – **Anexo IV**).

Aquando da auditoria de diagnóstico a instituição apresentava o seu plano de medidas de autoproteção submetido à Autoridade Nacional de Proteção Civil tendo obtido um parecer favorável a 28 de Setembro de 2015. Encontra-se neste momento a planear um simulacro para posteriormente solicitar a inspeção desta entidade.

Importa ainda realçar que a instituição apresenta um seguro para todos os trabalhadores e instalações.

3.7. Realização do produto

Para dar cumprimento a este requisito da norma, a instituição deve definir, planear e desenvolver, sob condições controladas, todos os processos necessários à realização do serviço. Deve, ainda, estabelecer e implementar formas eficazes de comunicação com os clientes com vista ao cumprimento dos seus requisitos e necessidades, dos requisitos legais e estatutários, e dos requisitos internos da instituição (Soares & Pinto, 2010).

Como processos de realização do serviço a instituição definiu os sete processos chave sugeridos pelo Instituto de Segurança Social, para Estruturas Residenciais para Idosos nomeadamente: Candidatura, Admissão, Plano Individual, Cuidados Pessoais e de saúde, Nutrição, Atividades Instrumentais de Vida Diária e Plano de Atividades Socioculturais (ISS, 2007).

3.7.1. Candidatura

O processo de candidatura é a primeira etapa do funcionamento da instituição, ou seja, sem candidatos não haveria clientes e conseqüentemente não se prestaria qualquer tipo de serviço.

Deste processo fazem parte a ficha de inscrição (IMP.PCC.01 – **Anexo IV**), preenchida por todos os candidatos, e a lista de espera (IMP.PCC.02 – **Anexo IV**), bem como a respetiva matriz de ponderação (IMP.PCC.03 – **Anexo IV**).

Na auditoria de diagnóstico foi detetada uma não conformidade neste processo, nomeadamente no que diz respeito à avaliação e priorização dos candidatos na lista de espera. Os critérios de priorização definidos no regulamento interno não eram os utilizados para admissão dos utentes. Após passagem de informação à Administração estes pretendem alterar os critérios definidos no regulamento interno, se aprovados por unanimidade, na próxima reunião da Mesa Administrativa a realizar no próximo mês de Novembro de 2015.

3.7.2. Admissão

Após seleção do candidato procede-se à integração do utente na instituição. Esta etapa constitui a determinação dos requisitos para a prestação de um serviço eficaz e eficiente. É nesta fase que se faz um diagnóstico (IMP.PCA.02 – Ficha de Avaliação Diagnóstica – **Anexo IV**) das necessidades e expetativas do utente com o intuito de traçar um plano individualizada que vá de encontro com as necessidades de cada um. Como complemento a esta avaliação são ainda usadas escalas de avaliação geriátrica. Durante as quatro semanas seguintes todos os utentes são submetidos a uma avaliação do seu acolhimento tendo em conta os critérios do programa de acolhimento (IMP.PCA.04 – Programa de acolhimento do utente – **Anexo IV**). Este processo, contempla ainda a assinatura de um conjunto de burocracias tais como o contrato de prestação de serviços, termos de aceitação

de recolha de imagens, termos de responsabilidade de saídas, etc. e constitui a entrada da conceção e desenvolvimento.

Denote-se que até ao desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade a ISCMF, não registava a avaliação que era realizada ao utente nem definia um plano de acolhimento ao utente. Durante o processo de implementação do Sistema apenas existiu a admissão de um utente, podendo por em prática este conjunto de atividades que torna a admissão do utente bem-sucedida e envolve muito mais a participação dos familiares na integração do utente.

3.7.3. Plano Individual

Este processo está claramente relacionado com o requisito 7.3 da NP EN ISO 9001:2008 – Conceção e desenvolvimento.

Com base no período de acolhimento do utente e nas informações recolhidas na avaliação diagnóstica, procede-se à elaboração do plano individual que define as necessidades e potenciais de cada idoso. Cada plano individual faz uma abordagem holística do utente, abordando as áreas sócio familiar, sociocultural, inclusão social, bem-estar físico, emocional e material, cognição, saúde, reabilitação, higiene e alimentação.

A instituição no seu entendimento já apresentava um plano individual, no entanto, o que consideravam um plano individual era apenas uma avaliação do estado físico e cognitivo do utente que efetuavam semestralmente, sem critérios definidos.

Neste momento a instituição já apresenta um documento devidamente estruturado (IMP.PCPI.00 – Plano individual e avaliação – **Anexo IV**) que lhes permite um melhor desempenho na busca da satisfação dos clientes. Porém, sendo um trabalho que tem de ser efetuado em equipa e alguns dos colaboradores como o médico, enfermeiro e fisioterapeuta prestam serviço a tempo parcial, ainda não estão definidos os planos individuais para todos os utentes.

3.7.4. Atividades Instrumentais de Vida Diária

Como apoio nas atividades instrumentais da vida diária, a instituição efetua os acompanhamentos ao exterior apenas em situação de consultas e atividades lúdicas promovidas pela instituição ou outras organizações externas. Estas saídas são registadas no livro de passagem de turno.

Relativamente ao tratamento de roupas, verificou-se uma lacuna na auditoria de diagnóstico, algumas roupas não estavam devidamente identificadas e outras não apresentavam o mesmo método de marcação. Para colmatar esta falha foi elaborada uma instrução de trabalho para esta atividade e uma lista com o nome e número de cada utente, até então inexistente.

3.7.5. Cuidados pessoais e de saúde

Os cuidados pessoais e de saúde são prestados de acordo com o estabelecido no PI de cada utente. Devem ser mantidos registos dos cuidados de higiene, imagem, saúde e terapêutica de forma individual, garantindo a dignidade e confidencialidade dos direitos de cada utente.

Na auditoria de diagnóstico verificou-se que o registo de todas estas atividades eram executadas no mesmo documento, ou seja não garantia a confidencialidade dos mesmos. Atualmente estes processos já se encontram individualizados.

3.7.6. Nutrição

Relativamente a este ponto a instituição já apresentava regras devidamente orientadas, nomeadamente no que diz respeito à elaboração de ementas de acordo com as necessidades de cada utente.

A instituição já apresentava um sistema HACCP implementado. Este sistema faz parte do processo de suporte Gestão da Segurança Alimentar e apresentava apenas alguns certificados de fornecedores desatualizados. Todo este processo já apresentava todas as evidências necessárias para garantir a execução das tarefas de higiene e segurança alimentar.

3.7.7. Plano de atividades socioculturais

Anualmente a instituição define um plano de atividades socioculturais tendo em conta as necessidades definidas no plano individual de cada utente. No entanto, apresentava uma lacuna no preenchimento dos processos individuais de cada idoso, ou seja, não era efetuado o registo das presenças nas atividades nem a avaliação das mesmas. Na segunda

auditoria este processo ainda não se encontrava devidamente organizado uma vez que a animadora sociocultural só presta serviço 6 horas por semana acabando por não ter tempo para atualizar os dossiês e fazer o registo das atividades executadas.

3.7.8. Compras

A cláusula 7.4 da ISO 9001:2008 refere que as organizações devem assegurar que o produto comprado está conforme com os requisitos de compra especificados e que os fornecedores são selecionados e avaliados de acordo com a sua aptidão para fornecer produto conforme (APCER, 2010).

A Misericórdia de Freamunde já estabelecia um método de identificação dos requisitos pretendidos de cada produto através do preenchimento das respetivas fichas de encomenda de cada fornecedor e procedia ao registo da entrada de armazém dos produtos, conforme os critérios formalizados na encomenda. No entanto, este processo de gestão de compras apresenta uma lacuna na definição de critérios de avaliação dos fornecedores. Para dar cumprimento a esta componente foram definidos os critérios de avaliação e seleção dos fornecedores numa instrução de trabalho (IT.GC.00. – **Anexo IV**). Denote-se que a instituição trabalha com fornecedores locais desde que foi inaugurada, não tendo por hábito pedir orçamentos a outras entidades. Assim sendo, o grupo de fornecedores irá manter-se desde que não existam questões significativas na sua avaliação bem como oscilações no volume de compras com repercussões negativas financeiramente.

Não foi possível efetuar a avaliação dos fornecedores até ao final deste projeto, está prevista para o primeiro trimestre de 2016, após recolha e tratamento dos dados dos registos e controlo da receção de materiais (IMP.GC.02 – **Anexo IV**).

3.7.9. Controlo dos equipamentos de medição e monitorização

Aquando da auditoria de diagnóstico a instituição não apresentava qualquer método de controlo dos equipamentos de medição e monitorização (EMM) utilizados. Atualmente, estão definidos no processo de gestão de equipamentos e infraestruturas (Plano de manutenção, IMP.GI.01 – **Anexo IV**) descritos no ponto 3.6. deste relatório. A maior parte dos EMM, são equipamentos de baixo valor de compra, desta forma adota-se como metodologia a substituição periódica por equipamentos novos, uma vez que a sua calibração periódica

acarretaria custos mais elevados. O único EMM a ser calibrado será o termómetro padrão da zona alimentar que até ao momento ainda não foi adquirido.

3.8. Medição, Análise e Melhoria

A cláusula 8 do referencial normativo em estudo tem como objetivo o planeamento e implementação dos processos de monitorização, medição, análise e melhoria necessários para demonstrar a conformidade do produto e assegurar a conformidade e a melhoria contínua da eficácia e eficiência do SGQ (ISO, 9001).

Ainda que a eficiência do SGQ deva ser importante para qualquer organização, é a sua eficácia que é um requisito da NP EN ISO 9001:2008, ou seja a medida em que as atividades planeadas foram realizadas e conseguidos os resultados projetados (APCER, 2010).

3.8.1. Satisfação do Cliente

Para garantir a satisfação deste requisito a instituição estabeleceu um método de avaliação da satisfação dos clientes, anual. Como clientes para esta avaliação a instituição decidiu estabelecer uma avaliação dos familiares e utentes separadamente.

Durante o mês de Outubro foram distribuídos presencialmente e enviados por e-mail os questionários de avaliação da satisfação dos familiares (IMP.SGQ.20 – **Anexo IV**), solicitando a sua entrega até ao final do respetivo mês. Para amostragem decidiu-se apenas aplicar os questionários aos responsáveis por cada utente, ou seja, 28 familiares. No entanto, apenas 11 questionários foram entregues, tornando esta avaliação pouco conclusiva e muito superficial. Após análise dos questionários preenchidos chegou-se à conclusão de 65% estão muito satisfeitos com o serviço globalizado da instituição, figura 13.

É importante referir que os questionários apresentam uma escala de avaliação de 1 a 10, onde 1 significa “insatisfeito” e 10 “muito satisfeito”.

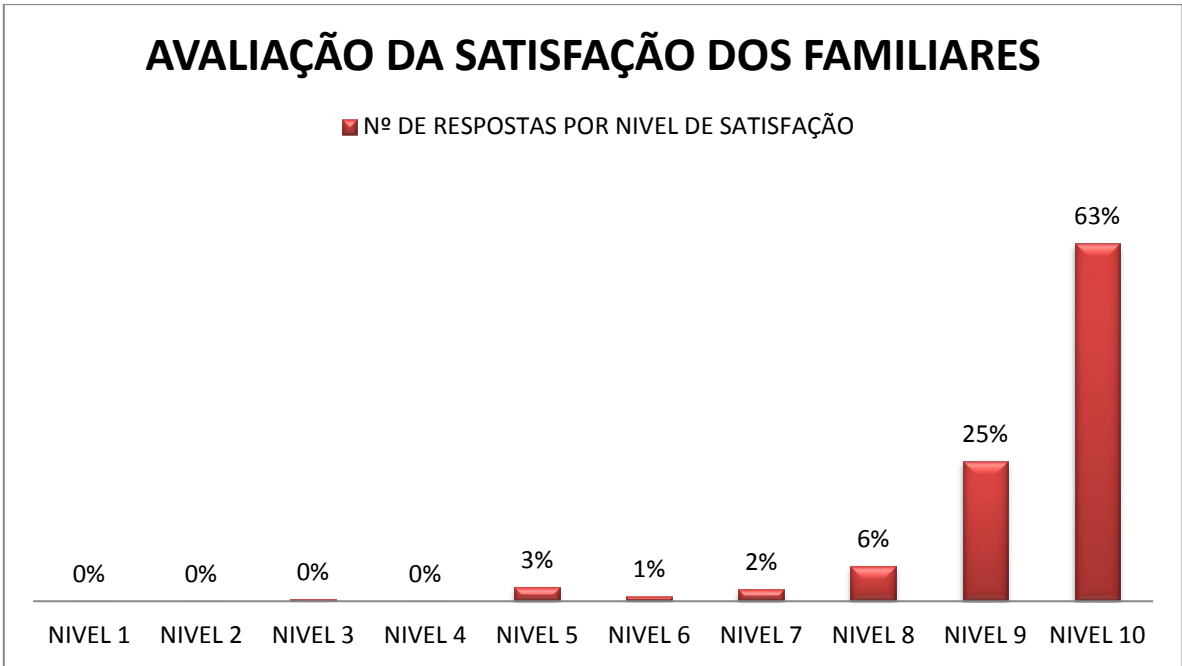


Figura 13: Gráfico de avaliação da satisfação dos familiares

O questionário para avaliação da satisfação dos utentes foi aplicado apenas a 5 utentes (amostragem selecionada de acordo com o estado cognitivo dos residentes), apresentando um nível de satisfação de 86% conforme demonstrado na figura 14.

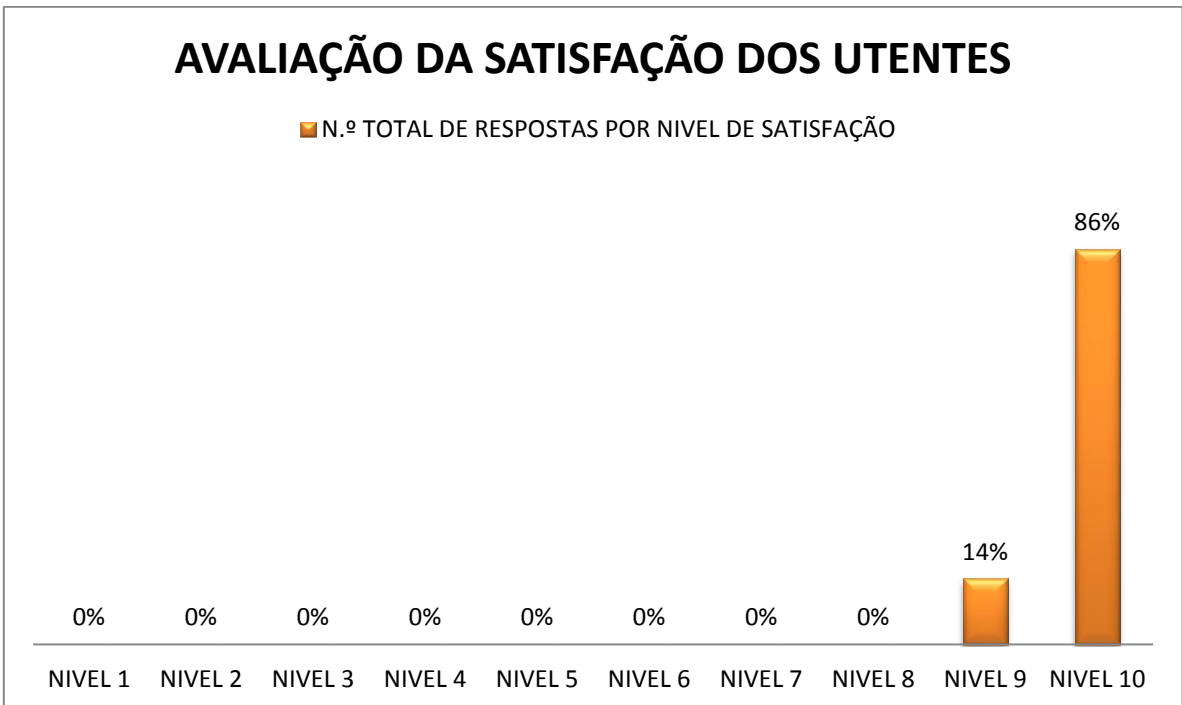


Figura 14: Gráfico de avaliação da satisfação dos utentes

Estes resultados foram publicados à entrada da instituição para conhecimento de todos os clientes e visitantes da organização.

3.8.2. Auditoria Interna

A instituição deve estabelecer um plano que lhe permita efetuar periodicamente auditorias internas.

Este “processo sistemático, independente e documentado” (ISO, 9000) vai permitir às organizações determinar se o SGQ está em conformidade com os requisitos da NP EN ISO 9001:2008 e com os requisitos estabelecidos pela organização e se está a ser efetivamente implementado e mantido com eficácia (ISO, 9001).

Neste âmbito e sendo um documento de caráter obrigatório, exigido pelo requisito 8.2.2. da NP EN ISO 9001:2008, desenvolveu-se um procedimento de gestão de auditorias internas (PROC.SGQ.01 – **Anexo III**) que define a metodologia a seguir para o planeamento e execução de auditorias internas. Para além do procedimento foram, ainda, elaborados impressos de suporte a ser utilizados aquando das auditorias de primeira parte, constituindo informação importante para a tomada de decisões nas reuniões de revisão pela gestão (**Anexo IV**):

- IMP. SGQ.04 – Plano de auditorias
- IMP.SGQ.05 – Relatório de Auditoria
- IMP.SGQ. 06 – Lista de Entrevistados
- IMP.SGQ.07 – Lista de Evidências
- IMP.SGQ.08 – Checklist de requisitos

Na elaboração deste projeto foram elaboradas duas auditorias, no entanto e para garantir o máximo de rigor possível em relação aos dados obtidos, a primeira auditoria foi executada com a supervisão da co-orientadora do projeto e com a observação da colega de mestrado, Raquel Gomes. Desta auditoria resultou um relatório com 21 não conformidades (**ANEXO V**).

Em comum acordo e para garantir a imparcialidade dos resultados obtidos, a segunda auditoria da Misericórdia de Freamunde foi assegurada pela colega de mestrado, Raquel Gomes. Nesta última auditoria da ISCMF foram assinaladas 8 não conformidades (**Anexo V**).

3.8.3. Monitorização e medição dos processos e serviço

As organizações devem aplicar metodologias de avaliação e medição dos processos do SGQ, controlando o desempenho dos mesmos.

A Misericórdia de Freamunde estabelece em cada mapa de processos os indicadores para avaliação de cada processo. Os valores obtidos, conforme demonstrado no quadro 9, são recolhidos pelos responsáveis do processo e analisados em reunião de revisão pela gestão.

Processo		Indicadores	Análise
Processos chave	Candidatura	% de admissões ao longo do ano	Num leque de 15 candidaturas apenas se procedeu a admissão de um candidato – proporcional à abertura de n.º de vagas por ano.
	Admissão	% de rescisão de contratos	Não existiram rescisão de contratos
	Plano Individual	% de cumprimento dos PI	Em fase de desenvolvimento
	Cuidados Pessoais e de Saúde	% de reclamações obtidas em relação aos cuidados pessoais e de saúde	Não existiram reclamações
	Nutrição	% de reclamações obtidas em relação ao tipo de alimentação	Não existiram reclamações
	Atividades Instrumentais de Vida Diária	% de reclamações obtidas em relação ao tratamento de roupas	Não existiram reclamações
	Atividades Sócio culturais	% de participação nas atividades desenvolvidas	Em fase de desenvolvimento
Processos de Suporte	Gestão de compras	Avaliação dos fornecedores positiva	Não foi realizada a avaliação dos fornecedores
	Gestão de Equipamentos e infraestruturas	Grau de cumprimento do plano de manutenção	Em desenvolvimento
	Gestão da Segurança Alimentar	Grau de cumprimento do Sistema HACCP	Não foram apresentadas não conformidades pela empresa de HACCP
	Gestão de Recursos Humanos	Grau de satisfação dos colaboradores	51% de satisfação total com as condições de trabalho 55% de satisfação com as relações interpessoais 39% de satisfação com a valorização profissional
Processos de Gestão	Gestão da Qualidade	- Relatório de auditoria - Grau de satisfação dos utentes - Grau de Satisfação dos familiares	- Diminuição das não conformidades existentes; - 86% dos utentes estão muito satisfeitos com o serviço prestado - 63% dos familiares estão muito satisfeitos com o serviço prestado

Quadro 9: Medição dos processos

3.8.4. Controlo do produto não conforme

Para garantir a deteção e tratamento de não conformidades a ISCMF elaborou um documento que permite registar as reclamações, sugestões e não conformidades detetadas (IMP.SGQ.10 – **Anexo IV**) e outro que permite controlar a fase de resolução da não conformidade, reclamação ou sugestão (IMP.SGQ.11- Documento em Excel). Todo este processo de controlo de produto não conforme está estabelecido no procedimento de gestão da melhoria (PROC.SGQ.02 – **Anexo III**).

3.8.5. Análise de dados

Segundo o requisito 8.4. da NP EN ISO 9001:2008 a organização deve recolher dados para análise sobre a satisfação do cliente, conformidade do produto com os requisitos, características e tendências do processo e produtos e desempenho dos fornecedores.

- **Satisfação do cliente:** Dados recolhidos através do questionário de avaliação da satisfação dos familiares e utentes (IMP.SGQ.02 – IMP.SGQ.20, **Anexo IV**)
- **Conformidade com os requisitos do produto:** procedimento de gestão da melhoria (PROC.SGQ.02– **Anexo III**)
- **Características e tendências do processo:** Indicadores de avaliação do desempenho dos processos (conforme demonstrado no ponto 3.8.3 deste relatório) e os procedimentos de gestão da melhoria e de auditorias internas (PROC.SGQ.01 e PROC.SGQ.02 – **Anexo III**).
- **Desempenho dos fornecedores:** Instrução de trabalho seleção e avaliação de fornecedores (IT.GC.00 – **Anexo IV**)

3.8.6. Melhoria

O requisito 8.5 do referencial normativo utilizado está relacionado com a melhoria contínua do SGQ, referindo que as organizações devem “melhorar continuamente a eficácia do sistema de gestão da qualidade através da utilização da política da qualidade, dos objetivos da qualidade, dos resultados das auditorias, da análise dos dados, das ações corretivas e preventivas e da revisão pela gestão”, que geralmente levam à tomada de ações corretivas e preventivas (ISO, 2008).

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde definiu o procedimento de gestão da melhoria (PROC.SGQ.02 – **Anexo III**) que define as orientações necessárias que

permitem examinar a integridade, adequação e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade. Conforme o estabelecido neste procedimento a instituição implementará ações de correção resultantes de não conformidades detetadas ao longo da prestação do serviço, em auditoria ou através de reclamações e sugestões, bem como as ações preventivas necessárias que visem eliminar as causas de potenciais não conformidades.

4. Considerações Finais

O principal objetivo deste projeto consistia na implementação de um sistema de gestão da qualidade na Misericórdia de Freamunde, com a finalidade de melhorar a prestação dos seus serviços, satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes e aumentar a satisfação dos trabalhadores, ou seja, garantir a eficiência e a eficácia dos serviços prestados, contribuindo para a sua melhoria contínua.

Sendo um processo longo e de difícil execução o sistema de gestão da qualidade da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Freamunde ainda se apresenta numa fase prematura, sobretudo pelo tempo e disponibilidade que este acarreta na sua implementação.

No entanto, considera-se que globalmente os objetivos foram atingidos, sendo desenvolvido um sistema de gestão da qualidade com todo o suporte documental necessário para assegurar o planeamento, execução e controlo de todos os processos identificados. O levantamento de toda a documentação existente e a aplicação de toda a documentação de suporte para a satisfação dos requisitos da NP EN ISO 9001:2008 é um processo bastante moroso e que carece do envolvimento de toda a equipa de trabalho. Aqui demonstrou-se uma grande dificuldade, uma vez que grande parte dos colaboradores apresentou bastante resistência no preenchimento de novos registos e na adoção de novas práticas de trabalho.

Importa referir que os fatores disponibilidade/tempo e excessiva burocracia inerente ao sistema tornaram bastante difícil a implementação do mesmo.

A grande dificuldade na implementação deste sistema estava na interpretação na NP EN ISO 9001:2008, sobretudo na aplicação à realidade do sector social. No decorrer do projeto surgiram imensas dificuldades na articulação dos requisitos da norma com os serviços prestados pela instituição, no entanto, esta lacuna penso que será colmatada com a futura norma portuguesa, prNP 4543.

No entanto e superando estas barreiras, foram adquiridos vários conhecimentos ao longo da implementação do sistema, sobretudo no que diz respeito à interpretação e aplicação da norma, contribuindo para a realização pessoal e melhorando as competências profissionais exercidas na instituição.

A implementação deste sistema de gestão da qualidade permitiu à ISCMF uma melhoria ao nível da eficácia organizacional e um melhor acompanhamento dos processos existentes. Verifica-se uma melhor organização dos serviços, nomeadamente no que diz respeito aos registos dos cuidados prestados ao idoso e uma melhor articulação da informação entre

colaboradores e direção. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer sendo necessário um maior envolvimento de toda a equipa de trabalho e gestão de topo.

Com a futura adaptação do sistema de gestão da ISCMF à nova versão da ISO 9001:2015 esta deficiência (envolvimento da gestão de topo) será minimizada ou até mesmo eliminada uma vez que, esta versão refere que deve existir mais liderança e responsabilidade na medida em que a gestão de topo deve incentivar o exercício de liderança por parte dos gestores intermédios.

Por fim, salienta-se a prática positiva na execução das auditorias na creche “A crescer e já Crescidos” da colega Raquel Gomes, que me permitiram contactar com outra realidade e perceber que de fato, em várias situações, a maior resistência na implementação de Sistemas de Gestão parte das direções.

Referências Bibliográficas

APCER - Associação Portuguesa de Certificação. (2010). *Guia Interpretativo NP EN ISO 9001:2008*. Porto.

Araújo, J.S. (2013). *Desenvolvimento de um Sistema de Gestão da Qualidade na ecoinside - soluções em ecoeficiência e sustentabilidade, Lda*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências – Universidade do Porto. Portugal.

Blodorn, M. & Soares, M. (2011). *Qualidade: Uma questão de sobrevivência para as organizações*. Dissertação. Universidade Luterana. Brasil.

Carvalho & Paladini. (2005). *Gestão da Qualidade: Teoria e Casos.2.^a Edição*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Costa, S.P.A. (2013). *Passos para a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa Instituição de Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciência e Tecnologia – Universidade Fernando Pessoa. Portugal.

Despachos, Éditos, Avisos e Declarações de 28 de Maio de 2004. *Diário da República n.º 125 – III Série*. Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Duarte, C.I.P. (2012). *Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade NP EN ISO 9001:2008 numa Indústria de Produção de Presunto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade Nova de Lisboa. Portugal

Instituto da Segurança Social – ISS. (2007). *Gestão da Qualidade das Respostas Sociais. Modelo de Avaliação da Qualidade para estrutura Residencial para Idosos*. Portugal

Instituto de Segurança Social – ISS. (2007). *Gestão da Qualidade das Respostas Sociais. Estruturas Residenciais, Manual de Processos Chave para Idosos*. Portugal.

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2011). *Estatísticas Demográficas*. Edição 2013. Lisboa.

IPQ – Instituto Português da Qualidade. (2009). *Manual de Normalização.1.º Edição*. Caparica.

IPQ - Instituto Português da Qualidade. (2015). *A importância da normalização*. Acedido a 25 de Setembro de 2015, em

http://www1.ipq.pt/pt/normalizacao/a_importancia_da_normalizacao/Pages/A-Importancia-da-Normalizacao.aspx

ISO (2014). *ISO 9000 – Quality Management* International Organization for Standardization (ISO) Web Site. Acedido Dezembro 22, 2014 em http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm.

ISO (2015). *ISO 9001 – Moving form ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015*. Acedido em Outubro 10, 2015 em http://www.iso.org/iso/iso_9001_-_moving_from_2008_to_2015.pdf

ISO (2015). *Quality Management Principles*. Acedido em Outubro 10, 2015 em <http://www.iso.org/iso/pub100080.pdf>

ISO (2015). *ISO 9000 – Quality Management*. International Organization for Standardization (ISO) Web Site. Acedido: Outubro 10, 2015 em http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm.

ISO (2015). *ISO/TC 176/SC 2/N1282 -ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015 Summary of changes*. Acedido em Outubro 11, 2015 em www.iso.org/tc176/sc02/public

Machado, J.M.C. (2006). *Implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade e sua Auditoria*. Dissertação de Mestrado, Escola de Economia e Gestão – Universidade do Minho. Portugal

Nascimento, C.E.P. (2012). *Estilos de Liderança no terceiro setor e repercussão nos níveis de motivação dos colaboradores*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Portugal

NP EN ISO 9001 (2008). *Norma Portuguesa para sistemas de gestão da qualidade – requisitos: Documentos impressos*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.

Pinto, A. & Soares, I. (2010). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Guia para a sua implementação*. 1.º Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pires, A. R. (2007). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3.ª Edição. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

prNP 4543 (2015). Projeto de Norma Portuguesa para sistemas de gestão de respostas sociais – requisitos. Acedido em Novembro 14, 2015 em http://www1.ipq.pt/PT/Normalizacao/Inquerito_Publico_Projeto_Norma/Inquerito%20Pblico%20DNP/prNP4543_2015.pdf. Instituto Português da Qualidade

ANEXOS