

MESTRADO

MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Desenho e Conceção de Sistema de Gestão da Qualidade em Instituição Social

Ana Sofia Castanheira Taborda

M

2022

FACULDADE DE **ECONOMIA**

DESENHO E CONCEÇÃO DE SISTEMA GESTÃO DA QUALIDADE
EM INSTITUIÇÃO SOCIAL

Ana Sofia Castanheira Taborda

Plano do Trabalho de Projeto

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

José Faria

2022

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor José Faria por ter aceite este desafio, pela cortesia, prontidão e partilha de conhecimentos e experiência.

À Professora Susana Oliveira pela disponibilidade e apoio, em especial nos momentos desafiantes que passei durante o Mestrado.

À minha família, principalmente aos meus pais pelo encorajamento e disponibilidade sem os quais não teria conseguido concluir este Mestrado. E ao Miguel pelo entendimento demonstrado, em tão tenra idade, do valor deste curso para a mãe.

Ao Nuno, que me acompanhou ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho que me incentivaram a não desistir, mesmo perante as adversidades, em especial ao Carlos.

À minha coordenadora (Conceição Guimarães) e à Dra. Graça Azevedo, mentoras neste percurso.

Aos meus colegas de curso pelas partilhas ao longo das aulas.

À Faculdade de Economia do Porto pela oportunidade dada e a todos os docentes pelos seus ensinamentos.

RESUMO

As Instituições Particulares de Segurança Social assumem um papel muito importante tanto para o estado como para a sociedade civil, sendo a Gestão da Qualidade imperativo para a sua sustentabilidade. Um Sistema de Gestão da Qualidade considera todas as atividades da organização a fim de proporcionar um serviço que vá ao encontro das necessidades dos seus colaboradores, clientes e *stakeholders*.

Os Referenciais de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais, emanados pelo Instituto da Segurança Social apresentam os processos-chave indispensáveis para o bom funcionamento e organização das instituições sociais traçando o caminho para a implementação de Sistema de Gestão da Qualidade. No entanto, a disposição dos requisitos e do respetivo suporte documental não segue uma orientação hierárquica – um mesmo documento pode dar suporte a vários critérios – o que muito dificulta a gestão eficaz da documentação.

Sendo a gestão documental um pilar fundamental dos sistemas de gestão da qualidade, procurou-se neste trabalho explorar uma abordagem alternativa baseada no referencial DiOr-CSP (Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários), onde a organização dos requisitos e dos documentos de suporte segue uma disposição em árvore.

Numa primeira fase, foi analisada a viabilidade de proceder ao mapeamento dos requisitos dos dois referenciais e os respetivos documentos de suporte. Esta análise deu origem a um instrumento, que foi designado por Matriz Documental. Adequado a instituições sociais, e tendo por base os requisitos constantes nos Manuais de Avaliação da Qualidade para respostas de apoio à Terceira Idade (Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Estrutura Residencial de Apoio a Idosos) e a configuração hierárquica da Grelha DiOr-CSP (Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários), a Matriz Documental proporciona uma organização hierárquica da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Com base neste instrumento, foi, então, possível planejar e controlar a elaboração dos documentos de referência e definir a estrutura de arquivo, de uma forma mais ágil e consistente.

A operacionalização decorreu na Associação Alzheimer Portugal sendo que os objetivos do trabalho foram ao encontro de lacunas detetadas pela organização e da motivação da gestão de topo na implementação de Sistema de Gestão da Qualidade.

Da experiência com o trabalho desenvolvido, compreende-se que se trata de um processo complexo, necessitando do envolvimento da gestão de topo e de todos os colaboradores na implementação e manutenção, no entanto, promotora de melhoria da gestão documental e dos processos e da organização do trabalho, maximizando o desempenho e melhorando a sua produtividade. Ao mesmo tempo, motiva a satisfação dos clientes/*stakeholders*, aumenta a notoriedade da organização, podendo potenciar mais e melhores resultados.

Palavras-chave: Sistema de Gestão da Qualidade, Gestão por Processos, Instituição Particular de Solidariedade Social, Manuais de Avaliação da Qualidade

ABSTRACT

Private Social Security Institutions have a very important role both for the state and for civil society, and Quality Management is imperative for their sustainability. A Quality Management System considers all the organization's activities in order to provide a service that meets the needs of its employees, customers and stakeholders.

The Social Response Quality Assessment References, issued by the Social Security Institute, present the essential key processes for the proper functioning and organization of social institutions, tracing the path for the implementation of the Quality Management System. However, the disposition of the requirements and the respective documentary support does not follow a hierarchical orientation – the same document can support several requirements – which makes the effective management of the documentation very difficult.

As document management is a fundamental pillar of quality management systems, this work sought to explore an alternative approach based on the DiOr-CSP (Diagnosis of Organizational Development in Primary Health Care) framework, where the organization of requirements and support documents follows a tree arrangement.

First, was analyzed the feasibility of mapping the requirements of the two references and the respective supporting documents. This analysis gave rise to an instrument, which was called the Documental Matrix. Suitable for social institutions, and based on the requirements contained in the Quality Assessment Manuals for responses to support the Elderly (Home Support, Day Center and Residential Support Structure for the Elderly) and the hierarchical configuration of the DiOr-CSP Grid (Diagnosis of Organizational Development in Primary Health Care), the Documental Matrix provides a hierarchical organization of the Quality Management System documentation.

Based on this instrument, it was possible to plan and control the preparation of reference documents and define the archival structure, in a more agile and consistent way.

Operationalization took place at Associação Alzheimer Portugal and the objectives corresponded to the gaps detected by the organization and the motivation of top management in the implementation of the Quality Management System.

From the experience with this work, it is understood that it is a complex process, requiring the involvement of top management and all employees in the implementation and maintenance, however, promoting the improvement of document management and processes and the organization work, maximizing performance and improving your productivity. At the same time, it motivates customer/stakeholder's satisfaction, increases the organization's notoriety, and can lead more and better results.

Key words: Quality Management System, Process Management, Private Social Security Institutions, Social Security Institute

INDICE

INDICE.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
ABREVIATURAS	ix
0. INTRODUÇÃO	1
1. ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL.....	6
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1. O Desenvolvimento do conceito de Qualidade.....	11
2.1.1. A Criação das Normas ISO e os Sistemas de Gestão da Qualidade.....	14
2.1.2. Referenciais NP EN ISO 9001:2015	16
2.1.3. Motivações para Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade....	18
2.2. Referenciais de Gestão da Qualidade Aplicados às IPSS´s.....	19
2.2.1. O Sistema de Gestão da Qualidade do Instituto da Segurança Social, I.P.....	22
2.3. Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP)	25
3. MODELO INTEGRADO DOS REFERENCIAIS DIOR-CSP E MAQRS	28
4. REFERENCIAL DE GESTÃO DOCUMENTAL	34
4.1. Estrutura da Documentação	34
4.2. Gestão por Processos.....	36

4.3. Codificação de Documentos	37
5. ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	39
6. CONCLUSÃO	43
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS	50
ANEXO I - Impresso_Listagem de Documentos	51
ANEXO II - Referencial dos Requisitos da Segurança Social.....	54
ANEXO III - Documento-orientador.....	70
ANEXO IV - Matriz Documental.....	76
ANEXO V - Procedimento_ Controlo de Documentos e Registos	84
ANEXO VI - Impresso_ Controlo de Documentos e Registos.....	90
ANEXO VII - Manual de Normas Gráficas.....	92
ANEXO VIII - Instrução de Trabalho_Codificação de Documentos	116
ANEXO IX – <i>Dashboard</i> de Gestão	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama	4
Figura 2 - Matriz Documental.....	29
Figura 3 - Hierarquia da Documentação de SGQ	35
Figura 4 - <i>Dashboard</i> de Gestão	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT	9
Tabela 2 - Critérios da Aplicação da Grelha DiOr-CSP, ano de 2019	26
Tabela 3 – Referencial de Gestão Documental	30
Tabela 4 - Simbolismo dos fluxogramas	37

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AP – Associação Alzheimer Portugal

CD – Centro de Dia

Dec-Lei – Decreto-lei

DGERT - Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

DiOr-CSP – Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários

EN – European Norm

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EUA – Estados Unidos da América

IPQ - Instituto Português da Qualidade

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISO – International Organization for Standardization

ISS, IP., IP. - Instituto da Segurança Social, Instituto Público

MAQRS – Manual de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais

NASA - National Aeronautics and Space Administration

NP – Norma Portuguesa

PCDQSRS - Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais

PDCA – Plan, Do, Check, Act

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

0. INTRODUÇÃO

A gestão da qualidade é, atualmente, considerada como um dos pilares da gestão global de uma organização. Devido ao ambiente competitivo, o sistema da qualidade é considerado como diferenciador, promovendo a cultura organizacional ao mesmo tempo que aumenta a eficiência e a eficácia.

A implementação de um SGQ envolve vantagens para as empresas na medida em que explicita a forma de gestão em variadas áreas como “(...) a análise de dados provenientes das medições aos processos e produtos; a avaliação dos clientes; as auditorias internas ou externas; as não conformidades e o produto não conforme; as reclamações internas e externas; e o acompanhamento e verificação da eficácia das ações corretivas, preventivas e de melhoria desencadeadas” (Saraiva & Teixeira, 2009). Este permite às empresas manterem-se atualizadas fruto da natureza dinâmica do sistema, obter o retorno do investimento efetuado, bem como a focalização no cliente (Saraiva & Teixeira, 2009).

Para que o SGQ seja reconhecido é necessário que o mesmo seja certificado, e para haver certificação é necessária a existência de normas. Todavia, apesar da importância das normas, a empresa deve ter sempre como referência as necessidades dos clientes, pois um bom sistema de gestão da qualidade deve ser adaptado às exigências dos mesmos (Ramos Pires, 2007).

A qualidade tornou-se num ponto indispensável para a sobrevivência das instituições do terceiro sector, tendo em conta a maior consciencialização das pessoas em comparar e avaliar bens e serviços, influenciando o seu poder de escolha (Lopes, C., 2009).

Em Portugal, o número de IPSS assim como o número de funcionários e utentes agregados a este setor tem vindo a crescer, particularmente nos últimos 20 anos, prevendo-se que esse aumento continue, devido ao envelhecimento da população, o menor tempo disponível das famílias para cuidarem dos seus e o aumento dos casos de exclusão social.

Para além da necessidade de satisfazer os seus clientes, as IPSS devem funcionar no cumprimento da legislação aplicável e da sua missão, numa lógica de melhoria contínua. Deste modo, o SGQ apresenta-se como condição essencial para a diferenciação e garantia

da qualidade. A qualidade envolve todos os colaboradores e tem como objetivo melhorar de forma permanente a qualidade de serviço prestado ao cliente assim como garantir a sustentabilidade da instituição¹.

O próprio desafio colocado pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social às diversas entidades sociais, através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais (PCDQSRS), visa a adoção e implementação de um sistema de qualidade aplicado às respostas sociais. Estas organizações, sobretudo as que possuem protocolos de cooperação com o Estado, devem alcançar um nível mínimo de qualidade, sendo por isso fundamental a incorporação de filosofias de qualidade e gestão na organização, bem como a implementação e adoção de um SGQ.

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

Assim, através dos documentos que compõem os seus referenciais normativos, o ISS propõe a implementação de um sistema de gestão da qualidade assente no levantamento das atividades realizadas, bem como o registo eficaz e a monitorização e avaliação das mesmas. É essencial que o SGQ seja documentado, ficando ao critério da organização a forma de estruturação dessa documentação e a sua extensão. No entanto, deverá ser sempre tida em conta a dimensão da organização, no sentido de criar uma documentação que seja capaz de garantir que as atividades e processos são descritos e verificados e acessíveis a todos.

A espinha dorsal de qualquer SGQ é a sua documentação e geralmente a sua elaboração é uma das maiores dificuldades sentidas pelas organizações quando implementam um SGQ pois exige um grande envolvimento ao nível de todos os recursos disponíveis (tanto humanos

¹ Martins, J. (2017). *Sistemas de Gestão da Qualidade em IPSS: O caso do Tâmega e Sousa*. Tese de Mestrado em Gestão das Organizações do Terceiro Setor da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Politécnico do Porto.

como materiais), dado a existência de várias interligações entre os diversos documentos, de modo a que se crie uma ligação coerente e lógica entre eles.

Os MAQRS são compostos por uma lista exaustiva onde constam todos os requisitos aplicáveis a determinada resposta social e assentes em oito critérios. No entanto, a organização dos modelos não é em árvore, isto é, os requisitos não se encontram dispostos hierarquicamente verificando-se que o mesmo requisito poderá responder a mais que um critério. Desta forma, a sua utilização não é facilitadora de uma gestão documental eficaz.

O DiOr-CSP é uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados nas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários pretendendo promover a coesão e a harmonização do modelo de organização e gestão, contribuir para a monitorização da qualidade organizacional nos CSP, melhorar de forma contínua e sustentada o desempenho assistencial de toda a rede de CSP, suportar a implementação de programas de certificação/acreditação das várias unidades funcionais e elevar a satisfação de cidadãos e profissionais. Apresenta uma grelha para facilitar a sua aplicação, Grelha DiOr-CSP, com estruturação dos dados em árvore, organizada em 3 grupos de processos (gestão, assistenciais e suporte) subdivididos em dimensões específicas com os respetivos critérios (ACSS, 2019).

Com este trabalho pretende-se desenvolver um Referencial de Gestão Documental, que alicerce o SGQ, dando cumprimento aos requisitos do ISS e testar a sua aplicabilidade. Assim, foi estudada a hipótese de utilizar a Grelha DiOr-CSP como estruturante na organização documental, integrando os critérios dos MAQRS. Desta análise resultou um modelo integrado dos referenciais DiOr-CSP e MAQRS que se converteu numa Matriz Documental.

Destarte, os objetivos do presente trabalho são:

1. Analisar e compreender os referenciais relacionados com SGQ em organizações
 - Estudar e organizar informação do Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP);
 - Estudar e organizar informação do Referencial da NP EN ISO 9001:2015;

- Estudar e organizar informação dos Referenciais Normativos dos Modelos de Qualidade das Respostas Sociais ERPI, CD e SAD do ISS;
 - Analisar e relacionar os critérios dos vários referenciais;
 - Elaborar o modelo integrado dos referenciais DiOr-CSP e MAQRS.
2. Desenvolver referencial de gestão documental de suporte ao SGQ
- Analisar o funcionamento da instituição de apoio social e compreender a sua dinâmica interna e externa
 - Desenvolver uma proposta de referencial de organização documental e mapa de procedimentos
3. Elaborar a estratégia de implementação
- Planear a implementação
 - Elaborar um conjunto de documentos “piloto” para validação da estratégia

A escolha da metodologia de investigação vai ao encontro aos objetivos traçados para este trabalho sendo a investigação-ação o método que melhor se adequa. Esta é uma metodologia de pesquisa, prática e aplicada, que pretende resolver problemas reais. Esta procura compreender, melhorar e reformar práticas, originando um conhecimento detalhado da realidade. Assim, a investigação-ação tem como metas melhorar, transformar e compreender a prática, articular a investigação, a ação e a formação e criar uma maior aproximação da prática, veiculando a mudança e o conhecimento (Coutinho, 2018).

A estrutura do trabalho vai ao encontro do diagrama constante na Figura 1.

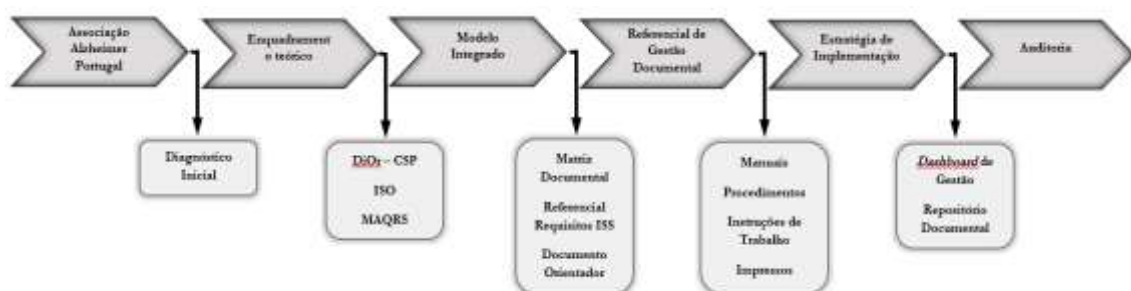


Figura 1 - Diagrama

Assim, teremos 6 capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a instituição onde o trabalho foi desenvolvido, a Associação Alzheimer Portugal, nomeadamente a sua origem,

caracterização e organização. A informação recolhida permitiu fazer o diagnóstico inicial que assessorou na conceção do trabalho.

No segundo capítulo surge o enquadramento teórico da temática da Qualidade e dos SGQ com especial enfoque para os referenciais que servem de base para este projeto, nomeadamente a NP EN ISO 9001:2015, MAQRS e DiOr-CSP.

Surge, então, no terceiro capítulo, o Modelo Integrado dos Referenciais MAQRS e DiOr-CSP resultante da análise da relação entre os requisitos dos referidos referenciais, emergindo a Matriz Documental e o Referencial dos Requisitos do ISS com o respetivo documento orientador.

No quarto capítulo, é apresentado o Referencial de Gestão Documental, sendo abordada a estrutura da documentação, a gestão por processos e a codificação de documentos do qual decorre a elaboração de alguns “documentos-piloto”.

O quinto capítulo, diz respeito às estratégias de implementação do SGQ sendo exposto o plano concebido, nomeadamente a elaboração de uma *Dashboard* de Gestão – Mapa de Planeamento e Controlo, e proposta de conceção de um Repositório Documental acessível a todos os colaboradores.

Apesar da imagem da Associação Alzheimer Portugal ser muito positiva, a implementação de um SGQ apresenta-se como uma mais-valia nos processos organizacionais, melhorando a sua eficácia e eficiência ao mesmo tempo que facilita a sua candidatura a projetos sociais.

A estratégia concebida foi implementada na Associação Alzheimer Portugal de forma a poder ser validada, no entanto consideramos poder ser implementada noutras organizações com respostas sociais idênticas.

1. ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL

A instituição escolhida para o desenvolvimento deste trabalho foi a Associação Alzheimer Portugal², em diante designada Alzheimer Portugal (AP). A preferência deu-se pela ligação do investigador à mesma, enquanto dirigente, reconhecendo que o melhoramento da qualidade dos processos da organização poderá traduzir-se numa maior possibilidade de candidaturas a projetos sociais de financiamento. Ao mesmo tempo que a definição de planos irá possibilitar atingir a satisfação do seu público de interesse que vai desde utentes, profissionais, familiares e também a dar mais visibilidade perante potenciais investidores/doadores.

A Alzheimer Portugal é uma IPSS que tem como objetivo principal promover a qualidade de vida das pessoas com demência, de seus familiares e dos cuidadores. Foi fundada em 1988 pelo Prof. Carlos Garcia, e atualmente possui cobertura nacional com 5 Delegações e vinte e seis gabinetes de apoio. Dispõe de 1 ERPI, 4 CD e 3 SAD, assim como uma Linha de Apoio Nacional na Demência. Todos os equipamentos sociais têm acordo de cooperação com ISS.

Apresenta 4 grandes áreas de atuação:

- Serviços - Respostas e apoio direto específico para pessoas com demência e cuidadores;
- Formação - Entidade Formadora Certificada pela DGERT;
- *Awareness* - Ações de informação sobre o tema das Demência realizadas em todo o País;
- Investigação e *Advocacy* - Participação em estudos, ensaios e definição de políticas.

² Alzheimer Portugal. Disponível em: <<https://alzheimerportugal.org/pt/conheca-nos-melhor>>

Rege-se pelo princípio do Respeito Absoluto pelos Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, e pelo princípio da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência.

A sua missão é melhorar a qualidade de vida das Pessoas com Demência e dos seus cuidadores, no respeito absoluto pelos Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, promovendo a sua autonomia e o seu envolvimento social. A visão é de uma sociedade que integre as Pessoas com Demência e seus cuidadores e reconheça os seus Direitos.

Os papéis da Alzheimer Portugal incluem as seguintes ações:

- Acompanhar a estratégia da Saúde na área das Demências e participar na definição e implementação de um Plano Nacional para as Demências;
- Proporcionar mais conhecimento a respeito da Demência com o intuito de diminuir o seu estigma;
- Tornar as pessoas mais conscientes a respeito do diagnóstico precoce, apoios específicos para pessoas com demência e cuidadores;
- Valorizar os profissionais de saúde que atuam nos cuidados de saúde primários;
- Tornar obrigatório o estudo da demência na formação de profissionais de saúde; estímulo da autonomia e envolvimento social das pessoas com demência;
- Desenvolver atividades formativas para cuidadores informais (amigos, familiares, voluntários) e formais (profissionais);
- Participar ativamente no debate sobre os temas das demências, tanto no nível mundial quanto no nível europeu.

Esta também pretende assegurar que:

- Reconhecimento da doença de Alzheimer e de outras Demências como prioridade nacional;
- Realização de uma campanha nacional capaz de melhorar a perceção dos primeiros sintomas e sinais da doença;
- Debates nacionais envolvendo pessoas com demência, cuidadores, profissionais e decisores políticos;
- Desenvolvimento e implementação de um Plano Nacional para as Demências.

A Alzheimer Portugal almeja ser uma referência na prestação de cuidados específicos a Pessoas com Demência e apoio aos seus cuidadores, partilhando boas práticas de acordo com os seus princípios.

Tendo isto em vista, é pertinente a implementação de um SGQ com as devidas certificações, de forma a possibilitar um acompanhamento das ações de modo a assegurar a prestação de um serviço de qualidade para todos os públicos envolvidos.

Existindo interesse por parte da organização na implementação de um SGQ, tanto da direção como dos órgãos de gestão, revelou-se importante a realização de análise SWOT de forma a conhecer e delinear a estratégia.

A análise SWOT é uma ferramenta criada na década de 60 por Keneth Andrews e Roland Christensen, professores da *Harvard Business School*. Desde então, é amplamente difundida quer no meio académico, quer no meio empresarial. É utilizada por diversas organizações com o intuito de realizar uma análise estratégica da empresa (ou análise de ambiente), sendo usada como base para gestão e planeamento estratégico da mesma. O princípio base desta análise é que uma organização deve alinhar as suas atividades internas com a realidade externa de forma a ser bem-sucedida. Ajuda a focar nas forças minimizar as fraquezas e tirar o máximo partido das oportunidades detetadas, para que a organização possa refletir sobre a relação entre parâmetros internos e parâmetros externos (Gretzky, 2010).

As oportunidades e ameaças dizem respeito, fundamentalmente, a fatores externos enquanto que as forças e fraquezas se relacionam com questões internas da organização.

Para um bom planeamento estratégico a organização deve ter perceção clara do seu posicionamento sendo a análise dos seus pontos fortes e fracos um procedimento crucial. Ao mesmo tempo que o reconhecimento dos pontos fortes permite verificar se a estratégia reflete as melhores práticas, a identificação dos pontos fracos leva ao desenvolvimento de estratégias de gestão e/ou melhoria (Courtney, 2013).

Os resultados da análise SWOT à Alzheimer Portugal encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
	Forças	Fraquezas
FATORES INTERNOS	• Organização com vários anos de existência • Empenho da direção na implementação de SGQ • Elevado <i>know-how</i> e experiência da organização em cuidados a pessoas com demência • Qualidade do cuidado como ponto fulcral • Boa relação com clientes e parceiros	• Escassez de pessoal com formação específica na área da qualidade • Escassez de recursos humanos para alocação ao SGQ • Inexistência de estratégia para manutenção do SGQ • Grau de escolaridade dos colaboradores operacionais • Existência de diferentes <i>softwares</i> na mesma organização • Existência de diferentes procedimentos nas diferentes valências • Resistência à mudança
	Oportunidades	Ameaças
FATORES EXTERNOS	• Dados estatísticos das previsões de crescimento de casos de demência • População esclarecida e sensível na área das demências • Existência de procura de mercado de serviços especializados na área das demências • Existência de mercado e contactos para implementação de respostas específicas na área das demências • Existência de procura de mercado por serviços laterais (por exemplo, consultoria a organizações que pretendem aumentar a intervenção na área das demências) • Presença em grupos de trabalho governamentais, no âmbito da estratégia nacional para as demências e co-autoria de políticas públicas nas temáticas das demências • Candidaturas a projetos para sustentabilidade organizacional • Acreditação da organização	• Surgimento de respostas especializadas semelhantes • Custo elevado para os clientes dos serviços prestados pela organização • Possibilidade de conversão dos acordos atípicos com o ISS, IP, em acordos típicos com perdas significativas nas participações

Os resultados da análise SWOT, sugerem a necessidade de caracterização da situação atual da organização com vista a compreender o sistema de gestão em prática nas diferentes valências e a documentação existente com vista à uniformização. Da mesma forma, a articulação com os colaboradores das diferentes valências para os envolver em todo o processo seria fundamental para a edificação e manutenção do SGQ.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O Desenvolvimento do conceito de Qualidade

A garantia da qualidade de um produto ou serviço é algo imprescindível para as organizações na atualidade. Porém, a preocupação com a qualidade não é algo tão recente, pois já durante na Idade Média era observada de modo informal, quando, por exemplo, um artesão era ao mesmo tempo produtor e inspetor do próprio trabalho e tinha a preocupação em entregar um produto durável para seus clientes (Evans e Lindsay, 2000).

Avançando mais na história, a Revolução Industrial é um marco no que diz respeito à organização do processo produtivo fabril e é considerada por Evans e Lindsay (2000) a base dos esforços modernos no que toca à garantia de qualidade.

Em 1900, Frederick W. Taylor desenvolveu uma nova filosofia de produção industrial que consistia em separar o planejamento da execução. Desse modo, o planejamento das tarefas ficava por conta de engenheiros e administradores, enquanto que supervisores e trabalhadores cuidavam da execução. Evans e Lindsay (2000) afirmam que esse método foi efetivo na virada de século quando a maioria dos trabalhadores tinham pouca escolaridade. A setorização tinha como objetivo atingir níveis superiores de eficiência, sendo o investimento na área de supervisão o principal meio de garantir o controle de qualidade durante o século XX.

Evans e Lindsay (2000) citam a empresa norte-americana *Bell Systems* como a pioneira na criação de mecanismos de inspeção de qualidade na história moderna. Em 1900 a empresa subsidiária *Western Electric Company* criou um departamento responsável pela inspeção de serviços operacionais da *Bell System*. Os principais nomes envolvidos na indústria telefônica eram Walter Shewhart, Harold Dodge, George Edwards, Joseph Juran e W. Edwards Deming que foram responsáveis por cunhar o termo garantia de qualidade e ajudaram a criar técnicas úteis para melhorar e resolver problemas (Evans e Lindsay, 2000).

Mais tarde, a *Western Electric* passou a desenvolver modelos de inspeções baseados em métodos estatísticos sob a liderança de Walter Shewhart, o chamado controle estatístico de qualidade (SQC/*Statistical Quality Control*) que tinha como objetivo identificar problemas de qualidade nos processos de produção para garantir a sua consistência. O SQC também foi

muito utilizado pelo exército norte-americano durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) para assegurar que os padrões de qualidade fossem rígidos na produção de armamentos (Evans e Lindsay, 2000). De modo geral, esta forma de controle de qualidade ajudou a gerar um impacto mínimo sobre a produção industrial no período e passou a ser usada regularmente pela indústria de manufatura.

O conceito de qualidade consolidou-se nesta época e a primeira publicação a respeito do assunto foi feita em 1944 pela revista profissional *Controle de Qualidade Industrial*. Além disso, surgiram diversas sociedades que visavam desenvolver e aplicar conceitos de qualidade como, por exemplo, a *Society for Quality Control* (Evans e Lindsay, 2000). Com o fim da Segunda Guerra houve a escassez de bens de consumo que obrigou os EUA a colocar a produção como prioridade máxima. Sampaio (2008) relata que:

Em 1959 os Estados Unidos desenvolveram o Mil-Q-9858 a *Quality Program Requirements*, referencial vocacionado para a indústria militar, com o intuito de definir requisitos de qualidade para os seus fornecedores. Mais tarde, em 1962, a NASA criou também o seu conjunto de *Quality Program Requirements*, para ser cumprido pelos fornecedores do programa espacial.

O autor também cita a relevância do Governo Britânico que, em 1966, criou a primeira campanha nacional para a qualidade e fiabilidade com o tema *Quality is Everybody's Business*. Em 1971, foi publicada a primeira norma britânica de garantia da qualidade setorial – BS9000 pelo *British Standards Institute* (BSI).

Nos anos 1980 a indústria automobilística nos EUA passou a preocupar-se com a entrega de produtos que atendessem a satisfação, expectativas e necessidades dos seus clientes. Evans e Lindsay (2000) trazem a *Ford Motor Company* como exemplo de uma empresa que passou a investir na qualidade de seus produtos tornando-se muito lucrativa.

Com o aumento da concorrência global nos mais diversos setores industriais há uma maior oferta de produtos e serviços que fazem com que o consumidor tenha como fazer comparações entre marcas antes de realizar adquirir um produto ou serviço. Outro aspeto que potencializou a capacidade de comparação do consumidor foi o aumento do acesso à informação trazido pela Internet em meados dos anos 1990.

Ao longo do tempo os mais diferentes setores que prestam serviços e até instituições sem fins lucrativos passaram a aplicar práticas de qualidade no seu dia a dia, pois a qualidade começa a ser vista como uma peça fundamental para atingir o sucesso e sobrevivência das organizações.

Além dos métodos estatísticos de resolução de problemas que ajudavam a diminuir erros e defeitos, as empresas entenderam que os avanços mais significativos também se davam através das práticas de qualidade administrativas diárias focadas, principalmente, na construção de um relacionamento de longo prazo com os clientes (Evans e Lindsay, 2000). Assim, a qualidade passou a ser medida tanto com métodos quantitativos como os qualitativos.

Uma série de fatores ajudaram a construir o conceito de qualidade e, mais tarde, a gestão de qualidade. Foi um longo processo de sistematização que visava estabelecer critérios para se atingir a qualidade. Embora esses conceitos se tenham desenvolvido no contexto industrial e empresarial, expandiram-se a diversos setores, inclusive para as organizações do Terceiro Sector.

Apesar do conceito de qualidade ser subjetivo, ele recebe várias definições que visam padronizar seu significado e torná-lo mais homogêneo. O Instituto Português da Qualidade (IPQ)³ definiu qualidade no Decreto-lei n.º 140/2004 de 8 de junho como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”.

Quando se trata de qualidade associada a um serviço prestado, Martins (2017) afirma que “a qualidade de um serviço, resume-se ao nível de qualidade percebida pelo consumidor, que consequentemente será influenciado por diversos fatores, tais como: comunicação entre o consumidor e o prestador de serviço, experiências anteriores e imagem corporativa do prestador”.

³ Disponível em: <https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/DL_140_2004.htm>

Uma forma de garantir a qualidade na atualidade, tanto de produtos quanto de serviços, é através da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade que, como veremos a seguir, está ancorado nas normas ISO.

2.1.1. A Criação das Normas ISO e os Sistemas de Gestão da Qualidade

Ao longo do tempo a qualidade tornou-se o eixo principal das empresas no mundo todo. A partir disso, as organizações de diferentes setores da sociedade passaram a desenvolver padrões e diretrizes a serem seguidos com o intuito de garantir mais eficácia e eficiência.

Havia, no entanto, uma disparidade das normas estabelecidas de um país para o outro pois, de acordo com Evans e Lindsay (2000), os termos como qualidade, gestão da qualidade, sistema de gestão da qualidade costumavam ganhar diferentes significados. Era necessário encontrar uma forma de padronizar os termos e ações que fosse aceite pelo maior número de países possível.

Foi, então, que em 1987 o órgão regulador *Internacional Organization for Standardization* (IOS) criado em 1946, elaborou um documento escrito com o objetivo de padronizar os requisitos de qualidade para os países europeus dentro do Mercado Comum (Evans e Lindsay, 2000). Em 1994 as normas deste documento foram conferidas, passando por uma revisão mais recente no ano 2000 que resultou na versão atual chamada ISO 9000:2000. Hoje em dia, a ISO é considerada a maior organização de desenvolvimento de normas internacionais e é aceite em cerca de 189 países.

Já é uma tendência que as empresas procurem estar por dentro das normas para obtenção de certificação pois, dessa forma, é possível agregar mais-valia ao negócio. Ademais, obedecer aos padrões e conseguir a certificação é um requisito para que as empresas estejam em pé de igualdade na competitividade nacional e internacional.

Além da ISO 9000:2000 que traz os fundamentos introdutórios do SGQ, outros dois documentos escritos foram elaborados: a ISO 9001:2015 que pormenoriza os requisitos

necessários para implementação de um SGQ e mostra as ações necessárias para alcançar a certificação; e a ISO 9004:2009 que apresenta orientações sobre melhorias de desempenho das organizações e formas de avaliação de desempenho (Evans e Lindsay, 2000).

Um SGQ é definido pela ISO 9001:2015 como:

“A forma como a organização dirige e controla as atividades que estão relacionadas direta ou indiretamente a atender as exigências dos clientes. Em linhas gerais, consiste na sua estrutura organizacional, juntamente com o planejamento, processos, recursos e documentos que usa para atingir os seus objetivos de qualidade, para atender às necessidades do seu cliente e proporcionar uma melhoria do seu sistema de gestão da qualidade e, assim, eventualmente, a melhoria dos seus produtos (ISO, 2015)”.

O estabelecimento das normas ISO no contexto de um SGQ prevê a consecução de cinco objetivos:

1. Alcançar, manter e buscar melhorar continuamente a qualidade do produto (incluindo serviços) em relação aos requisitos.
2. Melhorar a qualidade das operações para cobrir continuamente as necessidades expressas e implícitas de clientes e grupos de referência.
3. Dar confiança à administração interna e a outros funcionários de que os requisitos de qualidade e que a melhoria ocorra.
4. Fornecer confiança aos clientes e grupos de referência de que os requisitos de qualidade são atendidos no produto entregue.
5. Fornecer confiança de que os requisitos do sistema de qualidade são totalmente atendidos. (Evans e Lindsay, p. 130, 2000).

A NP EN ISO 9001:2015 tem ainda como base sete princípios que devem ser seguidos pelas empresas que desejam a certificação

1. Foco no Cliente: As instituições devem compreender as necessidades dos seus clientes e responder às suas expectativas.
2. Liderança: Os líderes devem manter um ambiente interno motivador, como forma de promover o envolvimento de todos os colaboradores e atingir os objetivos da organização.

3. Envolvimento das Pessoas: Os colaboradores são fundamentais na organização, dado que as suas aptidões são utilizadas em benefício da mesma.
4. Abordagem dos Processos: Quando as atividades e os recursos são geridos através de processos, os resultados são atingidos de forma eficiente.
5. Abordagem da Gestão como um Sistema: Os processos devem ser geridos como um sistema.
6. Melhoria Contínua: A melhoria deve ser uma preocupação constante, o que obriga a uma avaliação sistemática do desempenho global da organização.
7. Abordagem Factual: As decisões devem ser tomadas, com base em fatos, dados concretos, informações.

É essencial que o SGQ implementado por uma empresa seja orientado por esses princípios fundamentais da qualidade total instituído pela ISO. Evans e Lindsay (2000) argumentam que as normas ISO 9000 trazem inúmeros benefícios para as empresas, visto melhorarem a sua produtividade, reduzir custos e aumentar a satisfação do cliente. O recurso às normas poderá resultar num “aumento do uso de informação como ferramenta de gestão, maior comprometimento da gestão, análises gerenciais mais eficientes e melhor comunicação com os clientes” (Evans e Lindsay, 2000).

2.1.2. Referenciais NP EN ISO 9001:2015

A ISO 9001:2015 é a última atualização das normas e pretende ajudar na missão de tornar as organizações mais focadas no desenvolvimento sustentável que é constituído por três pilares: reconhecimento económico, equidade social e integridade ambiental. Através do seu uso das novas normas, pretende-se melhorar o desempenho das organizações de modo global com um enfoque maior aos sistemas de prevenção ao risco.

Segundo o Guia do Utilizador ISO 9001:2015, a norma foi atualizada com o objetivo de estar em conformidade “com práticas modernas de gestão através de um processo de ‘evolução significativa’ em vez de ‘revolução’”.

Os SGQ são considerados a parte central nas estratégias organizacionais, como expresso na primeira frase do manual: “a adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica de uma organização que pode ajudar a melhorar o seu desempenho global e proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável” (ISO, 2015).

A nova versão descreve, também, os benefícios da implementação de um SGQ e da obtenção da certificação:

1. A aptidão para fornecer de forma consistente produtos e serviços que satisfaçam tanto os requisitos dos clientes como as exigências estatutárias e regulamentares aplicáveis;
2. Facilitar oportunidades para aumentar a satisfação do cliente;
3. Tratar riscos e oportunidades associados ao seu contexto e objetivos;
4. Aptidão para demonstrar a conformidade com requisitos especificados do sistema de gestão da qualidade.

Atualmente, satisfazer os requisitos estabelecidos no SGQ é um desafio para organizações que se encontram num mercado competitivo e complexo. Para isso, é indispensável que estas estejam abertas à inovação, mudanças e contínuas melhorias. Um dos maiores proveitos das normas ISO 9001:2015 é a capacidade de adaptação, pois o seu uso permite a implementação de SGQ para os mais diversos tipos de organizações sejam elas públicas, privadas ou sem fins lucrativos, além de atingir um vasto campo de atuação das empresas.

A versão 9001:2015 é baseada numa tríade composta pela abordagem por processos; pensamento baseado no risco e o ciclo PDCA. A abordagem dos processos já era um dos princípios das normas ISO e na atualização tornou-se uma das estratégias mais eficazes para organizar e gerenciar a maneira como as atividades da empresa agregam valor.

O pensamento baseado no risco substitui o anterior tratamento de “prevenção”. Essa é uma inovação que passa a ver o risco como algo inerente a todos os processos que envolvem a organização, aqui o risco passa a ser identificado, considerado e controlado.

O ciclo PDCA é uma sigla em inglês que corresponde aos seguintes termos e significados:

- Planear (*Plan*): Definição dos objetivos de cada processo até chegar a produto ou serviço final de acordo com a política da organização. Inclui: a identificação do problema, estabelecimento de metas, análise de fenómenos, análise dos processos e plano de ação.
- Fazer (*Do*): Colocação em ação o plano que foi definido na primeira fase.
- Checar (*Check*): Verificação dos processos, recorrendo a ferramentas de acompanhamento, com o objetivo de obter dados dos resultados para posterior análise.
- Ação (*Action*): Avaliação dos resultados para compreender se os objetivos foram atingidos em cada processo. Não sendo atingidos, é nesta etapa que se busca repensar as melhorias a efetuar nos processos.

A atualização das normas ISO 9001:2015 procura ser bastante flexível para que seja possível atingir os mais diversos contextos organizacionais, o que hoje representa uma motivação ainda maior para empresas investirem na certificação. Outras motivações vêm sendo observadas ao longo do tempo por teóricos da área e encontram-se descritas no próximo capítulo.

2.1.3. Motivações para Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade

O propósito das empresas na implementação de um SGQ pode ser tanto interno quanto externo. As motivações internas normalmente relacionam-se com a ambição de uma melhoria do contexto organizacional, enquanto as motivações externas se dão no nível da melhoria de imagem pública, com investimentos em ações de, por exemplo, marketing promocional (Sampaio, 2008).

O Guia do Usuário ISO (2015) elucida que as questões internas são facilitadoras da determinação de princípios e cultura organizacionais e que “corresponde a compreender a realidade da organização: quem é, o que faz, para que faz, com que meios, com que pessoas. Identificar os fatores é entender as condicionantes e as possibilidades existentes para alcançar os seus objetivos”.

Por outro lado, as questões externas "correspondem a conhecer o meio em que a organização se insere e opera, para identificar os fatores que a podem influenciar. O contexto externo pode ter de ser considerado a nível local, regional, nacional, internacional ou global" (ISO, 2015). É incumbência da organização determinar as questões internas e externas relevantes para o propósito e planeamento estratégico que vão influenciar nos resultados pretendidos com o SGQ.

De realçar que a implementação de um SGQ deve ser submetida a melhorias contínuas para que a empresa se diferencie perante a concorrência e ofereça os melhores produtos ou serviços aos seus clientes. Um SGQ que não promove mudanças não apoia no aperfeiçoamento dos contextos organizacionais interno ou externo. É essencial que as empresas tenham pleno conhecimento do plano de negócios que desejam construir e que, a partir disso, façam um planeamento estratégico com vistas a cumprir com a visão, missão e valores da organização. O Guia do Usuário ISO (2015, p.59) aconselha o alcance do conhecimento pleno da organização para que seja possível de fato identificar os riscos e oportunidades, podendo aumentar a probabilidade de sucesso da organização e satisfação dos seus clientes.

Neste contexto enquadram-se, também, as empresas do Terceiro Sector que, apesar de não terem como objetivo principal o lucro, precisam prestar bons serviços para os cidadãos.

2.2. Referenciais de Gestão da Qualidade Aplicados às IPSS's

Amaral (2013) considera que as atividades de interesse público, sem fins lucrativos e desenvolvidas pela sociedade civil formam o que chamamos de Terceiro Sector. Na visão de Ferreira (2017), o Terceiro Sector é formado por "aquelas organizações que, não sendo Estado, produzem bens e serviços de interesse geral e que, sendo privadas, não têm como objetivo principal a apropriação individual do lucro". Para Martins (2017) o termo "engloba as atividades económicas das instituições que não se encaixam nem no estado (poderes políticos) nem no mercado (empresas privadas com fins lucrativos)".

Portanto, o Terceiro Sector inclui atividades realizadas pelas mais diversas instituições e associações não-governamentais, fundações, sindicatos, instituições religiosas, iniciativas voluntárias da população e filantropia de empresas privadas (Amaral, 2013).

Com as imensas desigualdades encaradas pela sociedade atualmente, as organizações do Terceiro Sector foram proliferando com o intuito de atenuar essa situação. A missão dessas organizações passa por minorar a desigualdade social, desemprego e também buscar por um modelo de desenvolvimento social. Os interesses podem variar de acordo com o ramo de atividade em que atuam, podendo incluir organizações da área da saúde, desporto, religião, cultura, saúde, etc. (Quintão, 2004). Importa ressaltar que este trabalho tem como foco principal as instituições do Terceiro Sector que intervêm na área de Segurança Social e buscam o alcance das Respostas Sociais.

As IPSS são definidas como organizações que atuam no campo da proteção social e encontram-se abrangidas por um estatuto especial e também pela Constituição (Ferreira, 2017). Por definição do seu próprio Estatuto⁴, as IPSS são instituições sem fins lucrativos, privadas, constituídas com "o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos" e tem como foco principal: o apoio a crianças e invalidez e na diminuição de meios de subsistência e capacidade para o trabalho, a promoção de problemas habitacionais (Dec-Lei 119/83)⁵.

Segundo a Constituição da República Portuguesa, cabe ao Estado fiscalizar e garantir que essas organizações cumpram com os objetivos pelos quais elas foram criadas. As IPSS ou instituições legalmente equiparadas, enquadram-se no decreto de lei 64/2017⁶ emitido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que garante a licença e também a fiscalização dos serviços prestados:

⁴ Disponível em: <<http://cnis.pt/wp-content/uploads/2016/07/decreto-lei-172-A-de-2014.pdf>>

⁵ Disponível em: <<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/101-1997-648881>>

⁶ Disponível em: <<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/64-2007-518425>>

O crescimento exponencial das IPSS nos últimos anos, levaram-nas a assumir uma maior importância económica e social. Espera-se das IPSS, o desenvolvimento de ações inovadoras e adaptáveis perante as respostas sociais necessárias na realidade atual.

Garantir a qualidade dos processos e dos serviços dessas instituições mostra-se essencial num mercado competitivo como o das organizações do Terceiro Sector. É, portanto, cada vez mais comum que as IPSS invistam na implementação de SGQ, visto contribuir para assegurar a satisfação das necessidades e expectativas da comunidade e, assim, agregar valor social às instituições. Joana Martins (2017), fala que a gestão da qualidade é um conceito que foi endossado pelo sector empresarial, mas que, mesmo com as diferenças entre este e o Terceiro Sector, os processos que envolvem a qualidade não são excluídos.

No entanto, mesmo havendo atualmente uma forte consciencialização por parte dos dirigentes das organizações do Terceiro Sector para a adoção de práticas de gestão e de fomento da qualidade nas suas ações, uma série de impasses podem surgir como indica Hespanha et al (2000):

- Intangibilidade dos serviços prestados, criando dificuldades na sua avaliação;
- Pouca influência que os utilizadores têm na configuração da oferta de bens e serviços;
- Reduzido comprometimento dos colaboradores com a organização;
- Pressão exigida por patronos e parceiros sobre a gestão, de forma a ditar critérios de atuação de acordo com os seus interesses;
- Inexistência de recompensas ou sanções para orientar a atuação das organizações.

Esses entraves são mais facilmente administráveis com um SGQ, visto o mesmo auxiliar na tomada das melhores decisões para a instituição como um todo.

As IPSS têm uma importância social e económica para Portugal pois, segundo o Estatuto, representam a economia social e geram impacto tanto quanto os sectores tradicionais. Em 2014, por exemplo, já existiam 55 mil organizações, gerando cerca de 227 mil empregos e representando 5,5% dos empregos remunerados em Portugal. A previsão é que se tornem cada vez mais essenciais e cresçam mais tendo em conta o envelhecimento da população.

Verifica-se um aumento nas intervenções por meio do incentivo à qualificação dos serviços de apoio aos cidadãos. Daí ser cada vez mais importante estabelecer estratégias que possam

garantir a sobrevivência das organizações sem fins lucrativos para que continuem a gerar valor social, além de promover a inclusão social e garantir qualidade de vida para os beneficiários dos seus serviços.

Apesar de particulares, as IPSS prestam um serviço público e necessitam deter boas relações externas, visto os recursos financeiros advirem fundamentalmente de entidades externas sob a forma de doações ou através de investidores. Logo, é essencial que as boas práticas de gestão da qualidade atinjam todos os níveis da organização.

Segundo Martins (2019), “as instituições do Terceiro Sector devem encarar os processos de implementação e certificação de um SGQ, como um investimento no seu desenvolvimento organizacional e na promoção e qualificação das respostas sociais”.

Como qualquer outro tipo de organização, faz-se necessário compreender o contexto e requisitos de interesse do público para que seja possível implementar SGQ adequados. Em Portugal, as IPSS contam com diversas ferramentas que viabilizam tanto a implementação SGQ quanto de certificações e que ajudam na sua manutenção e no cumprimento dos seus objetivos.

2.2.1. O Sistema de Gestão da Qualidade do Instituto da Segurança Social, I.P.

O SGQ tem ganho uma maior notoriedade em Portugal desde 2003 quando foi redigido um normativo pelo Ministério da Segurança Social em conjunto com Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social, União das Misericórdias Portuguesas e União das Mutualidades Portuguesas que abrange as organizações do Terceiro Sector através do PCDQSRS.

Por meio das estratégias deste programa, o Governo pretende garantir o acesso a serviços de qualidade que estejam alinhados com as necessidades e expectativas dos cidadãos. O PCDQSRS disponibiliza uma série de ferramentas que auxiliam as organizações do Terceiro Sector a prestar serviços de qualidade à população como, por exemplo: Recomendações

Técnicas para Equipamentos Sociais; Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais; Sistema de Qualificação das Respostas Sociais e a Certificação. Esse processo de certificação visa garantir que as organizações do Terceiro Sector cumpram os requisitos definidos pelos modelos de avaliação por meio da obtenção da marca “Resposta Social Certificada”.

Segundo o *website* do ISS, existem três níveis de certificação que podem ser alcançadas pelas IPSS, são eles: Certificado de Qualificação Nível C; Certificado de Qualificação Nível B; Certificado de Qualificação Nível A.

Para alcançar a certificação, as instituições devem organizar um conjunto de documentos que servirá de evidência para o sistema de qualificação. Esses documentos devem comprovar a implementação do sistema há pelo menos 6 meses. Além disso, a organização deve desenvolver um dossier de candidatura e apresentá-lo ao órgão certificador, indicando o nível de qualificação pretendido. Posteriormente, o órgão certificador verifica se os documentos cumprem com as exigências da candidatura, e define uma data para realização da auditoria que determinará se a organização está apta a receber a certificação.

Para isso, o ISS estabelece oito critérios para a implementação de um SGQ que asseguram a qualidade total dos serviços prestados. Os 8 critérios são divididos em 2 grupos: os critérios 'Meios' que dizem respeito às ações concretas, e os critérios de 'Resultados' que visam medir os ganhos das ações desenvolvidas.

Os critérios Meios envolvem os quatro pontos a seguir:

1. Liderança, Planeamento e Estratégia - Como a gestão desenvolve e prossegue a missão, a visão e os valores da organização e como a organização formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e ações;
2. Pessoas - Como a organização gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus colaboradores;
3. Parcerias e Recursos - Como a organização planeia e gere as suas parcerias externas e os seus recursos internos de uma forma eficaz e eficiente;

4. Processos - Como a organização concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus clientes. (ISS, IP., 2021)

Enquanto que os critérios de Resultado abrangem as seguintes esferas:

5. Resultados Clientes - O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus clientes externos;
6. Resultados Pessoas - O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus colaboradores;
7. Resultados Sociedade - O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere;
8. Resultados Chave do Desempenho - O que a organização está a alcançar relativamente ao desempenho planeado (ISS, IP., 2021).

É válido salientar que há uma relação muito forte entre as IPSS e o ISS, afinal este último defende uma série de princípios que visam promover o bem-estar e a coesão social de todos os cidadãos. Os principais pontos defendidos pelo ISS são:

- Princípio da igualdade: não discriminação dos beneficiários;
- Princípio da solidariedade: todos podem usufruir de igualdade de oportunidades e rendimentos mínimos;
- Princípio da equidade social: tratamento igual de situações iguais e tratamento diferenciado de situações desiguais.
- Princípio da diferenciação positiva: flexibilização e modulação das prestações em função dos rendimentos e demais fatores de natureza laboral, familiar, social e demográfica;
- Princípio da subsidiariedade: reconhecimento do papel de outras instituições não públicas no prosseguimento dos objetivos da Segurança Social ligados ao desenvolvimento da ação social;
- Princípio da inserção social: desenvolvimento de ações no âmbito do sistema, com o objetivo de eliminar a origem da marginalização e exclusão social de modo a assegurar o cumprimento dos direitos humanos.

2.3. Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP)

A aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP) é um passo importante quando se fala da implementação de um SGQ na área da saúde, pois a partir dele é possível definir os primeiros passos de um planejamento estratégico orientado para os resultados.

O DiOr-CSP tem como objetivo principal monitorar e melhorar a qualidade das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários e mostra-se o modelo para organização documental do SGQ pertinente para a AP que é a organização escolhida para realizar esta dissertação. O DiOr-CSP é constituído por uma grelha que pode viabilizar a coesão, harmonização e implementação de um modelo de gestão organizacional capaz de elevar a satisfação dos profissionais, cidadãos e comunidade. A definição dos processos-chave permite que as unidades funcionais mantenham um conjunto de processos claramente definidos e uniformizados.

O Guia de Aplicação orienta que para uma boa recolha de informação junto da unidade funcional, é fundamental usar a observação e a análise documental do acervo, bem como dos sistemas de informação disponíveis e instalações físicas. Além disso, realizar entrevistas junto dos profissionais e cidadãos ajuda a recolher evidências não observáveis que contribuem para a implementação coerente do SGQ.

A grelha DiOr-CSP divide-se em 3 grupos de processos: gestão, assistenciais e suporte. Os grupos são divididos em 133 critérios e estruturados em duas categorias: A(55) Nível I e B(78) Nível II. Após a aplicação da Grelha e do cumprimento dos critérios estabelecidos, as organizações recebem uma classificação percentual determinadas deste modo: (<40%) Não satisfaz; (40-60%) Satisfaz; (60-75%) Bom; (75-90%) Muito bom e (>90%) Excelente.

Abaixo, na Tabela 2⁷, encontra-se exemplos dos processos, com as dimensões e seus critérios:

Tabela 2 - Critérios da Aplicação da Grelha DiOr-CSP, ano de 2019

1. PROCESSOS DE GESTÃO		
DIMENSÃO 1.1. Centralidade no cidadão		
Critério A	Carta dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	A
Critério B	Acessibilidade do cidadão	A
Critério C	Reclamações, sugestões e elogios	A
Critério D	Garantia da atribuição de equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família)	B
DIMENSÃO 1.2. Organização centrada no cidadão		
Critério A	Instrumentos estratégicos (Carta de Compromisso, Carta de Qualidade, Guia de Acolhimento ao Utente e Manual de Articulação)	A
Critério B	Plano de Ação (PA) / Plano de Desempenho (PD)	A
Critério C	Relatório de Atividades (RA)	A
Critério D	Regulamento Interno (RI)	A
Critério E	Manual de Procedimentos (MP)	A
Critério F	Tempo de espera após hora marcada	B
Critério G	Horários de trabalho dos profissionais e carga horária	B
Critério H	Enfermeiro de Família	A
Critério I	Secretário Clínico / Secretário Clínico de Família	B
DIMENSÃO 1.3. Profissionais		
Critério A	Suporte de registo de ocorrências	B
Critério B	Delegação de competências	B
Critério C	Conselho Técnico (CT)	A
Critério D	Reuniões periódicas da equipa multiprofissional	A
Critério E	Organização matricial	B
Critério F	Identificação dos gestores dos PG	B

⁷ Fonte: ACSS

Havendo um objetivo fundamental entre o Guia de Aplicação da grelha DiOr-CSP e os MAQRS do ISS, assegurar a melhoria contínua e garantir a qualidade da organização, a abordagem por processos é comum a ambos os instrumentos. No entanto, a organização da grelha DiOr-CSP é hierárquica facilitando a gestão documental.

3. MODELO INTEGRADO DOS REFERENCIAIS DIOR-CSP E MAQRS

A investigação iniciou com pesquisa documental de forma a obter informações mais detalhadas sobre a temática em estudo.

Foram, então, analisados os Manuais da Qualidade do ISS para as Respostas Sociais de SAD, CD e ERPI e feito mapeamento dos requisitos dos diversos critérios. No entanto, devido à extensão dos requisitos dos MAQRS e sendo pretensão a implementação de um Modelo de Gestão da Qualidade transversal a toda a organização, foi planeado focar nos critérios de “tronco comum”, isto é, todos os 8 critérios excetuando o critério 4.

Com o mapeamento realizado foi, desde logo, percebido que a disposição dos mesmos não era “em árvore”, o que dificultaria a organização dos documentos. Recorreu-se, assim, à Grelha DiOr-CSP visto apresentar estruturação hierárquica em que cada documento dá resposta a um único critério sendo facilitadora da gestão documental.

Da análise e relação entre os requisitos dos dois referenciais foi elaborado um modelo integrado entre MAQRS e DiOr-CSP resultando na Matriz Documental.

A Matriz Documental é a base do sistema de gestão documental, sendo essencial para planeamento e organização do mesmo. Na Matriz Documental elaborada foi utilizada a estrutura hierárquica da grelha DiOr-CSP, constando o tipo de processo a que se refere (Gestão, Assistencial ou Suporte) com as diferentes dimensões numerados sequencialmente, o nível de exigência (de acordo com os MAQRS), o documento e a codificação que lhe corresponde. A Matriz Documental completa encontra-se no Anexo 4, estando uma parte do mesmo na Figura 2.

DATA: 01/06/2022				
1. Processos de Gestão				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
A	Instrumentos estratégicos (Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação)	C	Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social	PG_01A_MQ_01
			Manual de Qualidade	PS_1.2B_MAC_01
			Manual de Acolhimento ao Cliente	PG_01A_MA_01
			Manual de Articulação	PG_01B_PA_01
B	Plano de Atividades (PA)	C	Plano de Atividades	PG_01B_PA_01
			Procedimento_Plano de Atividades	PG_01B_PR_01
			Plano orçamental	PG_01B_PO_01
C	Relatório de Atividades (RA)	C	Relatório de Atividades	PG_01C_RA_01
D	Regulamento Interno (RI)	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Manual de Procedimentos (MP)	A	Procedimento_Avaliação das necessidades do cliente	PG_01E_PR01_01
F	Reclamações, sugestões e elogios	C	Procedimento_Reclamações	PG_01F_PR01_01
			Procedimento_Sugestões	PG_01F_PR02_01
2. Profissionais				
A	Suporte de registo de ocorrências	C	Procedimento_Livro de ocorrências	PG_02A_PR01_01
B	Departamento de Gestão da Qualidade		Departamento de Gestão da Qualidade	PG_02B_IMP01
C	Documentos Orientadores		Matriz Documental	PG_02C_IMP01
			Listagem requisitos Segurança Social	PG_02C_IMP02
D	Reuniões periódicas da equipa técnica	C	Procedimento_Reuniões da Equipa Técnica	PG_02D_PR01_01
			Atas das reuniões	
E	Organização matricial	C	Organograma	PG_02E_IMP01
			Quadro de colaboradores e respetivos horários	PG_02E_IMP02
F	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	C	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	PG_02F_IT01_01

Figura 2 - Matriz Documental

Procedeu-se, igualmente, à elaboração de um Referencial de Gestão Documental com todos os requisitos, classificados por Processos com a respetiva codificação e designação atribuída ao documento, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Referencial de Gestão Documental

PROCESSO	CODIFICAÇÃO	DOCUMENTO
Gestão	PG_01A_MQ_01	Manual da Qualidade
	PS_1.2B_MAC_01	Manual de Acolhimento ao Cliente
	PG_01A_MA_01	Manual de Articulação
	PG_01B_PA_01	Plano de Atividades
	PG_01B_PR_01	Procedimento_Plano de Atividades
	PG_01B_PO_01	Plano Orçamental
	PG_01C_RA_01	Relatório de Atividades
	PG_01D_RI_01	Regulamento Interno
	PG_01E_PR01_01	Procedimento_Avaliação das Necessidades dos Clientes
	PG_01F_PR01_01	Procedimento_Reclamações
	PG_01F_PR02_01	Procedimento_Sugestões
	PG_02A_PR01_01	Procedimento_Livro de Ocorrências
	PG_02A_IMP01	Departamento de Gestão da Qualidade
	PG_02C_IMP01	Matriz Documental
	PG_02C_IMP02	Referencial requisitos da Segurança Social
	PG_02D_PR01_01	Procedimento_Reuniões da equipa técnica
	PG_02E_IMP01	Organigrama
	PG_02E_IMP02	Quadro de colaboradores e horários
	PG_02F_IT01_01	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição
	PG_03A_IMP01	Avaliação de Desempenho e eficácia da resposta social
	PG_03B_IMP01	Avaliação da Satisfação de clientes
	PG_03B_PR01_01	Procedimento_Avaliação da Satisfação de clientes
	PG_03C_IMP01	Avaliação da Satisfação de colaboradores
	PG_03C_PR01_01	Procedimento_Avaliação da Satisfação de colaboradores
	PG_03D_IMP01	Avaliação da Satisfação de Parceiros
	PG_03D_PR01_01	Procedimento_Avaliação da Satisfação de Parceiros
	PG_03E_IMP01	Monitorização dos Indicadores de Qualidade e Segurança
Assistenciais	PA_01C_PR01_01	Procedimento_Barreiras de comunicação com cliente
	PA_01C_PR02_01	Procedimento_Representante legal
	PA_01D_PR01_01	Procedimento_Organização dos Processos dos Clientes

	PA_01D_PR02_01	Procedimento_Quebra de confidencialidade
	PA_01F_PR01_01	Procedimento_Gestão de Parcerias
	PA_01F_IMP01	Protocolo de Parceria
Suporte	PS_1.1B_PR01_01	Procedimento_Controlo de Documentos e Registos
	PS_1.1B_IMP01	Listagem dos Documentos
	PS_1.1B_IMP02	Controlo de Documentos e Registos
	PS_1.1B_PR02_01	Procedimento_Sistema de Segurança da Informação
	PS_1.1B_IT01_01	RGPD
	PS_1.1B_IT02_01	Normas Gráficas
	PS_1.1B_IT03_01	Codificação de Documentos
	PS_1.2A_IT01_01	Informação afixada
	PS_1.4A_PR01_01	Procedimento_Informação à Comunidade
	PS_02A_PR01_01	Procedimento_Elaboração de Horários
	PS_02B_PR01_01	Procedimento_Assiduidade
	PS_02C_PR01_01	Procedimento_Elaboração do Plano de Férias
	PS_02C_IMP01	Plano Anual de Férias
	PS_02D_PR01_01	Procedimento_Contratação de Recursos Humanos
	PG_01A_MAI_01	Manual de Acolhimento e Integração
	PS_02D_PR02_01	Procedimento_Organização Documental de RH
	PS_02D_IMP02	Perfil e responsabilidades do diretor técnico, de cada grupo profissional e de cada grupo de voluntários
	PS_02E_IMP01	Avaliação de desempenho dos profissionais
	PS_02E_PR01_01	Procedimento_Avaliação de desempenho dos profissionais
	PS_03A_PR01_01	Procedimento_Metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços
	PS_03A_PR02_01	Procedimento_Gestão de stocks
	PS_03A_PR03_01	Procedimento_Regras de Segurança dos Equipamentos
	PS_03A_IMP01	Regras de Segurança dos Equipamentos
	PS_03B_PR02_01	Procedimento_Materiais, Mobiliário e Equipamentos
	PS_03B_PR03_01	Procedimento_Processo de compra de produtos, equipamentos e serviços
	PS_03B_IMP01	Organização das instalações
	PS_03B_PR04_01	Procedimento_Registo de verificação/inspeção dos produtos e serviços
	PS_03C_IMP01	Inventário de Equipamentos
	PS_04A_IMP01	Relatório Financeiro

PS_04B_PR01_01	Procedimento_Fundo de maneo
PS_04C_IMP01	Execução Orçamental
PS_04C_PR01_01	Procedimento_Funções Financeiras e Contabilísticas
PS_04D_PR01_01	Procedimento_Sistema de gestão de contas de devedores e de credores
PS_5.1A_PR01_01	Procedimento_Sistema de Proteção e Segurança
PS_5.1A_IT01_01	Plano operacional para a prevenção e controlo de roubos
PS_5.1B_PR01_01	Procedimento_Proteção contra incêndios
PS_5.1C_IT01_01	Manual de Primeiros Socorros
PS_5.1C_IMP01	Mala de Primeiros Socorros
PS_5.1E_IT01_01	Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção
PS_5.1F_IT01_01	Plano de Manutenção das instalações
PS_5.1G_IT01_01	Plano de Manutenção de Equipamentos
PS_5.1G_IMP01	Impresso de Registos de Equipamentos
PS_5.1H_PR01_01	Procedimento_Calibração de Equipamentos
PS_5.1H_IT01_01	Plano de Calibração de Equipamentos
PS_5.1J_PR01_01	Procedimento_Desempenho Ambiental
PS_5.1K_PR01_01	Procedimento_Higienização dos Equipamentos da Cozinha
PS_5.1K_PR02_01	Procedimento_Higienização e Arrumação das Instalações
PS_5.1K_IT01_01	Plano de Limpeza
PS_5.1K_IMP01	Registo de Higienização das Instalações
PS_5.2A_IT01_01	Plano Operacional para a prevenção e controlo de fuga/desaparecimento dos clientes
PS_5.2A_PR01_01	Procedimento_Prevenção e controlo de fuga/desaparecimento dos clientes
PS_5.2B_PR01_01	Procedimento_Prevenção e atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos clientes
PS_5.3A_PR01_01	Procedimento_Gestão da violência contra profissionais
PS_5.3A_IT01_01	Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos profissionais
PS_5.3B_PR01_01	Procedimento_Saúde, higiene e segurança no local de trabalho
PS_06A_PR01_01	Procedimento_Formação dos Profissionais
PS_06A_IMP01	Plano Anual de Formação

Um dos objetivos do trabalho passava pela elaboração de “documentos-piloto” de forma a validar a estratégia de implementação definida. A existência de uma listagem de documentos facilita o conhecimento e acesso aos documentos da organização. Assim, foi elaborado o

Impresso “Listagem Documentos” onde consta a identificação do documento (designação e código), assim como a versão e a data do mesmo (Anexo I).

O propósito do desenvolvimento de um Sistema de Qualificação das Respostas Sociais seria condicionar a celebração de Acordos de Cooperação com o ISS ao cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C do Modelo. Da mesma forma, era pretensão a existência de um referencial normativo de forma a obter uma harmonização a nível nacional das regras de funcionamento para os serviços prestados garantindo o mesmo nível de qualidade. A qualificação é obtida pela realização de auditorias por entidades externas que tem por base os MAQRS. Assim, como forma de auxiliar os diretores técnicos das diferentes valências, no caso de auditoria, foi elaborado o Referencial dos Requisitos da Segurança Social onde estão apresentadas as listas de verificação constantes dos MAQRS do ISS e os códigos dos documentos que dão resposta aos requisitos (Anexo 2).

Foi, igualmente, elaborado um documento-orientador onde se encontra descrito o que deve constar em cada um dos documentos a elaborar/reformular de forma a dar cumprimento aos requisitos (Anexo 3).

4. REFERENCIAL DE GESTÃO DOCUMENTAL

As ideias que deram origem aos atuais princípios e procedimentos da gestão documental remontam ao período após a segunda guerra mundial nos EUA e Canadá devido ao descontrolo motivado pelo crescimento da documentação e dos gabinetes de guerra. O propósito era valer-se da gestão para melhorar a qualidade e reduzir a quantidade de documentos, ao mesmo tempo que seria mais fácil a recuperação da informação.

Podemos definir gestão documental como o conjunto de processos que garantem a produção, armazenamento e o uso correto de todos os documentos de uma empresa. Trata-se da atividade responsável por realizar o gerenciamento completo de todos os arquivos, desde o momento em que é gerado até a localização quando a empresa precisa dele. Esta tem o objetivo de realizar o gerenciamento de informações relevantes, permitindo o bom funcionamento da empresa⁸.

A gestão documental integrada com outras soluções, como é o caso da digitalização, permite a gestão de todos os documentos importantes das organizações. Esta solução permite uma melhor colaboração através da partilha de documentos sendo facilitadora dos processos da mesma.

4.1. Estrutura da Documentação

A estrutura da documentação pode ser expressa de diferentes formas, mas, tendo por base a norma NP EN ISO 9001:2008, a documentação de SGQ apresenta a hierarquia presente na Figura 3.

⁸ <https://www.arquivotech.com/blog/item/2-gestao-documental-o-que-e-e-qual-a-importancia-para-sua-empresa>



Figura 3 - Hierarquia da Documentação de SGQ

Tipos de documentos (Pinto e Soares, 2009):

- Manual da Qualidade - Descreve todo o sistema de gestão da qualidade, estabelecendo a política de qualidade que a organização pretende desenvolver. Deve incluir: uma breve descrição da organização e dos produtos/serviços que oferece, os objetivos a alcançar em matéria de qualidade, as responsabilidades atribuídas e a autoridade das funções mais relevantes para a área da qualidade.
- Procedimentos - Descrição das atividades, que podem ser de dois tipos: de sistema ou operacionais. Os procedimentos de sistema estabelecem linhas de orientação e uma metodologia de atuação com vista ao cumprimento, por parte da organização, dos requisitos normativos da qualidade. Noutra perspetiva, os procedimentos operacionais detalham os procedimentos do sistema de forma a clarificar a sua aplicação. Os procedimentos são os meios utilizados pela organização para entender e implementar os processos.
- Instruções de trabalho - Conjunto de documentos que descrevem detalhadamente a forma de realização de determinadas atividades. São exemplos: instruções de operação, manuais técnicos, cartas de trabalho, recomendações dos fabricantes, entre outros.
- Impressos e registos - Documentos que expressam os resultados obtidos ou comprovam a realização das atividades.

A estrutura da documentação usada no sistema de qualidade e nas suas atividades é definida pela organização. Esta deverá ser lógica, com uma hierarquia de documentos e assegurar a coerência do conjunto da documentação. Deve, igualmente, ser concebida de forma a identificar todos os tipos de documentos a usar no controlo e gestão da qualidade de forma que qualquer novo documento que seja criado se enquadre na estrutura definida.

A existência de procedimentos para controlo dos documentos e para controlo dos registos é demandada pela norma NP EN ISO 9001:2008. Sendo entendido como essencial e facilitador de toda a organização documental, foi decidido que constaria como documentos “piloto” a elaboração do Procedimento “Controlo de Documentos e Registos” (Anexo 5) e o Impresso respetivo (Anexo 6).

A pretensão de uma uniformização em toda a organização na conceção dos documentos passava, também, pela existência de um manual de normas gráficas. O manual de normas gráficas é um documento imprescindível na definição das normas de utilização da “marca” no qual se descreve a forma de utilização dos elementos de identificação e critérios de estilo em todo o tipo de suportes. Havendo previamente na AP um Manual de Normas Gráficas, o mesmo foi reformulado e complementado. O manual foi realizado em parceria com o gabinete de comunicação da AP (Anexo 7).

4.2. Gestão por Processos

Segundo a NP EN ISO 9000:2005 a abordagem por processos evidencia ser de grande importância para as organizações uma vez que a qualidade assume um papel estratégico para obter os resultados desejados, de forma eficiente, focando-se na satisfação das necessidades dos seus *stakeholders*.

A abordagem por processos é definida como o conjunto de atividades interrelacionadas e interatuantes que, utilizando recursos, transforma *inputs* em *outputs*, com valor acrescentado (NP EN ISO 9001:2008).

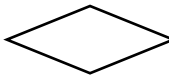
No presente trabalho, e tendo como base a Grelha DiOr-CSP, os processos dividem-se em:

- Processos de Gestão - processos que garantem o desenvolvimento da qualidade e estão associados diretamente às políticas e às estratégias de gestão da organização.
- Processos Assistenciais - processos relacionados com a missão da organização contribuindo diretamente para a prestação de serviços.
- Processos de Suporte - processos que apoiam os processos assistenciais, ajudando a que os mesmos obtenham os resultados desejados.

Cada um dos processos é operacionalizado através dos diferentes documentos (manuais, procedimentos, instruções de trabalho e impressos).

A gestão da documentação deve ser feita através da definição de circuitos dos processos, sendo que o mapeamento dos mesmos é efetivado através de fluxogramas. Os fluxogramas são representações gráficas dos passos que integram um determinado processo, de forma sequencial e obedecem a um determinado simbolismo (Pinto, 2012). Os símbolos e o seu significado estão patentes na Tabela 4.

Tabela 4 - Simbolismo dos fluxogramas

SIMBOLO	DESIGNAÇÃO	SIGNIFICADO
	Início e fim	Representa o início e o final do fluxograma de um processo
	Operações	Representa a variedade de funções
	Decisão	Determina o caminho a seguir no fluxo das diferentes opções
	Documento	Representa a utilização de documento
	Fluxo do Processo	Indica o sentido e a sequência das fases do processo

4.3. Codificação de Documentos

Os documentos devem ter uma codificação/referência que os identifique inequivocamente sendo que a linguagem deve ser adequada aos utilizadores. A codificação de documentos visa estabelecer uma relação direta e de fácil compreensão, através de um código, que permite a

identificação inequívoca de um documento. Assim, foi entendido que a criação da Instrução de Trabalho “Codificação de Documentos” deveria, também, constar nos “documentos piloto” (Anexo 8). Este visa descrever a metodologia de codificação dos documentos do SGQ.

5. ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

De acordo com a norma ISO 9001:2008, os principais fatores que dificultaram a implementação do sistema de gestão da qualidade são, essencialmente, a falta de tempo e/ou disponibilidade, assim como, a dificuldade de interpretação da norma. Torna-se fundamental que as organizações concebam ferramentas de auxílio que as Associação Alzheimer Portugal oiem e esclareçam no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade.

Conjuntamente com estes fatores, na Alzheimer Portugal, também a escassez de recursos humanos e de pessoal com formação específica na área da gestão da qualidade e a resistência à mudança foram entendidas como fraquezas que poderiam condicionar o processo de implementação.

A gestão de topo, que no caso da Alzheimer Portugal é representada pela direção nacional, desempenha um papel vital na gestão da qualidade da organização, sendo responsável pela definição da política de qualidade e pela comunicação da mesma aos seus colaboradores. É, igualmente, atribuição da gestão de topo nomear o Responsável pelo SGQ que tem a seu cargo a implementação e gestão do sistema. Tem, também, a incumbência da definição dos colaboradores envolvidos no SGQ.

Havendo na organização escassez de pessoal com formação específica na área da qualidade, a responsabilidade pela implementação ficou a cargo de um dos membros dos órgãos sociais da organização conjuntamente com o diretor geral, com participação dos diretores técnicos das diferentes valências.

Neste sentido, foram aproveitados os momentos das reuniões mensais com a direção para consciencialização e informação aos colaboradores com responsabilidades na gestão. O envolvimento destes revelou-se fundamental para a avaliação diagnóstica dos documentos de gestão existentes e determinar se estes estavam em conformidade com os requisitos dos MAQRS.

Dos resultados obtidos, foi construída uma *Dashboard* de Gestão – Mapa de Planeamento e Controlo – de forma a possibilitar a priorização e monitorização do desenvolvimento do

SGQ ao mesmo tempo que permite aos colaboradores saber as suas atribuições nos diferentes processos. Os pontos que foram incluídos na mesma foram:

- Identificação da dimensão, critério e documento;
- Tipo – Nível de exigência de acordo com os MAQRS;
- Codificação – Código atribuído ao documento;
- Estado – Fase em que se encontra o documento (“Feito”, “Reformular” ou “Em falta”);
- Prioridade – De acordo com os níveis de exigência dos MAQRS. Foi associado um sistema de cores pelo impacto visual produzido;
- Intervenientes – Responsáveis pela elaboração/reformulação do documento;
- Prazo – data limite para elaboração/reformulação do documento.

Na Figura 4 é possível ver uma parte da *Dashboard* de Gestão construída, encontrando-se a totalidade da mesma no Anexo 9.

DATA: 01/06/2022

1. Processos de Gestão				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
A	Instrumentos estratégicos (Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação)	C	Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social	
			Manual de Qualidade	PG_01A_MQ_01
			Manual de Acolhimento ao Cliente	PS_1.2B_MAC_01
			Manual de Articulação	PG_01A_MA_01
B	Plano de Atividades (PA)	C	Plano de Atividades	PG_01B_PA_01
			Procedimento_Plano de Atividades	PG_01B_PR_01
			Plano orçamental	PG_01B_PO_01
C	Relatório de Atividades (RA)	C	Relatório de Atividades	PG_01C_RA_01
D	Regulamento Interno (RI)	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Manual de Procedimentos (MP)	A	Procedimento_Avaliação das necessidades do cliente	PG_01E_PR01_01
F	Reclamações, sugestões e elogios	C	Procedimento_Reclamações	PG_01F_PR01_01
			Procedimento_Sugestões	PG_01F_PR02_01
2. Profissionais				
A	Suporte de registo de ocorrências	C	Procedimento_Livro de ocorrências	PG_02A_PR01_01
B	Departamento de Gestão da Qualidade		Departamento de Gestão da Qualidade	PG_02B_IMP01
C	Documentos Orientadores		Matriz Documental	PG_02C_IMP01
			Listagem requisitos Segurança Social	PG_02C_IMP02
D	Reuniões periódicas da equipa técnica	C	Procedimento_Reuniões da Equipa Técnica	
			Atas das reuniões	
E	Organização matricial	C	Organograma	PG_02E_IMP01
			Quadro de colaboradores e respetivos horários	PG_02E_IMP02

Estado	Prioridade	Intervenientes	Prazo
Reformular	Alta	Direção Nacional	out/22
Em falta	Alta	Responsável SGO	out/22
Reformular	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Feito	Alta		
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Feito			
Feito			
Em falta	Baixa	Serviços de Lisboa	abr/23
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	nov/22
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	nov/22
Em falta	Alta	Delegação Centro	out/22
Em falta	Alta	Responsável SGO	out/22
Feito			
Feito			
Em falta	Alta	Delegação Centro	out/22
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Feito			
Reformular	Alta	Diretor geral	out/22

Figura 4 - Dashboard de Gestão

Com a quantidade de documentos gerados, tornou-se essencial conceber uma estratégia para arquivamento dos mesmos. Havendo diferentes *softwares* de gestão em funcionamento na organização, cujo acesso estava condicionado aos utilizadores desse mesmo programa, e sendo pretensão a uniformização e a existência de um repositório documental acessível a todos os colaboradores, a opção, no imediato, foi a utilização da *Drive* do *Outlook* com distintas permissões para os colaboradores, mediante seja para gestão, visualização ou edição dos documentos. O arquivamento dos documentos é feito de acordo com a estrutura da Matriz Documental, com criação de pastas e subpastas mediante o tipo de processo, o critério e o documento correspondente.

Sabendo de antemão que um elevado número de colaboradores operacionais apresenta baixa escolaridade com poucos conhecimentos informáticos, foi solicitado aos diretores técnicos ministrar formação interna aos seus colaboradores de forma a colmatar dúvidas no acesso à documentação.

6. CONCLUSÃO

Os Sistemas de Gestão da Qualidade desempenham um papel fundamental em qualquer tipo de organização, transmitindo confiança e clarificando todas as responsabilidades. Trata-se de um processo de melhoria contínua, na medida em que as necessidades identificadas e transformadas em saídas desejáveis sofrem um processo de constante aperfeiçoamento, sendo realizados procedimentos de mensuração, análise e melhoria, definindo as responsabilidades no processo e alocando recursos.

As organizações do Terceiro Setor encontram-se sujeitas a crescentes pressões que impõem novos desafios. É fundamental que estas promovam ferramentas e técnicas que visam a gestão da qualidade como trilha rumo à sustentabilidade e melhoria dos serviços prestados. Tendo como propósito o “lucro social” e sendo que o mesmo é alcançado com garantia da qualidade do serviço prestado a custo mínimo, a implementação de um SGQ possibilita a eficácia e a eficiência organizacional.

Os SGQ diligenciam o contexto adequando para a melhoria continua com benefícios na satisfação de colaboradores, clientes e *stakeholders*, ao mesmo tempo que melhora a confiança relativamente ao serviço prestado.

A Associação Alzheimer Portugal apresenta-se como um modelo na prestação de cuidados a pessoas com demência, adotando boas práticas no exercício da sua atividade de acordo com os princípios que a regem. A implementação de um SGQ surge como uma vantagem na gestão processos organizacionais.

O trabalho iniciou-se realizando estudo aprofundado sobre a Associação Alzheimer Portugal, nomeadamente a gestão organizacional e documental existente nas suas diversas valências do qual resultou um diagnóstico inicial.

Prosseguiu-se para a análise dos referenciais relacionados com SGQ em organizações, nomeadamente Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais do Instituto da Segurança Social (MAQRS), Norma ISO 9001:2015 e Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP). A pretensão era a criação de um modelo integrado entre os referenciais MAQRS e DiOr-CSP

de forma a responder aos requisitos do ISS, mas, ao mesmo tempo, contribuindo para uma eficaz gestão documental. A utilização do referencial DiOr-CSP veio colmatar a dificuldade apresentada pelo MAQRS na gestão documental.

Foi, assim, desenvolvida uma proposta de referencial de organização documental (Matriz Documental) que tendo sido aprovada pela direção da Associação Alzheimer Portugal serviu de base para elaborar a estratégia de implementação.

A concretização verificou-se com a produção de um conjunto de documentos “piloto” considerados como pilares e que permitiram validar as ações planeadas. Foi, igualmente, elaborado um Mapa de Planeamento de Controlo – *Dashboard* de Gestão – de forma a facilitar o trabalho quer de gestores, quer dos colaboradores sobre o desenvolvimento do SGQ.

Com uma produção massiva de documentos, tornou-se fundamental ponderar sobre o seu arquivamento. Havendo diferentes *softwares* dentro da Associação Alzheimer Portugal, e tendo sido referido pela gestão de topo ser complexo optar por um e empreender em toda a organização, foi decidido utilizar a *Drive* do *Outlook* como Repositório Documental.

Apesar dos constrangimentos encontrados no decurso deste trabalho, o impacto é positivo na medida em que houve envolvimento da gestão de topo e dos responsáveis das diferentes valências na implementação da estratégia sugerida. Foi entendido por todos a importância deste trabalho na melhoria da organização da documentação e da eficácia e eficiência na prestação de serviços perspetivando aumento da visibilidade da Associação Alzheimer Portugal podendo abonar uma melhor sustentabilidade organizacional com candidaturas a projetos e procura dos seus serviços.

É importante que o trabalho iniciado seja mantido, isto é, que a implementação do SGQ continue e, principalmente, que haja um continuum com a sua manutenção. Para isso, é essencial uma eficiente gestão de recursos e canalização de esforços e que a gestão de topo não se desvie desse propósito mantendo, no entanto, a sua missão.

Como propostas de trabalho futuro, é fundamental a criação de *software* único e transversal a toda a organização que consiga responder às necessidades dos colaboradores e clientes, ao mesmo tempo que permita uma gestão documental e dos processos mais efetiva. A afetação de recursos à Gestão da Qualidade torna-se essencial para a continuidade do trabalho iniciado

com vista à implementação de um SGQ e, quem sabe, numa acreditação da Associação Alzheimer Portugal.

Para terminar, é de aludir que a melhoria da qualidade é um sistema contínuo, é imprescindível estar em constante atualização, reformulação e otimização de processos e procedimentos de forma a responder às necessidades de colaboradores, clientes e *stakeholders*, com menor custo e máxima qualidade possível.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2019). *Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários: DiOr-CSP*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP; versão 1.1. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Guia-de-Applicacao-da-Grelha-DiOr-outubro-2019.pdf>.

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. *Conheça-nos Melhor*. <https://alzheimerportugal.org/pt/conheca-nos-melhor>.

Amaral, N. (2013). *Da dependência e vulnerabilidade à sustentabilidade e autonomia do terceiro setor: o caso do Concelho de Santa Marta de Penaguião*. [Tese de mestrado em Serviço Social: Território e Desenvolvimento da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Biblioteca da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <https://1library.org/document/y43e47kz-dependencia-vulnerabilidade-sustentabilidade-autonomia-terceiro-concelho-marta-penaguiao.html>.

Courtney, R. (2013) - *Strategic management in the third sector*. Londres: Palgrave Macmillan.

Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.

Decreto-Lei 119/83 do Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Segurança Social (1983). Diário da República n.º 46/1983, Série I de 1983-02-25. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/119-1983-311401>.

Douglas, A., Coleman, S., Oddy, R. (2003). *The case for ISO 9000*. The TQM Magazine, 15(5), pp. 316-324. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09544780310487712/full/html>.

Evans, J. R. & Lindsay, W. M. (2000). *La Administración y el Control de la Calidad*. México: International Thomson Editores. <https://www.auditorlider.com/wp-content/uploads/2019/06/Administraci%C3%B3n-y-control-de-la-calidad-7ed-James-R.-Evans-y-William-M.-Lindsay.pdf>.

Ferreira, S. (2017). *As organizações do terceiro sector na reforma da Segurança Social*. IV Congresso Português de Sociologia. https://aPS_pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462dbcb482139_1.pdf.

Gretzky, W. (2010). *Strategic planning and SWOT analysis*. American College of Healthcare Executives: Health administration Press. <https://midtermguru.com/essays/essay-on-strategic-management-and-knowledge-management-theory>.

Guerra, I. (2002). *Fundamento e processos de uma sociologia de acção – o planeamento em ciências sociais* (2ª ed.). Estoril: Principia.

Hespanha, P. (2000). *Entre o Estado e o Mercado. As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.

ArquivoTech (2009). *Gestão Documental: o que é e qual a importância para a sua empresa?* <https://www.arquivotech.com/blog/item/2-gestao-documental-o-que-e-e-qual-a-importancia-para-sua-empresa>.

Instituto Português da Qualidade (IPQ) (2015). *NP EN ISO 9000:2005. Sistemas de Gestão da Qualidade. Fundamentos e vocabulário* (2ª ed.). Caparica: Instituto Português da Qualidade.

Instituto Português da Qualidade (IPQ) (2015). *NP EN ISO 9001:2015 – Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.

ISO 9001 (2015). *Guia do Utilizador ISO 9001:2015*. http://www.qualitividade.pt/wp-content/uploads/2016/04/APCER_GUIA_ISO9001_2015.pdf.

ISO. (2016). *ISO 9001:2015 for Small Enterprises: What to do?* Advice from ISO/TC 176. https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/iso_9001_2015_for_small_enterprises-preview.pdf.

Instituto Português da Qualidade (2004). https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/DL_140_2004.htm.

Instituto da Segurança Social, I.P. *Modelo de Avaliação da Qualidade: Estrutura Residencial para Idosos*. <https://www.seg->

social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_modelo_avalia%C3%A7%C3%A3o/41b4bfa9-a62d-4bb4-b368-c79d60211ecd/41b4bfa9-a62d-4bb4-b368-c79d60211ecd.

ISS, IP.O (2015). *ISO 9001:2015 for Small Enterprises: What to do?* Advice from ISO/TC 176. https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/iso_9001_2015_for_small_enterprises-preview.pdf.

Jones, R., Arndt, G., Kustin, R. (1997). *ISO 9000 among Australian companies: impact of time and reasons for seeking certification on perceptions of benefits received*. International Journal of Quality & Reliability Management, 14(7), pp. 650-660. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/02656719710173258/full/html>.

Lopes, C. (2009). *Avaliação da Qualidade de Serviço: o caso de uma Instituição de Ensino Superior*. [Tese de Mestrado em Gestão da Qualidade da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1400/1/dm_carloslopes.pdf.

Magd, H. e Curry, A. (2003a), *An empirical analysis of management attitudes towards ISO 9001:2000 in Egypt*. The TQM Magazine, 15(6), pp. 381-390. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09544780310502714/full/html>.

Martins, J. (2017). *Sistemas de gestão da qualidade em IPSS: O caso do Tâmega e Sousa*. [Tese de Mestrado em Gestão das Organizações do Terceiro Setor da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15549/1/DM_JoanaMartins_MGO3S_2019.pdf.

Mendes, A. (2018) - *Importância económica e social das IPSS em Portugal*. Orgal. <http://rotass.cnis.pt/wp-content/uploads/2019/01/Livro-Importancia-Economica-e-Social-das-IPSS-em-Portugal-PDF.pdf>.

Pinto, A. (2012) - *Gestão Integrada de Sistemas. Qualidade, Ambiente, Segurança e Saúde no trabalho* (1ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Pires, A. R. (2016) - *Sistemas de Gestão da Qualidade* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Ramos Pires, A. (2007) - *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Sampaio, P. (2008). *Estudo do Fenómeno ISO 9000: Origens, Motivações, Consequências e Perspetivas*. [Tese de Doutoramento em Engenharia de Produção e Sistemas, área de Investigação Operacional da Escola de Engenharia da Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8840>.

Saraiva, M. & Teixeira, A. (2009) - *A qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto, A. e Soares, I (2009) - *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Quintão, C. (2004). *Terceiro Sector - elementos para referência teórica e conceptual*. [Comunicação oral]. V Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação; Ateliers: Mercado, Emprego e Trabalho, Universidade do Minho – Braga. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54377/2/ISWP52004000122487.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I - Impresso_Listagem de Documentos



PROCESSO DE SUPORTE
LISTAGEM DE DOCUMENTOS

PS_1.1B_IMP01_01
Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

DATA: 01/06/2022

CODIFICAÇÃO	DOCUMENTO	VERSÃO	DATA
PG_01A_MQ_01	Manual da Qualidade		
PS_1.2B_GA_01	Guia de Acolhimento do Utente		
PG_01A_MA_01	Manual de Articulação		
PG_01B_PA_01	Plano de Ação		
PG_01B_PR_01	Procedimento Plano de Ação		
PG_01B_PO_01	Plano Orçamental		
PG_01C_RA_01	Relatório de Atividades		
PG_01D_RI_01	Regulamento Interno		
PG_01E_PR01_01	Procedimento Avaliação das Necessidades dos Clientes		
PG_01F_PR01_01	Procedimento Reclamações		
PG_01F_PR02_01	Procedimento Sugestões		
PG_02A_PR01_01	Procedimento Livro de Ocorrências		
PG_02A_IMP01	Departamento de Gestão da Qualidade		
PG_02C_IMP01	Matriz Documental		
PG_02C_IMP02	Referencial requisitos Segurança Social		
PG_02D_PR01_01	Procedimento Reuniões da equipa técnica		
PG_02E_IMP01	Organograma		
PG_02E_IMP02	Quadro de colaboradores e horários		
PG_02F_IT01_01	Responsabilidades dos Profissionais e Intersubstituição		
PG_03A_IMP01	Avaliação de Desempenho e eficácia da resposta social		
PG_03B_IMP01	Avaliação da Satisfação de clientes		
PG_03B_PR01_01	Procedimento Avaliação da Satisfação de clientes		
PG_03C_IMP01	Avaliação da Satisfação de colaboradores		
PG_03C_PR01_01	Procedimento Avaliação da Satisfação de colaboradores		
PG_03D_IMP01	Avaliação da Satisfação de Parceiros		
PG_03D_PR01_01	Procedimento Avaliação da Satisfação de Parceiros		
PG_03E_IMP01	Monitorização dos Indicadores de Qualidade e Segurança		
PA_01C_PR01_01	Procedimento Barreiras de comunicação com cliente		
PA_01C_PR02_01	Procedimento Representante legal		
PA_01D_PR01_01	Procedimento Organização dos Processos dos Clientes		
PA_01D_PR02_01	Procedimento Quebra de confidencialidade		
PA_01F_PR01_01	Procedimento Gestão de Parcerias		
PA_01F_IMP01	Protocolo de Parceria		
PS_1.1B_PR01_01	Procedimento Controlo de Documentos e Registos dos Registos		
PS_1.1B_IMP01	Listagem dos Documentos		
PS_1.1B_IMP02	Controlo de Documentos e Registos		
PS_1.1B_PR02_01	Procedimento Sistema de Segurança da Informação		
PS_1.1B_IT01_01	RGPD		
PS_1.1B_IT02_01	Normas Gráficas		
PS_1.1B_PR03_01	Procedimento Elaboração de Documentos		
PS_1.1B_IT03_01	Codificação de Documentos		
PS_1.2A_IT01_01	Informação afixada		
PS_1.4A_PR01_01	Procedimento Informação à Comunidade		

PS_02A_PR01_01	Procedimento_Elaboração de Horários		
PS_02B_PR01_01	Procedimento_Assiduidade		
PS_02C_PR01_01	Procedimento_Elaboração do Plano de Férias		
PS_02C_IMP01	Plano Anual de Férias		
PS_02D_PR01_01	Procedimento_Contratação de Recursos Humanos		
PG_01A_MAI_01	Manual de Acolhimento e Integração		
PS_02D_PR02_01	Procedimento_Organização Documental de RH		
PS_02D_IMP02	Perfil e responsabilidades do diretor técnico, de cada grupo profissional e de cada grupo de voluntários		
PS_02E_IMP01	Avaliação de Desempenho dos Profissionais		
PS_02E_PR01_01	Procedimento_Avaliação de Desempenho dos Profissionais		
PS_03A_PR01_01	Procedimento_Metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços		
PS_03A_PR02_01	Procedimento_Gestão de stocks		
PS_03A_PR03_01	Procedimento_Regras de Segurança dos Equipamentos		
PS_03A_IMP01	Regras de Segurança dos Equipamentos		
PS_03B_PR02_01	Procedimento_Materiais, Mobiliário e Equipamentos		
PS_03B_PR03_01	Procedimento_Processo de compra de produtos, equipamentos e serviços		
PS_03B_IMP01	Organização das instalações		
PS_03B_PR04_01	Procedimento_Registo de verificação/inspeção dos produtos e serviços		
PS_03C_IMP01	Inventário de Equipamentos		
PS_04A_IMP01	Relatório Financeiro		
PS_04B_PR01_01	Procedimento_Fundo de manei		
PS_04C_IMP01	Execução Orçamental		
PS_04C_PR01_01	Procedimento_Funções Financeiras e Contabilísticas		
PS_04D_PR01_01	Procedimento_Sistema de gestão de contas de devedores e de credores		
PS_5.1A_PR01_01	Procedimento_Sistema de Proteção e Segurança		
PS_5.1A_IT01_01	Plano operacional para a prevenção e controlo de roubos		
PS_5.1B_PR01_01	Procedimento_Proteção contra incêndios		
PS_5.1C_IT01_01	Manual de Primeiros Socorros		
PS_5.1C_IMP01	Mala de Primeiros Socorros		
PS_5.1E_IT01_01	Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção		
PS_5.1F_IT01_01	Plano de Manutenção das instalações		
PS_5.1G_IT01_01	Plano de Manutenção de Equipamentos		
PS_5.1G_IMP01	Impresso de Registos de Equipamentos		
PS_5.1H_PR01_01	Procedimento_Calibração de Equipamentos		
PS_5.1H_IT01_01	Plano de Calibração de Equipamentos		
PS_5.1J_PR01_01	Procedimento_Desempenho Ambiental		
PS_5.1K_PR01_01	Procedimento_Higienização dos Equipamentos da Cozinha		
PS_5.1K_PR02_01	Procedimento_Higienização e Arrumação das Instalações		
PS_5.1K_IT01_01	Plano de Limpeza		
PS_5.1K_IMP01	Registo de Higienização das Instalações		
PS_5.2A_IT01_01	Plano Operacional para a prevenção e controlo de fugas/aparecimento dos clientes		

PS_5.2A_PR01_01	Procedimento_Prevenção e controlo de fugas/aparecimento dos clientes		
PS_5.2B_PR01_01	Procedimento_Prevenção e atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos clientes		
PS_5.3A_PR01_01	Procedimento_Gestão da violência contra profissionais		
PS_5.3A_IT01_01	Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos profissionais		
PS_5.3B_PR01_01	Procedimento_Saúde, higiene e segurança no local de trabalho		
PS_06A_PR01_01	Procedimento_Formação dos Profissionais		
PS_06A_IMP01	Plano Anual de Formação		

ANEXO II - Referencial dos Requisitos da Segurança Social

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

REQUISITOS		DOCUMENTOS
CRITÉRIO 1 – Liderança, Planeamento e Estratégia		
a	Estão definidas as declarações da Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social?	PG.01A_MQ_01
b	A Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade são:	PG.01A_MQ_01
	São escritas em linguagem simples, clara, com caracteres facilmente legíveis e de modo a que os clientes entendam	
	Encontram-se expostas em lugar visível para os clientes, colaboradores e público em geral	
	Estão disponíveis permanentemente (p. e. em suporte informático e/ou papel) a todos os intervenientes (p. e. clientes, colaboradores, parceiros)	
c	Existe um organograma do Centro de Dia?	PG.02C_IMP01_01
d	Estão definidas as funções, responsabilidades e autonomia para cada nível de gestão?	PG.02D_IT01_01
e	Estão definidos os objetivos estratégicos e operacionais (Plano de Ação/Atividades) do Centro de Dia?	PG.01B_PA_01
f	Os objetivos do Centro de Dia são estabelecidos e revistas com base na análise de informação relevante, nomeadamente:	PG.01B_PA_01
	Orientações estratégicas	
	Resultados obtidos na prestação dos serviços	
	Relatórios de auditorias internas e externas	
	Relatórios de satisfação dos clientes, colaboradores e parceiros/comunidade	
	Orientações dos parceiros com quem o Centro de Dia se relaciona	
	Resultados das atividades de medição e monitorização dos processos	
	Reclamações e sugestões de melhoria	
	Ações de fiscalização	
g	Os objetivos operacionais são desdobrados em planos e atividades para cada serviço?	PG.01B_PA_01
h	Os serviços e colaboradores têm conhecimento dos objetivos, planos e atividades, da sua responsabilidade?	PG.01B_PR_01
i	Os objetivos, planos e atividades de cada serviço foram estabelecidos através de negociação interna com os colaboradores e em articulação com os clientes?	PG.01B_PR_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

j	São elaborados relatórios para verificar se estão a ser atingidos os objetivos definidos?	PG.01C_RA_01
k	Está estabelecida uma metodologia de comunicação dos objetivos estratégicos, planos e relatórios de atividade a todas as partes interessadas (p. e. clientes, família/pessoas significativas, colaboradores, parceiros)?	PG.01B_PR_01
l	Estão estabelecidos e são quantificados os objetivos da qualidade (p. e. redução do número de reclamações em x%, aumentar a satisfação do cliente em x%, obter a certificação em x tempo, aumentar o número de atividades que correspondem às necessidades individuais dos clientes em x%)?	PG.03A_IMP01_01
m	Está definido um Plano da Qualidade onde são identificados e planeados os recursos necessários, para atingir os objetivos da qualidade e ações de melhoria definidas?	PG.01A_MQ_01
n	O Plano da Qualidade é comunicado a todas as partes interessadas (colaboradores, clientes, família/pessoas significativas, parceiros)?	PG.01A_MQ_01
CRITÉRIO 2 - PESSOAS		
a	O Centro de Dia cumpre os requisitos legais aplicáveis à gestão e contratação de recursos humanos, nos termos do Código de Trabalho?	PS.02D_PR01_01
b	Está definido o perfil de cada grupo profissional?	PS.02D_IMP02_01
c	Está definido o perfil de cada grupo de voluntários?	PS.02D_IMP02_01
d	Estão definidas as funções e responsabilidades de cada colaborador (incluindo voluntários e estagiários)?	PS.02D_IMP02_01
e	Está definida a forma como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento dos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	PG.02D_IT01_01
f	Os colaboradores envolvidos na prestação dos diversos serviços estão qualificados para o desempenho das suas funções (incluindo voluntários e estagiários)?	PS.02D_IMP02_01
g	O Diretor técnico do Centro de Dia possui formação técnica e académica adequada e, preferencialmente, experiência profissional de relevo para o exercício da sua atividade?	PS.02D_IMP02_01
h	Está definida a metodologia para o recrutamento e seleção dos colaboradores?	PS.02D_PR01_01
i	O recrutamento é efetuado de acordo com os objetivos estratégicos	PS.02D_PR01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	do Centro de Dia?	
j	A metodologia de recrutamento contempla, nomeadamente, a realização de testes psicotécnicos?	PS.02D_PR01_01
k	Existe um manual de acolhimento e está definida a metodologia de integração de novos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	PG.01A_MAI_01
l	São definidos os objetivos de desempenho, quer individuais quer de equipa, através de negociação interna com todas as partes interessadas?	PS.02E_PR01_01
m	Está definida a metodologia de desenvolvimento profissional e avaliação de desempenho dos colaboradores e esta é conhecida e aceite pelos colaboradores?	PS.02E_PR01_01
n	A metodologia referente à avaliação de desempenho prevê um sistema de reconhecimento dos colaboradores?	PS.02E_PR01_01
o	Está definida uma metodologia para a identificação das necessidades de formação, elaboração do plano de formação e avaliação da eficácia da formação?	PS.06A_PR01_01
p	Existe evidência de que os colaboradores são incentivados a terem iniciativas e que participam em atividades de melhoria contínua?	PS.06A_PR01_01
q	Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos colaboradores? A metodologia estabelece:	PG.03C_IMP01_01
	Periodicidade (mínima anual)	
	Indicadores relacionados com a satisfação dos colaboradores	
	Sistemas de recolha de informação (p. e. questionários e entrevistas, reuniões ou sistema de sugestões)	
	Análise e tratamento dos dados recolhidos	
r	Na sequência da avaliação da satisfação dos colaboradores, são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e ações a serem tomadas?	PG.03C_PR01_01
s	Existe evidência de que as ações foram efetivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos colaboradores?	PG.03C_PR01_01
t	São estabelecidos seguros de acidentes no trabalho para os colaboradores (incluindo estagiários e voluntários)?	PS.5.3B_PR01_01
u	E promovida, de acordo com a legislação em vigor, a observação médica dos colaboradores? São mantidos registos médicos?	PS.5.3B_PR01_01
v	São promovidas periodicamente ações de gestão emocional dos colaboradores?	PS.5.3B_PR01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

w	São desenvolvidas ações de promoção da saúde mental dos colaboradores (p. e. sessões "outdoor", atividades de desenvolvimento pessoal, etc.)?	PS.5.3B_PR01_01
x	E promovida a avaliação psicológica de todos os colaboradores e, em caso de necessidade, é promovido o seu acompanhamento?	PS.5.3B_PR01_01
CRITÉRIO 3 - Parcerias e Recursos		
3.1. Gestão de Parceiras		
a	E realizado, periodicamente, um levantamento dos recursos existentes na comunidade?	PA.01F_PR01_01
b	São identificadas as entidades/organizações (p. e. autarquias, hospitais, centros de saúde, IPSS, associações recreativas e desportivas, bombeiros, PSP/GNR, escolas e universidades, autarquias, ONG, estâncias termas), com as quais se pode estabelecer parcerias?	PA.01F_PR01_01
c	Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias com as entidades/ organizações, de acordo com as necessidades a satisfazer e os objetivos	PA.01F_PR01_01
d	São estabelecidos protocolos com cada um dos parceiros e está definida a respetiva intervenção específica e duração?	PA.01F_PR01_01
e	Está definida a metodologia de participação dos parceiros na avaliação das necessidades do cliente?	PA.01F_PR01_01
f	Está definida a metodologia de participação dos parceiros no planeamento das atividades?	PA.01F_PR01_01
g	E realizada a avaliação periódica da participação dos parceiros relativamente aos protocolos estabelecidos?	PA.01F_PR01_01
h	São elaborados relatórios periódicos da intervenção dos parceiros na concretização dos objetivos estabelecidos?	PA.01F_PR01_01
i	Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos parceiros? A metodologia estabelece:	PG.03D_IMP01_01
	Periodicidade (mínima anual)	
	Indicadores relacionados com a satisfação dos parceiros	
	Sistemas de recolha de informação (p. e. questionários, entrevistas, reuniões) e o método de validação dos questionários	
	Análise e tratamento dos dados recolhidos	
j	Na sequência da avaliação da satisfação dos parceiros, são	PG.03D_PR01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	elaborados relatórios das conclusões, recomendações e ações a serem tomadas?	
k	Existe evidência de que as ações foram efetivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos parceiros?	PG.03D_PR01_01
3.2. Gestão de Recursos Financeiros		
a	E estabelecido anualmente um orçamento, de acordo com o Plano de Ação/Atividades a desenvolver?	PG.01B_PO_01
b	E elaborado periodicamente um relatório financeiro? O relatório inclui, nomeadamente:	PS.04A_IMP01_01
	Situação financeira atual	
	Previsão no final do ano	
	Balanço	
	Previsão de cash-flow	
c	Existe um registo atualizado da situação fiscal perante o Estado? O registo inclui, nomeadamente:	PS.04A_IMP01_01
	Situação de IRC	
	Situação de IVA	
	Pagamentos à Segurança Social e às Finanças	
d	Existem procedimentos documentados e atualizados para todas as funções financeiras e contabilísticas?	PS.04C_PR01_01
e	Esses procedimentos são revistos anualmente e sempre que necessário?	PS.04C_PR01_01
f	Existe um sistema para gestão das contas de devedores e de credores dentro dos objetivos do Centro de Dia? O sistema inclui por exemplo:	PS.04D_PR01_01
	Emissão periódica e atualizada de faturas	
	Análise dos prazos de cobrança	
	Procedimentos escritos para recuperação de créditos	
	Revisão dos créditos de cobrança duvidosa, pelo menos de seis em seis meses	
3.3. Gestão da Informação		
3.3.1. Informação e Comunicação com o Cliente		
a	Está definida a forma de identificação dos colaboradores que contactam com o cliente (presencial e telefónico)?	

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

b	Estão disponíveis em local bem visível e acessível, de acordo com a legislação em vigor:	PS.1.2A_IT01_01
	Nome do Diretor Técnico	
	Quadro de colaboradores e respetivos horários	
	Horário de funcionamento e das atividades	
	Regulamento interno (facultada cópia, quando solicitada)	
	Publicitação dos apoios financeiros da Segurança Social	
	Indicação da existência de Livro de reclamações	
	Mapa das ementas e dietas	
c	Sempre que solicitado, o cliente pode aceder à seguinte informação:	PG.01D_RI_01
	Metodologia de candidatura/admissão (facultada cópia, quando solicitada)	
	Metodologia de avaliação das necessidades do cliente	
	Metodologias de reclamações e sugestões	
	Regras em caso de ausências temporárias (p. e. férias, doença) dos clientes (facultada cópia, quando solicitada)	
	Regras e condições de acompanhamento ao exterior (facultada cópia, quando solicitada)	
	Identificação do(s) colaborador(es) de referência e seu(s) substituto(s)	
	Informação sobre a qualificação dos colaboradores	
	Identificação do responsável pelo acompanhamento e supervisão	
	Identificação dos colaboradores e dos parceiros intervenientes na prestação do serviço	
	Identificação das autoridades a contactar em caso de necessidade (p. e. INEM, Centro de Saúde, Bombeiros, autoridades policiais) (facultada cópia, quando solicitada)	
	Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos	
	Informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação das necessidades	
	Serviços disponíveis, preço e sua forma de atualização (facultada cópia, quando solicitada)	
	Tabela de comparticipações familiares e respetiva fórmula de cálculo (estabelecimento da rede solidária) ou mensalidade (estabelecimento da rede privada lucrativa) (facultada cópia, quando solicitada)	

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	Acordo de Cooperação (estabelecimento da rede solidária)	
	Organograma	
	Mapa de férias dos colaboradores	
	Processo individual	
	Minuta do contrato	
d	Em todos os contactos com o cliente é respeitada a etnia, cultura, religião, língua, sexo, idade, orientação sexual e estilo de vida?	PG.01D_RI_01
e	E considerado em todos os contactos com o cliente, o respeito pela sua privacidade e dignidade?	PG.01D_RI_01
f	E assegurada a confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pelo cliente?	PG.01D_RI_01
g	Existe um procedimento documentado que estabeleça as ações a implementar, em caso de quebra de confidencialidade?	PA.01D_PR02_01
h	Na avaliação inicial são identificadas as necessidades/dificuldades específicas na comunicação com o cliente?	PA.01C_PR01_01
i	Quando identificada a necessidade/dificuldade (p. e., surdez, cegueira, demência), são disponibilizados os meios facilitadores para a comunicação com o cliente?	PA.01C_PR01_01
j	Está estabelecido um sistema que permita ao cliente, a apresentação de ideias, sugestões (p. e. caixa de sugestões, reuniões com o cliente)?	PG.01F_PR02_01
k	Está definida uma metodologia para o tratamento das sugestões de melhoria?	PG.01F_PR02_01
l	A metodologia de recolha de informação e de apresentação de ideias é comunicada a todas as partes interessadas (p. e. colaboradores, cliente, parceiros)?	PG.01D_RI_01
m	São divulgados ao cliente os resultados da implementação das sugestões de melhoria?	PG.01F_PR02_01
3.3.2. Reclamações		
a	Existe um Livro de Reclamações?	PG.01F_PR01_01
b	Está definida uma metodologia de gestão de todas as reclamações escritas ou verbais (p. e. receção, análise, resolução e tratamento de reclamações)?	PG.01F_PR01_01
c	O cliente é informado em cada fase do tratamento da sua reclamação?	PG.01F_PR01_01
d	São efetuados registos de todas as reclamações, bem como das ações necessárias relativas ao seu tratamento?	PG.01F_PR01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

e	Dado o caso, os registos das reclamações fazem parte integrante do processo individual do cliente?	PG.01F_PR01_01
3.3.3. Informação e Comunicação Interna		
a	Os responsáveis pela prestação direta e indireta dos serviços ao cliente (p. e. cozinha, lavandaria) recebem, em tempo útil, a informação necessária ao desempenho das suas funções?	
b	Está definido um sistema de organização do fluxo de informação interna e externa?	PG.01A_MA_01
c	Está estabelecido um sistema (p. e. livro de ocorrências) que assegure a transmissão diária de informação (p. e. informação entre turnos) relevante sobre o cliente, entre colaboradores do Centro de Dia e entre estes e os serviços externos que prestam serviços? O registo de informação faz parte do processo individual do cliente?	PG.02A_PR01_01
d	São realizadas periodicamente (p. e. mensal) reuniões da equipa técnica (colaboradores e coordenação) para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação dos serviços, troca de informação relevante sobre o cliente, definição de formas de atuação e prevenção de situações anómalas detetadas?	PG.02B_PR01_01
e	E promovida a participação dos colaboradores externos nas reuniões?	PG.02B_PR01_01
f	São realizadas periodicamente (p. e. semestral) reuniões entre a equipa técnica e a gestão, para análise de informação e dos resultados obtidos?	PG.02B_PR01_01
g	São elaborados resumos/atas das decisões tomadas em reunião? Estes resumos/atas estão disponíveis?	
h	São identificados, de forma regular, sistemas que permitam uma melhoria do nível de qualidade, rapidez e precisão da informação, tendo em conta o desenvolvimento de novas tecnologias de informação?	
3.3.4. Registos		
a	E cumprida a legislação relativa à proteção de dados pessoais?	PS.1.1B_IT01_01
b	Está definido um procedimento documentado para controlo dos registos, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e as responsabilidades para:	PS.1.1B_PR01_01
	Identificação (agregação dos registos de forma a serem facilmente identificados)	

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	Arquivo (suporte e condições de armazenamento em locais próprios e seguros que garantam a sua confidencialidade)	
	Recuperação (fácil acesso ao pessoal autorizado)	
	Proteção (condições de arquivo que não permitam a sua degradação)	
	Tempo de retenção	
	Eliminação	
c	Está elaborada e atualizada uma lista de todos os registos?	PS.1.1B_IMP01_01
3.3.5. Gestão dos Documentos e Dados		
a	Está definido um procedimento documentado para a gestão dos documentos e dados, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e responsabilidades para:	PS.1.1B_PR01_01
	Elaboração, aprovação, edição, revisão e distribuição dos documentos	
	Segregação dos documentos obsoletos	
	Controlo da documentação de origem externa	
b	Está estabelecido um sistema de segurança da informação (p. e. passwords, backups, arquivo com acesso condicionado)?	PS.1.1B_PR02_01
3.4. Gestão das Instalações, Equipamentos e Materiais		
3.4.1. Instalações		
a	E cumprida a legislação relativa às condições de acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada?	PG.01D_RI_01
b	E cumprida a legislação relativamente às condições de instalação e funcionamento do Centro de Dia?	PG.01D_RI_01
c	E elaborado um plano de manutenção das instalações?	PS.5.1F_IT01_01
d	Estão definidos planos de limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações, arrumação dos espaços e sua periodicidade?	PS.5.1K_IT01_01
e	Estão definidos os responsáveis pela limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações e arrumação dos espaços?	PS.5.1K_PR02_01
f	São mantidos registos, datados e assinados, relativos à realização da limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações e arrumação dos espaços?	PS.5.1K_IMP01_01
3.4.2. Equipamentos		
a	Estão identificados os equipamentos (p. e. viaturas de transporte coletivo, equipamentos de cozinha, equipamento de refrigeração	PS.03C_IMP01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	dos alimentos, material das atividades ocupacionais, ajudas técnicas/produtos/tecnologias de apoio, geradores elétricos de emergência, caldeiras) utilizados pelo Centro de Dia?	
b	Os equipamentos cumprem a legislação aplicável?	PS.03C_IMP01_01
c	E elaborada uma ficha/registo com a sua caracterização, fornecedor e contacto em caso de avaria?	PS.5.1G_IMP01_01
d	Está definido um plano de manutenção e verificação regular dos equipamentos (p. e. viaturas, equipamentos de cozinha)?	PS.5.1G_IT01_01
e	Está definido um plano de limpeza e desinfeção diária, dos equipamentos da cozinha (p. e. grelhadores, fornos)?	PS.5.1K_PR01_01
f	As regras de segurança dos equipamentos estão afixadas em local visível e estão explicitadas com caracteres facilmente legíveis?	PS.03A_PR03_01
g	São identificados os dispositivos de medição que necessitam de calibração (p. e. termómetros)?	PS.5.1H_PR01_01
h	Estão identificados quanto ao seu estado de calibração?	PS.5.1H_PR01_01
i	E elaborado um plano de calibração para estes dispositivos?	PS.5.1H_IT01_01
j	São mantidos registos, datados e assinados, relativos à manutenção, intervenções, calibrações e verificações dos equipamentos?	PS.5.1H_PR01_01
3.4.3. Materiais		
a	Está definida uma metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços? Nomeadamente para os seguintes produtos:	PS.03A_PR01_01
	Alimentos	
	Medicamentos	
	Consumíveis para prestação de serviços, produtos de limpeza, material de higiene pessoal	
b	Os materiais e mobiliário cumprem a legislação e normas técnicas aplicáveis?	PS.03B_PR02_01
c	A zona de armazenamento dos alimentos (despensa de alimentos, arcas congeladoras e câmaras frigoríficas) está separada das zonas de armazenagem de produtos de limpeza ou químicos, zona para vasilhame e zona para o depósito do lixo?	PS.03A_PR01_01
d	Os níveis dos stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados?	PS.03A_PR02_01
e	A segurança dos stocks de materiais é controlada e regularmente monitorizada?	PS.03A_PR02_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

f	Estão definidos os métodos e os responsáveis, pelo processo de compra de produtos, equipamentos e serviços (p. e. lavandaria, manutenção, catering, transporte, formação, animação)?	PS.03B_PR03_01
g	Os documentos de compra especificam claramente os requisitos/características dos produtos e serviços a adquirir?	PS.03B_PR03_01
h	Estão definidos os métodos e os responsáveis pela verificação/inspeção dos produtos (p. e. géneros alimentícios) e serviços adquiridos (p. e. transporte, lavandaria, catering)?	PS.03B_PR03_01
i	São mantidos registos, datados e assinados, relativos à verificação/inspeção dos produtos e serviços adquiridos?	PS.03B_PR04_01
j	Está definida a metodologia para avaliação e seleção periódica dos fornecedores de produtos e/ou serviços?	PS.03B_PR03_01
k	Existe uma lista dos fornecedores selecionados?	PS.03B_PR03_01
3.5. Segurança		
a	No Centro de Dia existe um sistema de deteção contra intrusão e de vigilância, devidamente autorizado pelas autoridades competentes?	PS.5.1A_PR01_01
b	A central do sistema está ligada à PSP ou a empresa de segurança?	PS.5.1A_PR01_01
c	Está estabelecida uma metodologia para:	PS.5.1A_PR01_01
	Controlo dos acessos exterior e interior ao edifício	
	Identificação, proteção e segurança dos bens do cliente	
	Controlo de chaveiros e aspetos relacionados	
	Articulação com autoridades policiais e número de urgência (p. e. bombeiros, 112)	
d	Estão estabelecidos planos operacionais para a prevenção e controlo de:	
	Surtos de infeção	PS.5.1E_IT01_01
	Violência	PS.5.3A_PR01_01
	Fuga/desaparecimento	PS.5.2A_IT01_01
	Roubo	PS.5.1A_IT01_01
e	Em casos de surtos de infeção está prevista a existência de zonas de isolamento?	PS.5.1E_IT01_01
f	Estão definidas as formas de atuação, em situação de emergência (p. e. acidentes, hemorragias, epilepsia)?	PS.5.1C_IT01_01
g	Existe e está acessível o equipamento necessário à prestação de primeiros socorros (p. e. kit de emergência, caixa de primeiros socorros)?	PS.5.1C_IMP01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

3.5.1. Situações de Negligência, Abusos e Maus-Tratos		
a	Está definida uma política para a garantia dos direitos dos clientes que promova o seu bem-estar e desenvolvimento global?	PG.01D_RI_01
b	Está definida uma metodologia para a prevenção e gestão de situações de negligência, abusos e maus-tratos? A metodologia contempla a forma de atuação e de informação às autoridades competentes das situações de negligência, abusos e maus-tratos, nomeadamente:	PS.5.2B_PR01_01
	Quando o cliente é vítima de situações de negligência, violência física, psíquica e verbal, por parte dos colaboradores	
	Na gestão de situações de conflito entre os clientes	
	Quando é detetado que os clientes são vítimas de maus-tratos, por parte de familiar/pessoa significativa ou outros	
	Quando o colaborador é vítima de situações de violência física, psíquica e/ou verbal, por parte dos clientes e/ ou familiar/pessoa significativa	
3.5.2. Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho		
a	E cumprida a legislação relativa às condições de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho?	PS.5.3B_PR01_01
3.5.3. Segurança contra Incêndios		
a	E cumprida a legislação relativa à Segurança Contra Incêndios, nomeadamente:	PS.5.1B_PR01_01
	Efetuem-se exercícios práticos de simulações de incêndio, envolvendo os colaboradores e os clientes	
	Todas as simulações são avaliadas e é elaborado um relatório escrito	
	Estão estabelecidas regras para a evacuação de pessoas (colaboradores, clientes, visitantes) que necessitem de ser transportados	
	Existe um sistema de deteção contra incêndios	
b	O sistema de deteção contra incêndios está ligado à rede de bombeiros?	PS.5.1B_PR01_01
CRITÉRIO 4 - Processos		

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

CRITÉRIO 5 – Resultados Clientes		
a	Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação dos clientes relativamente a:	PG.03B_IMP01_01
	Satisfação global	
	Cortesia e igualdade de tratamento	
	Recetividade	
	Acessibilidade	
	Profissionalismo	
	Comunicação e Informação	
	Flexibilidade	
	Recolha de sugestões	
	Tratamento das reclamações	
	Comportamento dos colaboradores	
	Participação do responsável legal/familiar/pessoa significativa	
	Prestação dos serviços	
	Relação entre o Centro de Dia e os diversos intervenientes	
b	Existem indicadores de resultados relativos à avaliação de outros aspetos relacionados indiretamente com a satisfação dos clientes, tais como:	PG.03B_IMP01_01
	Número de reclamações e respetivo tratamento	
	Tempo médio de resposta às reclamações	
	Número de ações de formação para melhoria da comunicação com o cliente	
	Número de ações para envolvimento dos clientes na melhoria dos processos e serviços	
	Número de sugestões recebidas e adotadas	
	Compromissos com a qualidade (cartas da qualidade)	
	Número de ações para melhorar o rigor e a transparência da informação	
c	Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?	PG.03B_PR01_01
d	Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização (benchmarking)?	PG.03B_PR01_01
e	Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes e das ações implementadas estão disponíveis e são do conhecimento de todas	PG.03B_PR01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	as partes interessadas?	
CRITÉRIO 6 – Resultados Pessoas		
a	Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação e motivação dos colaboradores, relativamente a aspetos da gestão do Centro de Dia, tais como:	PG.03C_IMP01_01
	Ambiente de trabalho	
	Condições de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho	
	Informação/Comunicação	
	Perspetivas de carreira	
	Sistemas de avaliação	
	Sistemas de reconhecimento	
	Formação	
	Satisfação geral	
	Motivação	
b	Existem indicadores de resultados relativos à avaliação de outros aspetos relacionados indiretamente com a satisfação dos colaboradores, tais como:	PG.03C_PR01_01
	Níveis de absentismo ou doença	
	Rotatividade do pessoal	
	Número de horas de formação	
	Número de promoções internas	
c	Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?	PG.03C_PR01_01
d	Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização (benchmarking)?	PG.03C_PR01_01
e	Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores estão disponíveis e são do conhecimento de todos os colaboradores?	PG.03C_PR01_01
CRITÉRIO 7 – Resultados Sociedade		
7.1. Desempenho Social		
a	E divulgada à comunidade informação sobre as atividades do Centro de Dia?	PS.1.4A_PR01_01
b	Estão estabelecidas formas de participação da comunidade, nas	PS.1.4A_PR01_01

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	atividades do Centro de Dia? Tais como:	
	Plenários	
	Reuniões temáticas	
	Festas comemorativas	
	Cursos de formação	
	Planeamento das atividades	
	Execução das atividades	
	Emissão de sugestões para melhoria do funcionamento	
c	São desenvolvidas ações que promovam o envolvimento do Centro de Dia, na comunidade, nomeadamente através do apoio (p. e. financeiro ou outro) a atividades locais e sociais?	PS.1.4A_PR01_01
d	Estão desenvolvidas formas específicas de apoio (p. e. proporcionar estágios, oferta de emprego)?	PS.1.4A_PR01_01
e	Existem dados concretos, sobre a opinião que a comunidade envolvente tem sobre o Centro de Dia, nomeadamente:	PS.1.4A_PR01_01
	Importância para a população	
	Relação com a população envolvente	
	Oferta de emprego, estágios	
	Impacto do Centro de Dia na melhoria da qualidade de vida da comunidade	
	Grau de satisfação	
7.2. Desempenho Ambiental		
a	Está definida uma política ambiental e existem resultados relativos ao desempenho ambiental, relativos nomeadamente a:	PS.5.1J_PR01_01
	Redução de desperdícios	
	Utilização de materiais reciclados	
	Medidas de reciclagem de materiais	
	Medidas de poupança de energia	
	Utilização de energias renováveis	
	Grau de compromisso com padrões ambientais	
CRITÉRIO 8 – Resultados Chave do Desempenho		
a	Existem resultados que evidenciem o desempenho do Centro de Dia, face aos objetivos estabelecidos, nomeadamente:	PG.03A_IMP01_01
	Resultados de desempenho dos processos chave	

	PROCESSO DE SUPORTE		
	REFERENCIAL REQUISITOS DA SEGURANÇA SOCIAL		
	PG_02C_IMP02	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

	Impacto na promoção da autonomia do cliente	
	Resultados de auditorias internas e externas	
	Resultados de inspeções	
	Satisfação dos parceiros	
	Melhor utilização das tecnologias de informação	
	Envolvimento das partes interessadas	
b	Existem resultados relativos ao desempenho financeiro do Centro de Dia, nomeadamente:	PG.03A_IMP01_01
	Grau de execução orçamental	
	Grau de realização dos objetivos financeiros	
	Resultados de auditorias financeiras	
c	Os resultados de desempenho chave são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?	PG.03A_IMP01_01
d	Os resultados de desempenho chave são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização (benchmarking)?	PG.03A_IMP01_01

|

ANEXO III - Documento-orientador



DOCUMENTO	REQUISITOS
~~Procedimento de Reclamações~~	- Existência de livro de reclamações - Metodologia de gestão de todas as reclamações escritas ou verbais (p. e. receção, análise, resolução e tratamento de reclamações) - Informação ao cliente em cada fase do tratamento da sua reclamação - Registos de todas as reclamações, bem como das ações necessárias relativas ao seu tratamento Dado o caso, os registos das reclamações fazem parte integrante do processo individual do cliente
~~Procedimento de Sugestões~~	- Está estabelecido um sistema que permite ao cliente a apresentação de ideias, sugestões (p. e. Caixa de sugestões, reuniões com clientes) - Está definida uma metodologia para o tratamento de melhorias
~~Procedimento de Direitos e Deveres dos Clientes~~	Definição de política que garanta os direitos dos clientes que promova o seu bem-estar e desenvolvimento global
Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social	- Escrito em linguagem simples, clara, com caracteres facilmente legíveis e de modo a que os clientes entendam - Expostos em lugar visível para os clientes, colaboradores e público em geral - Disponíveis permanentemente (p. e. suporte informático e/ou papel) a todos os intervenientes - Plano de Qualidade onde são identificados e planeados os recursos necessários para atingir os objetivos da qualidade e ações de melhoria definidos

ALZHEIMER PORTUGAL

Delegação Norte: Centro de Dia «Memória de Mim», Rua do Farol Nascente nº 47A R/C 4455-301 Laura
 Telefone: 229 260 912 | 226 066 863 | E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org

Sede: Av. Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro - 1300-125 Lisboa

Telefone: +351 213 610 460 | E-mail: info@alzheimerportugal.org

www.alzheimerportugal.org | www.amigosnademençia.org

facebook.com/alzheimerportugal.org | instagram.com/alzheimerportugal | twitter.com/alzheimerpt

	seguros que garantam a sua confidencialidade) ✓ Recuperação (fácil acesso ao pessoal autorizado) ✓ Proteção (condições de arquivo que não permitam a sua degradação) ✓ Tempo de retenção ✓ Eliminação • Estabelecer critérios, métodos e responsabilidades para: ✓ Elaboração, aprovação, edição, revisão e distribuição dos documentos ✓ Segregação dos documentos obsoletos ✓ Controlo da documentação de origem externa
~~Procedimento Sistema de segurança da informação~~	• Está estabelecido um sistema de segurança da informação (p. e. passwords, backups, arquivo com acesso condicionado)
~~Procedimento Metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços~~	• Definição de metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços, nomeadamente: ✓ Alimentos ✓ Medicamentos ✓ Consumíveis para prestação de serviços, produtos de limpeza, material de higiene pessoal
~~Procedimento Gestão de Stocks~~	• Os níveis de stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados • Segurança dos stocks de materiais é controlada e regularmente monitorizada

ALZHEIMER PORTUGAL

Delegação Norte: Centro de Dia «Memória de Mim», Rua do Farol Nascente nº 47A R/C 4455-301 Lavra
 Telefone: 229 260 912 | 226 066 863 | E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org
 Sede: Av. Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro - 1300-125 Lisboa
 Telefone: +351 213 610 460 | E-mail: info@alzheimerportugal.org
www.alzheimerportugal.org | www.amigosdemenencia.org
facebook.com/alzheimerportugal.org | instagram.com/alzheimerportugal | twitter.com/alzheimerpt

~~Procedimento~~ Processo de compra de produtos, equipamentos e serviços	Definição dos métodos e responsáveis pelo processo de compra de produtos, equipamentos e serviços (p. e. Lavandaria, manutenção, catering, transporte, formação, animação)
~~Procedimento~~ Sistema de Proteção e Segurança	- Existência de sistema de deteção contra intrusão e de vigilância, devidamente autorizado pelas autoridades competentes - A central de segurança está ligada à PSP ou a empresa de segurança - Estabelecimento de metodologia para: ✓ Controlo dos acessos exterior e interior ao edifício ✓ Identificação, proteção e segurança dos bens do cliente ✓ Controlo de chaveiros e aspetos relacionados ✓ Articulação com autoridades policiais e número de urgência (p. e. bombeiros, 112) - Plano operacional para a prevenção e controlo de roubos
~~Procedimento~~ Proteção contra incêndios	- Cumprimento da legislação relativa à segurança contra incêndios, nomeadamente: ✓ Efetuam-se exercícios práticos de simulações de incêndio, envolvendo os colaboradores e os clientes ✓ Todas as simulações são avaliadas e é elaborado um relatório escrito ✓ Estão estabelecidas regras para a evacuação de pessoas (colaboradores, clientes, visitantes) que necessitam de ser transportados ✓ Existe um sistema de deteção de incêndios

ALZHEIMER PORTUGAL

Delegação Norte: Centro de Dia «Memória de Mim», Rua do Farol Nascente nº 47A R/C 4455-301 Lavra

Telefone: 229 260 912 | 226 066 863 | E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org

Sede: Av. Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro - 1300-125 Lisboa

Telefone: +351 213 610 460 | E-mail: info@alzheimerportugal.org

www.alzheimerportugal.org | www.amigosnademenia.org

facebook.com/alzheimerportugal.org | instagram.com/alzheimerportugal | twitter.com/alzheimerpt

	✓ Sistema de deteção contra incêndios está ligado à rede de bombeiros (B)
Plano de Manutenção de Equipamentos	• Elaboração de ficha/registo com a caracterização, fornecedor e contacto em caso de avaria • Plano de manutenção e verificação regular dos equipamento (p. e. viaturas, equipamentos da cozinha)
Procedimento Calibração de Equipamentos	• Identificação dos dispositivos de medição que necessitam de calibração (p. e. termómetros) • Identificação quanto ao seu estado de calibração • Elaboração de plano de calibração para estes dispositivos • Registos, datados e assinados, relativos à manutenção, intervenções, calibrações e verificações dos equipamentos
Procedimento Desempenho Ambiental	• Definição de política ambiental e existência de resultados relativos ao desempenho ambiental relativos, nomeadamente, a: ✓ Redução dos desperdícios ✓ Utilização de materiais reciclados ✓ Medidas de reciclagem de materiais ✓ Medidas de poupança de energia ✓ Utilização de energias renováveis ✓ Grau de compromisso com padrões ambientais
Procedimento Higienização e Arrumação das Instalações	• Definição de plano de limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações, arrumação dos espaços e sua periodicidade • Definição dos responsáveis pela limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações, arrumação dos espaços

ALZHEIMER PORTUGAL

Delegação Norte: Centro de Dia «Memória de Mim», Rua do Farol Nascente nº 47A R/C 4455-301 Lavra

Telefone: 229 260 912 | 226 066 863 | E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org

Sede: Av. Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro - 1300-125 Lisboa

Telefone: +351 213 610 460 | E-mail: info@alzheimerportugal.org

www.alzheimerportugal.org | www.amigosnademencia.org

facebook.com/alzheimerportugal.org | instagram.com/alzheimer_portugal | twitter.com/alzheimerpt

	São mantidos registos, datados e assinados, relativos à realização da limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações, arrumação dos espaços
~~Procedimento~~ Prevenção e atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos clientes	- Definição de metodologia para a prevenção e gestão de situações de negligência, abusos e maus-tratos com os clientes - Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos - Metodologia contempla a forma de atuação e de informação às autoridades competentes das situações de negligência, abusos e maus-tratos, nomeadamente: ✓ Quando o cliente é vítima de situações de negligência, violência física, psíquica e verbal por parte dos colaboradores ✓ Na gestão de situações de conflito entre clientes ✓ Quando é ~~detectado~~ que os clientes são vítimas de maus-tratos por parte de familiares/pessoa significativa ou outros
~~Procedimento~~ Gestão da violência contra profissionais	- Definição de metodologia para a prevenção e gestão de situações de negligência, abusos e maus-tratos com os profissionais - Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos - Quando o colaborador é vítima de situações de violência física, psíquica e/ou verbal por parte de clientes e/ou familiar/pessoa significativa
~~Procedimento~~ Formação dos Profissionais	- Definição de metodologia para: ✓ Identificação das necessidades de formação ✓ Elaboração do plano de formação

ALZHEIMER PORTUGAL

Delegação Norte: Centro de Dia «Memória de Mim», Rua do Farol Nascente nº 47A R/C 4455-301 Lavra

Telefone: 229 260 912 | 226 066 863 | E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org

Sede: Av. Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro - 1300-125 Lisboa

Telefone: +351 213 610 460 | E-mail: info@alzheimerportugal.org

www.alzheimerportugal.org | www.amigosnademenca.org
facebook.com/alzheimerportugal.org | instagram.com/alzheimer_portugal | twitter.com/alzheimerpt



	✓ Avaliação da eficácia da formação
--	-------------------------------------

ALZHEIMER PORTUGAL

Delegação Norte: Centro de Dia «Memória de Mim», Rua do Farol Nascente nº 47A R/C 4455-301 Lavra
Telefone: 229 260 912 | 226 066 863 | E-mail: geral.norte@alzheimerportugal.org

Sede: Av. Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro - 1300-125 Lisboa

Telefone: +351 213 610 460 | E-mail: info@alzheimerportugal.org

www.alzheimerportugal.org | www.amigosnademencia.org

facebook.com/alzheimerportugal.org | instagram.com/alzheimer_portugal | twitter.com/alzheimerpt

ANEXO IV - Matriz Documental



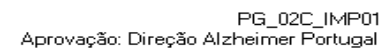
PROCESSO DE SUPORTE MATRIZ DOCUMENTAL

PG_02C_IMP01
Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

DATA: 01/06/2022				
1. Processos de Gestão				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
A	Instrumentos estratégicos (Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação)	C	Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social	PG_01A_MQ_01
			Manual de Qualidade	PS_1.2B_MAC_01
			Manual de Acolhimento ao Cliente	PG_01A_MA_01
			Manual de Articulação	PG_01B_PA_01
B	Plano de Atividades (PA)	C	Plano de Atividades	PG_01B_PA_01
			Procedimento_Plano de Atividades	PG_01B_PR_01
			Plano orçamental	PG_01B_PO_01
C	Relatório de Atividades (RA)	C	Relatório de Atividades	PG_01C_RA_01
D	Regulamento Interno (RI)	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Manual de Procedimentos (MP)	A	Procedimento_Avaliação das necessidades do cliente	PG_01E_PR01_01
F	Reclamações, sugestões e elogios	C	Procedimento_Reclamações	PG_01F_PR01_01
			Procedimento_Sugestões	PG_01F_PR02_01
2. Profissionais				
A	Suporte de registo de ocorrências	C	Procedimento_Livro de ocorrências	PG_02A_PR01_01
B	Departamento de Gestão da Qualidade		Departamento de Gestão da Qualidade	PG_02B_IMP01
C	Documentos Orientadores		Matriz Documental	PG_02C_IMP01
			Listagem requisitos Segurança Social	PG_02C_IMP02
D	Reuniões periódicas da equipa técnica	C	Procedimento_Reuniões da Equipa Técnica	PG_02D_PR01_01
			Atas das reuniões	
E	Organização matricial	C	Organograma	PG_02E_IMP01
			Quadro de colaboradores e respetivos horários	PG_02E_IMP02
F	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	C	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	PG_02F_IT01_01

DATA: 01/06/2022				
1. Processos de Gestão				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
A	Instrumentos estratégicos (Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação)	C	Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social Manual de Qualidade Manual de Acolhimento ao Cliente Manual de Articulação	PG_01A_MQ_01 PS_1.2B_MAC_01 PG_01A_MA_01
B	Plano de Atividades (PA)	C	Plano de Atividades Procedimento_Plano de Atividades Plano orçamental	PG_01B_PA_01 PG_01B_PR_01 PG_01B_PO_01
C	Relatório de Atividades (RA)	C	Relatório de Atividades	PG_01C_RA_01
D	Regulamento Interno (RI)	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Manual de Procedimentos (MP)	A	Procedimento_Avaliação das necessidades do cliente	PG_01E_PR01_01
F	Reclamações, sugestões e elogios	C	Procedimento_Reclamações Procedimento_Sugestões	PG_01F_PR01_01 PG_01F_PR02_01
2. Profissionais				
A	Suporte de registo de ocorrências	C	Procedimento_Livro de ocorrências	PG_02A_PR01_01
B	Departamento de Gestão da Qualidade		Departamento de Gestão da Qualidade	PG_02B_IMP01
C	Documentos Orientadores		Matriz Documental Listagem requisitos Segurança Social	PG_02C_IMP01 PG_02C_IMP02
D	Reuniões periódicas da equipa técnica	C	Procedimento_Reuniões da Equipa Técnica Atas das reuniões	PG_02D_PR01_01
E	Organização matricial	C	Organograma Quadro de colaboradores e respetivos horários	PG_02E_IMP01 PG_02E_IMP02
F	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	C	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	PG_02F_IT01_01

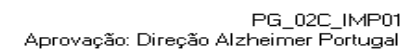
78

[illegible]

DATA: 01/06/2022				
3. Processos de Suporte				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Gestão da Informação e Comunicação				
1.1. Entre Profissionais				
A	Partilha da informação e eficácia na comunicação	C	Manual de Articulação	PG_01A_MA_01
B	Elaboração e gestão da documentação e informação	C	Procedimento_Controlo de Documentos e Registos	PS_1.1B_PR01_01
			Listagem dos Documentos	PS_1.1B_IMP01
			Controlo de Documentos e Registos	PS_1.1B_IMP02
			Procedimento_Sistema de segurança da informação	PS_1.1B_PR02_01
			RGPD	PS_1.1B_IT01_01
			Normas Gráficas	PS_1.1B_IT02_01
			Codificação de Documentos	PS_1.1B_IT03_01
1.2. Com o Cliente				
A	Informação afixada	C	Informação afixada	PS_1.2A_IT01_01
B	Guia de acolhimento		Manual de Acolhimento do Cliente	PS_1.2B_MAC_01
1.3. Com a Direção				
A	Manual de Articulação		Manual de Articulação	PG_01A_MA_01
1.4. Com a Comunidade				
A	Garantir canal de comunicação com a comunidade	A	Procedimento_Informação à comunidade	PS_1.4A_PR01_01
2. Recursos Humanos				
A	Horários	C	Procedimento_Elaboração de horários	PS_02A_PR01_01
B	Assiduidade	C	Procedimento_Assiduidade	PS_02B_PR01_01
C	Plano de férias	C	Procedimento_Elaboração do plano de férias	PS_02C_PR01_01
			Plano anual de férias	PS_02C_IMP01
		B	Procedimento_Contratação de Recursos Humanos	PS_02D_PR01_01
			Manual de Acolhimento e Integração	PG_01A_MAI_01

D	Documentação relativa a RH	C	Procedimento_Organização documental de RH	PS_02D_PR02_01
		C	Definição do perfil de cada grupo profissional	PS_02D_IMP02
		C	Definição do perfil de cada grupo de voluntários	PS_02D_IMP02
		C	Definição do perfil do diretor técnico	PS_02D_IMP02
E	Avaliação do desempenho dos profissionais	B	Objetivos de desempenho, quer individuais quer da equipa	PS_02E_IMP01
			Metodologia de desenvolvimento profissional e avaliação de desempenho dos colaboradores	PS_02E_PR01_01
3. Aprovisionamento				
A	Gestão de stocks	B	Procedimento_Metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços	PS_03A_PR01_01
			C	Procedimento_Gestão de Stocks
		Procedimento_Regras de Segurança dos Equipamentos		PS_03A_PR03_01
		Regras de Segurança dos Equipamentos		PS_03A_IMP01
B	Gestão de equipamentos e instalações	C	Procedimento_Materiais, Mobiliário e Equipamentos	PS_03B_PR02_01
			Procedimento_Processo de compra de produtos, equipamentos e serviços	PS_03B_PR03_01
			Documentos de compra	
			Organização das instalações	PS_03B_IMP01
			Procedimento_Registo de verificação/inspeção dos produtos e serviços	PS_03B_PR04_01
C	Inventário	B	Inventário de Equipamentos	PS_03C_IMP01
4. Gestão Financeira				
A	Relatório financeiro	C	Relatório Financeiro	PS_04A_IMP01
B	Fundo de maneio		Procedimento_Fundo de maneio	PS_04B_PR01_01
C	Funções financeiras e contabilísticas	C	Execução orçamental	PS_04C_IMP01
D	Sistema de gestão de contas de devedores e de credores	C	Procedimento_Sistema de gestão de contas de devedores e de credores	PS_04D_PR01_01
5. Segurança				
5.1. Gestão do Risco				
A	Sistema de proteção e segurança	C	Procedimento_Sistema de Proteção e Segurança	PS_5.1A_PR01_01
			Plano operacional para a prevenção e controlo de roubos	PS_5.1A_IT01_01
B	Proteção contra incêndio	C	Procedimento_Proteção contra incêndios	PS_5.1B_PR01_01

C	Atuação em situações de emergência	C	Manual de primeiros socorros	PS_5.1C_IT01_01
			Mala de Primeiros Socorros	PS_5.1C_IMP01
D	Acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Prevenção e controlo de infeção	C	Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção	PS_5.1E_IT01_01
F	Plano de manutenção das instalações	C	Plano de Manutenção das instalações	PS_5.1F_IT01_01
G	Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos	C	Plano de Manutenção de Equipamentos	PS_5.1G_IT01_01
			Impresso de Registos de Equipamentos	PS_5.1G_IMP01
H	Plano e certificados de calibração de equipamentos	C	Procedimento_Calibração de Equipamentos	PS_5.1H_PR01_01
			Plano de Calibração de Equipamentos	PS_5.1H_IT01_01
I	Adequação das instalações e estruturas físicas	C	Regulamento interno	PG_01D_RI_01
J	Desempenho ambiental	A	Procedimento_Desempenho Ambiental	PS_5.1J_PR01_01
K	Higienização adequada das instalações e equipamentos	C	Procedimento_Higienização dos Equipamentos da Cozinha	PS_5.1K_PR01_01
			Procedimento_Higienização e Arrumação das Instalações	PS_5.1K_PR02_01
			Plano de Limpeza	PS_5.1K_IT01_01
			Registo de Higienização das Instalações	PS_5.1K_IMP01
5.2. Segurança dos Clientes				
A	Identificação de riscos para a segurança do utente	C	Plano Operacional para a prevenção e controlo de fuga/desaparecimento dos clientes	PS_5.2A_IT01_01
			Procedimento_Prevenção e controlo de fuga/desaparecimento dos clientes	PS_5.2A_PR01_01
B	Negligência, abusos e maus-tratos	C	Procedimento_Prevenção e atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos clientes	PS_5.2B_PR01_01
5.3. Segurança dos Profissionais				
A	Gestão da violência	C	Procedimento_Gestão da violência contra profissionais	PS_5.3A_PR01_01
			Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos profissionais	PS_5.3A_IT01_01
B	Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	C	Seguros de acidentes de trabalho	
			Procedimento_Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	PS_5.3B_PR01_01

83

ANEXO V - Procedimento_ Controlo de Documentos e Registos

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS			
	PS_1.1B_PR01_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

I. OBJECTIVO E ÂMBITO

Assegurar que os dados se mantêm disponíveis e atualizados; que todos os documentos utilizados nas atividades são sujeitos a controlo de publicação, e que os registos e arquivos da qualidade são mantidos legíveis, prontamente identificáveis e recuperáveis.

Aplicável por todas as áreas da organização, em todos os documentos e dados cujo controlo se torne necessário para assegurar o funcionamento eficaz do Sistema de Gestão da Qualidade.

II. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

p. e. – por exemplo

Procedimento de Suporte (PS) – Documento de descreve um processo de suporte às atividades desenvolvidas.

Documento - Informação e respetivo meio de suporte. O meio de suporte pode ser papel, magnético, eletrónico ou disco ótico de computador, fotografia ou amostra de referência, ou uma das suas combinações. (NP EN ISO 9000:2005).

Manual da Qualidade (MQ) - Descreve todo o sistema de gestão da qualidade, estabelecendo a política de qualidade que a organização pretende desenvolver. Deve incluir: uma breve descrição da organização e dos produtos/serviços que oferece, os objetivos a alcançar em matéria de qualidade, as responsabilidades atribuídas e a autoridade das funções mais relevantes para a área da qualidade.

Procedimento (PR) - Descrição das atividades, que podem ser de dois tipos: de sistema ou operacionais. Os procedimentos de sistema estabelecem linhas de orientação e uma metodologia de atuação com vista ao cumprimento, por parte da organização, dos requisitos normativos da qualidade. Noutra perspetiva, os procedimentos operacionais detalham os procedimentos do sistema de forma a clarificar a sua aplicação. Os procedimentos são os meios utilizados pela organização para entender e implementar os processos.

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS			
	PS_1.1B_PR01_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

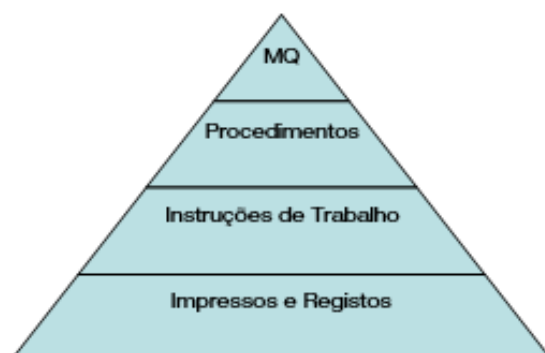
Instrução de Trabalho (IT) - Conjunto de documentos que descrevem detalhadamente a forma de realização de determinadas atividades. São exemplos: instruções de operação, manuais técnicos, cartas de trabalho, recomendações dos fabricantes, entre outros.

Impressos (IMP) - Documentos que expressam os resultados obtidos ou comprovam a realização das atividades.

III. DESCRIÇÃO

III. 1. Identificação

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade apresenta a seguinte hierarquia:



Os documentos do SGQ são identificados em termos do Processo em que estão inseridos, do título atribuído e de acordo com as regras de codificação expressas no documento PS_1.1B_IT02_01, Codificação de Documentos.

A listagem de todos os documentos do SGQ é apresentada no documento PS_1.1B_IMP01_01.

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS			
	PS_1.1B_PR01_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

III. 2. Informação constante dos Documentos

Em todas as páginas dos documentos existem as seguintes informações no cabeçalho:

- Logótipo;
- Identificação do Processo;
- Título do Documento;
- Codificação atribuída ao Documento;
- Versão;
- Data do documento;
- Aprovação;

Em rodapé deverá constar o nome da organização "Alzheimer Portugal" ou da valência à qual diz respeito o documento (p. e. "Alzheimer Portugal – Casa do Alecrim")

Todas as páginas deverão ser numeradas no final devendo constar a informação "Página atual/Número de páginas".

III. 3. Estrutura dos Documentos

Os Procedimentos e Instruções de Trabalho seguem a seguinte estrutura:

- I. Objetivo e Âmbito: Descrição do motivo de elaboração do documento e da aplicabilidade do mesmo
- II. Definições e Abreviaturas: Explicação do significado atribuído aos termos considerados chave para o documento e enumeração das abreviaturas utilizadas
- III. Descrição: Explicação do modo de executar as atividades e tarefas relativas ao âmbito de aplicação do documento, respetivas responsabilidades e registos gerados
- IV. Responsabilidades: Definição dos responsáveis pela elaboração, alteração, revisão, aprovação e arquivo do documento
- V. Referências: Esclarecimento de termos, conceitos, e interligações a outros

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS			
	PS_1.1B_PR01_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

documentos

VI. Identificação das alterações ao Documento: Enumeração das alterações efetuadas ao documento e autores das mesmas

Quando um dos pontos referidos não for aplicável, utiliza-se a expressão "Não Aplicável (NA)".

III. 4. Codificação dos Documentos

A codificação dos Documentos é a constante no documento PS_1.1B_IT02_01, Codificação de Documentos.

III. 5. Elaboração, Revisão e Aprovação dos Documentos

A elaboração (ou modificação), revisão e aprovação dos documentos tem como base a matriz seguinte:

	Manual da Qualidade	Procedimentos	Instrução de Trabalho	Impresso/ Registo
Elaboração/ Modificação	Responsável do SGQ	Responsável do SGQ e/ou colaboradores	Responsável do SGQ e/ou colaboradores	Responsável do SGQ e/ou colaboradores
Revisão	Responsável do SGQ	Responsável do SGQ	Responsável do SGQ	Responsável do SGQ
Aprovação	Direção	Direção	Direção	Direção

Todos os documentos constam da "Listagem de Documentos", PS_1.1B_IMP01_01. No caso de procedimentos e instruções de trabalho, está incluído a designação do documento, a codificação, versão e data que vai sendo atualizada, sempre que haja alterações. Os impressos não são alvo de revisão passando a obsoletos e consequente eliminação.

Sempre que é efetuada uma modificação a um documento do SGQ, altera a versão do

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS			
	PS_1.1B_PR01_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

mesmo.

A revisão dos documentos deverá ser feita anualmente ou em caso de necessidade urgente de alteração.

III. 6. Arquivo e período de retenção

Os registos e documentos relevantes para o sistema são conservados pelos respetivos gestores de processo, da forma e pelo período definido no documento PS_1.1B_IMP02_01 "Controlo de Documentos e Registos".

IV. RESPONSABILIDADES

Distinguem-se de seguida os responsáveis pelas fases:

Fase	Responsável
Criação do Documento	Colaborador
Aprovação do Documento	Direção
Codificação (identificação) do Documento	Responsável da Melhoria Contínua
Arquivamento e atualização do mapa de controlo de documentos	Responsável da Melhoria Contínua
Divulgação do Documento	Gabinete de Comunicação
Passagem a arquivo morto	Direção
Decisão de eliminação	Direção

V. REFERÊNCIAS

PG_01A_MQ_01 – Manual de Qualidade

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS			
	PS_1.1B_PR01_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

PS_1.1B_IMP01 – Listagem de Documentos

PS_1.1B_IT02_01 – Normas Gráficas

PS_1.1B_IT03_01 – Codificação de Documentos

VI. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

PROCESSO DE SUPORTE		
TÍTULO: Controlo de Documentos e Registos		
CODIFICAÇÃO: PS_1.1B_PR01_01		
VERSÃO: 01	EMIÇÃO: 01/06/2022	REVISÃO: 01/06/2023
AUTORES: Ana Taborda		
APROVAÇÃO: Direção da Alzheimer Portugal		
VERSÃO: 02	EMIÇÃO:	REVISÃO:
AUTORES:		
APROVAÇÃO:		
VERSÃO: 03	EMIÇÃO:	REVISÃO:
AUTORES:		
APROVAÇÃO:		

ANEXO VI - Impresso_ Controlo de Documentos e Registos



PROCESSO DE SUPORTE CONTROLO DE DOCUMENTOS E REGISTOS

PS_1.1B_IMP01_01
Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

DATA:		
CODIFICAÇÃO	DOCUMENTO	TEMPO DE RETENÇÃO
PG_01A_MQ_01	Manual da Qualidade	
PS_1.2B_GA_01	Guia de Acolhimento do Utente	
PG_01A_MAI_01	Manual de Articulação	
PG_01B_PA_01	Plano de Ação	
PG_01B_PR_01	Procedimento Plano de Ação	
PG_01B_PO_01	Plano Orçamental	
PG_01C_RA_01	Relatório de Atividades	
PG_01D_RI_01	Regulamento Interno	
PG_01E_PR01_01	Procedimento_Avaliação das Necessidades dos Clientes	
PG_01F_PR01_01	Procedimento Reclamações	
PG_01F_PR02_01	Procedimento Sugestões	
PG_02A_PR01_01	Procedimento Livro de Ocorrências	
PG_02D_PR01_01	Procedimento Reuniões da equipa técnica	
PG_02F_IT01_01	Responsabilidades dos Profissionais e Intersubstituição	
PG_03B_PR01_01	Procedimento Avaliação da Satisfação de clientes	
PG_03C_PR01_01	Procedimento_Avaliação da Satisfação de colaboradores	
PG_03D_PR01_01	Procedimento Avaliação da Satisfação de Parceiros	
PA_01C_PR01_01	Procedimento Barreiras de comunicação com cliente	
PA_01C_PR02_01	Procedimento Representante legal	
PA_01D_PR01_01	Procedimento Organização dos Processos dos Clientes	
PA_01D_PR02_01	Procedimento Quebra de confidencialidade	
PA_01F_PR01_01	Procedimento Gestão de Parcerias	
PS_1.1B_PR01_01	Procedimento Controlo de Documentos e Registos dos Registos	
PS_1.1B_PR02_01	Procedimento Sistema de Segurança da Informação	
PS_1.1B_IT01_01	RGPD	
PS_1.1B_IT02_01	Normas Gráficas	
PS_1.1B_PR03_01	Procedimento Elaboração de Documentos	
PS_1.1B_IT03_01	Codificação de Documentos	
PS_1.2A_IT01_01	Informação afixada	
PS_1.4A_PR01_01	Procedimento Informação à Comunidade	
PS_02A_PR01_01	Procedimento Elaboração de Horários	
PS_02B_PR01_01	Procedimento Assiduidade	
PS_02C_PR01_01	Procedimento Elaboração do Plano de Férias	
PS_02D_PR01_01	Procedimento Contratação de Recursos Humanos	
PG_01A_MAI_01	Manual de Acolhimento e Integração	
PS_02D_PR02_01	Procedimento Organização Documental de RH	
PS_02E_PR01_01	Procedimento_Avaliação de Desempenho dos Profissionais	
PS_03A_PR01_01	Procedimento Metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços	
PS_03A_PR02_01	Procedimento Gestão de stocks	
PS_03A_PR03_01	Procedimento Regras de Segurança dos Equipamentos	
PS_03B_PR02_01	Procedimento Materiais, Mobiliário e Equipamentos	

[illegible]

MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS

Alzheimer Portugal

Junho 2022





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS

A garantia da aplicação correcta da identidade Alzheimer Portugal é o objectivo da definição do conjunto de regras e recomendações constantes neste manual.

Este documento descreve o logotipo, as cores, o tipo de letra e o estilo gráfico com que deve ser comunicada a marca Alzheimer Portugal.

Seguir as linhas de orientação definidas neste documento é contribuir para projectar a imagem desta associação de forma clara e consistente.

O logotipo Alzheimer Portugal disponibilizado poderá ser utilizado, desde que as referências a esta associação sejam verdadeiras.

Associação Alzheimer Portugal

Utilizações excepcionais do logotipo não previstas neste manual serão analisadas caso a caso e deverão ser sempre validadas pelo sector de comunicação e imagem da Associação Alzheimer Portugal.

Este manual é de consulta constante e, caso surjam dúvidas após a sua leitura, devem ser colocadas à associação, por carta ou email, para que fiquem totalmente esclarecidas.



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

VERSÃO HORIZONTAL – MESTRE (CMYK)



VERSÃO SECUNDÁRIA – VERTICAL (CMYK)



O logotipo Alzheimer Portugal está disponível através de pedido por e-mail ao DRP.



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

CONSTRUÇÃO DO LOGÓTIPO

O logotipo Alzheimer Portugal é composto por um lettering original e foi desenvolvido dentro das seguintes proporções:

VERSÃO HORIZONTAL – MESTRE



VERSÃO SECUNDÁRIA – VERTICAL



As proporções do logotipo Alzheimer Portugal não deverão ser alteradas em caso algum.



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

VERSÕES OFICIAIS

Existem 3 versões do logotipo Alzheimer Portugal. A versão A para fundos muito claros, a versão B para fundos claros e a versão C para fundos escuros.

As 3 versões nunca poderão ser utilizadas em simultâneo no mesmo suporte.

A versão A passa para a versão B sempre que o fundo ultrapasse os 20% de densidade de preto, e da versão B para a versão C sempre que o fundo ultrapasse os 40% de densidade de preto.





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_ITD2_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

AS CORES OFICIAIS DO LOGÓTIPO ALZHEIMER PORTUGAL



PANTONE 323 C
CMYK C:100 M:0 Y:38 K:47
HEX #006163
RGB R:0 G:97 B:99



PANTONE 375 C
CMYK C:41 M:0 Y:78 K:0
HEX #8FD400
RGB R:143 G:212 B:0



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

VERSÃO A PRETO E BRANCO

Sempre que não seja possível utilizar a versão mestre do logotipo, deverá aplicar-se o logotipo em alto contraste.

VERSÃO HORIZONTAL E VERTICAL A PRETO SOBRE FUNDO BRANCO/CLARO



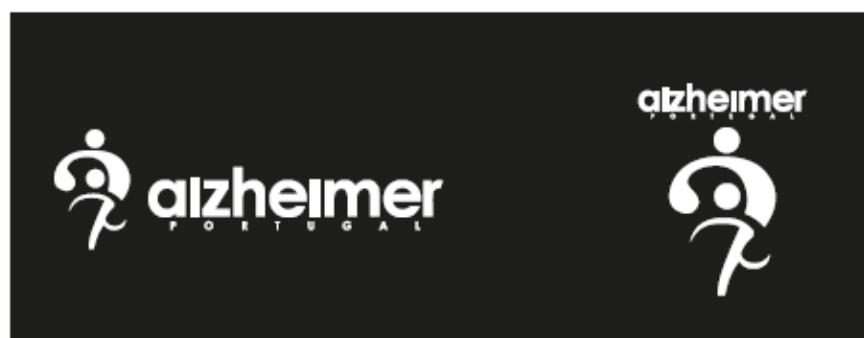
PANTONE Black C

HEX #1D1D1B

CMYK C:0 M:0 Y: K:100

RGB R:29 G:29 B:27

VERSÃO HORIZONTAL E VERTICAL A BRANCO SOBRE FUNDO PRETO/ESCURO





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

MARGENS DE SEGURANÇA

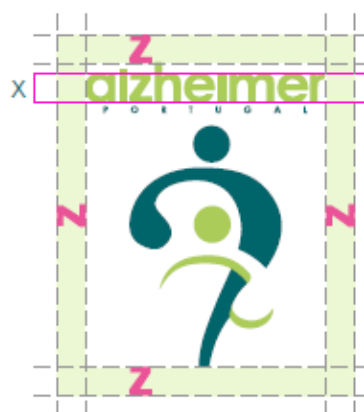
A margem de segurança do logótipo é aquela dentro da qual não deverão aparecer outros elementos, quer gráficos quer tipográficos.

Assim, a margem é calculada com base no próprio logótipo (LETRA Z) e ajustada proporcionalmente consoante o aumento ou diminuição do logótipo.

A. VERSÃO HORIZONTAL – LOGO MESTRE



B. VERSÃO VERTICAL – E SUAS MARGENS DE SEGURANÇA





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

MARGENS DE SEGURANÇA

A margem de segurança do logotipo é aquela dentro da qual não deverão aparecer outros elementos.

Nos exemplos apresentados, em baixo, as formas rosa representam a medida da letra 'Z' em cada versão e proporção.



In hac habitasse platea dictumst. Mauris rutrum enim vitae mauris. Proin mattis eleifend pede. Sed pretium ante sit amet sit. Quisque pede felis, dictum eget, dapibus ac, sodales dictum, lectus. Pellentesque mi du, molestie sit amet, adipiscing id, lacus quis, arcu. Nulla felis sem, viverra eu, ultricies ac, mattis et, velit. Maecenas quis magna. Ut viverra nisl eu ipsum. Maecenas rhoncus. Duis mattis nisl nec sapien. Nullam eu ante non enim lincidunt tringilla. Integer leo. Duis eget enim. Curabitur felis orci, tempus eu, placental et, pellentesque sed, purus. Sed sed diam. Nam nunc. Class aptent lacit, sodasqu ad illora torquent per conubia nostra, per inceptos hymenaeos. Aenean risus est, porttitor vel, placental sit amet, vestibulum sit amet, nibh. Ut faucibus justo quis nisl. Etiam vulputate, sapien eu egestas rutrum, leo neque luctus dolor, sed hendrerit toror mattis ut du. Etiam id pede porttitor turpis inistique lacinia. Suspendisse potenti. Etiam faucit. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur adipiscing elit. Cras gravida sem ut massa. Quisque accumsan porttitor du. Sed interdum, nisl ut consequat tristique, lacus nulla porta massa, sed imperdiet sem nunc vitae eros. Vestibulum ante ipsum primis in faucibus orci luctus et ultrices posuere cubilia Curae. Pellentesque sit amet mattis. Nullam lincidunt posuere ligula. Aenean volutpat ultrices ligula. In lincidunt. Aenean viverra suscipit felis. Suspendisse sem lorem, ornare non, vestibulum ut, tempor porttitor, est. Quisque convallis aliquet eros. Nunc nec nulla eget urna convallis



In hac habitasse platea dictumst. Mauris rutrum enim vitae mauris. Proin mattis eleifend pede. Sed pretium ante sit amet sit. Quisque pede felis, dictum eget, dapibus ac, sodales dictum, lectus. Pellentesque mi du, molestie sit amet, adipiscing id, lacus quis, arcu. Nulla felis sem, viverra eu, ultricies ac, mattis et, velit. Maecenas quis magna. Ut viverra nisl eu ipsum. Maecenas rhoncus. Duis mattis nisl nec sapien. Nullam eu ante non enim lincidunt tringilla. Integer leo. Duis eget enim. Curabitur felis orci, tempus eu, placental et, pellentesque sed, purus. Sed sed diam. Nam nunc. Class aptent lacit, sodasqu ad illora torquent per conubia nostra, per inceptos hymenaeos. Aenean risus est, porttitor vel, placental sit amet, vestibulum sit amet, nibh. Ut faucibus justo quis nisl. Etiam vulputate, sapien eu egestas rutrum, leo neque luctus dolor, sed hendrerit toror mattis ut du. Etiam id pede porttitor turpis inistique lacinia. Suspendisse potenti. Etiam faucit. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur adipiscing elit. Cras gravida sem ut massa. Quisque accumsan porttitor du. Sed interdum, nisl ut consequat tristique, lacus nulla porta massa, sed imperdiet sem nunc vitae eros. Vestibulum ante ipsum primis in faucibus orci luctus et ultrices posuere cubilia Curae. Pellentesque sit amet mattis. Nullam lincidunt posuere ligula. Aenean volutpat ultrices ligula. In lincidunt. Aenean viverra suscipit felis. Suspendisse sem lorem, ornare non, vestibulum ut, tempor porttitor, est. Quisque convallis aliquet eros. Nunc nec nulla eget urna convallis eleifend. Nulla faucit eros at augue. Integer faucit nisl vitae velit. Cras cursus ipsum vel dolor. Sed pulvinar. Etiam velit orci, pellentesque at, porttitor blandit, luctus eu, justo. Donec in odio sed nisl venenatis faucit. Phasellus sodales, pede dapibus rhoncus dignissim, justo turpis ornare felis, in imperdiet pede mattis quis felis. Proin imperdiet, quam a gravida pulvinar, est sem faucibus felis, sit amet consequat pede turpis id ante. In facilisis sodales arcu. Mauris lincidunt. Class aptent lacit sodasqu ad illora torquent per conubia nostra, per inceptos hymenaeos. Iiquam dapibus ipsum vitae sem. Ut eget mauris ac nunc luctus ornare. Phasellus enim augue, rutrum tempus, blandit in, vehicula eu, neque. Sed consequat nunc. Proin mattis. Duis at mi non felis malesuada lincidunt. Cras in neque. Sed lacinia, felis ut sodales pretium, justo sapien hendrerit



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

DIMENSÕES MÍNIMAS

Apresentam-se as dimensões mínimas de maneira a preservar a legibilidade do logotipo, não existindo limite máximo para a reprodução do mesmo.

Assim, a aplicação mínima recomendada é de 20 mm (medida na horizontal).

VERSÃO HORIZONTAL





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

DIMENSÕES MÍNIMAS

Apresentam-se as dimensões mínimas de maneira a preservar a legibilidade do logótipo, não existindo limite máximo para a reprodução do mesmo.

Assim, a aplicação mínima recomendada é de 10 mm (medida na horizontal).

VERSÃO VERTICAL

alzheimer
PORTUGAL



50 mm

alzheimer
PORTUGAL



30 mm



10 mm



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

FUNDOS DE COR

A aplicação do logotipo sobre fundos de cor é determinada em função da sua maior legibilidade. Estes exemplos representam os padrões de comportamento possíveis, fornecendo bases suficientes para os critérios de utilização.





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

UTILIZAÇÕES INCORRECTAS

A utilização do logotipo tal como foi concebido visa transmitir uma identidade própria e assegura a força da marca.

Para preservar a integridade da imagem Alzheimer Portugal, o seu logotipo não deverá sofrer adulterações, entre elas, mas não só, apresentamos exemplos do que não fazer:

Posição dos elementos

Não alterar o posicionamento dos elementos



Cromia

Não alterar a cor de nenhum elemento



Contornos

Não utilizar outline em nenhum elemento/parte ou lettering do logotipo



Relação dos elementos

Não alterar a proporção/tamanho dos elementos





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

UTILIZAÇÕES INCORRECTAS – EXEMPLOS

Alteração de um ou mais elementos

Não alterar elementos



Distorção

Não expandir nem condensar o logótipo



Contornos

Não utilizar qualquer tipo de caixa ou moldura à volta do logotipo. Em caso de dúvida, consultar a página 5 deste manual, para o comportamento cromático do logotipo e página 8 deste manual, para as margens de segurança.

Na eventualidade de necessitar de encaixar o logo numa caixa, esta não deverá ter contorno e terá de respeitar a margem explicada na página 8, para ambas as versões disponíveis do logotipo. Ou seja: medida da caixa = altura do logo + 2x altura de 'Z' por largura do logo + 2x altura de 'Z'.





MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

TIPOGRAFIA

A tipografia oficial faz parte da identidade e deve ser utilizada em toda a documentação institucional, quer sejam documentos institucionais, relatórios, manuais, quer sejam peças como por exemplo assinaturas de email, cartões de visita, etc.

As exceções à regra, cabem ao Departamento de Relações Públicas autorizar. As exceções aplicam-se geralmente a campanhas publicitárias, peças de comunicação online, comunicações em parceria com outras entidades ou outras, a avaliar caso a caso.

ASSIM:

Todo o material de comunicação institucional impresso ou digital, salvo as peças de comunicação nas redes sociais, campanhas publicitárias e webdesign, deverão usar a fonte tipográfica **Verdana**, disponível de forma gratuita em ambos os sistemas operativos Windows e Mac.

Para uma aplicação fácil e rápida, o Departamento de Relações Públicas tem na sua drive, os templates das cartas A4 de todos os Núcleos e Gabinetes, bem como a assinatura de e-mail.

Foi criado este guia rápido com as seguintes instruções:

As margens dos documentos deverão seguir as seguintes medidas (templates disponíveis da drive):

Esquerda: 25mm

Direita: 25mm

Topo: 70mm

Base: 25mm

Títulos com bastante destaque

Fonte: Verdana

Tamanho: 20pt, bold

Leading: 30pt (linha 1.5pt)

Espaço anterior: 6pt

Espaço posterior: 12pt



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

Cor: R0 G97 B99 (verde escuro da marca Alzheimer Portugal)

Alinhamento: à esquerda e não justificado

Texto em maiúsculas

Exemplo de aplicações: títulos de capítulo

Numeração de capítulos

Utilizar numeração Romana

Fonte: Verdana

Tamanho: 20pt, bold

Leading: 30pt (linha 1.5pt)

Espaço anterior: 6pt

Espaço posterior: 12pt

Alinhamento: à esquerda e não justificado

Texto em maiúsculas

Não utilizar 'espaço parágrafo simples' mas sim o 'espaço parágrafo fácil' usando tecla ENTER e SHIFT no final da frase

Títulos com destaque

Fonte: Verdana

Tamanho: 12pt, bold

Leading: 18pt (linha 1.5pt)

Espaço anterior: 1 linha parágrafo

Espaço posterior: 12pt

Cor: R0 G97 B99 (verde escuro da marca Alzheimer Portugal)

ou Cor: R0 G0 B0 (preto) Alinhamento: à esquerda e não justificado

Texto em maiúsculas

Aplicações: Títulos ao longo do texto que não sejam de capítulo ou com menor destaque que capítulo



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

Destques – Subtítulos

Fonte: Verdana

Tamanho: 10pt, bold

Espaço anterior: 6pt

Espaço posterior: 6pt

Cor: R0 G0 B0 (preto)

Alinhamento: à esquerda e não justificado

Aplicações: Subtítulos ao longo do texto menor destaque que os títulos

Texto corrido

Fonte: Verdana

Tamanho: 10pt

Espaço anterior: 6pt

Espaço posterior: 6pt

Cor: R0 G0 B0 (preto)

Alinhamento: justificado

Texto bullets

Fonte: Verdana

Tamanho: 10pt

Espaço anterior: 6pt

Espaço posterior: 6pt

Cor: R0 G0 B0 (preto)

Alinhamento: à esquerda e não justificado

Tipo de bullet: Bullet sem fantasia (redondo)

Indent: 0.5pt

Texto entra a 0.5pt



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

Nome do documento

Fonte: Verdana

Tamanho: 10pt

Cor: R94 G94 B94 (cinzento)

Alinhamento: à direita e não justificado

A 1cm da margem

Texto em maiúsculas

Cabeçalho do documento deverá incluir o quadro informativo e formatado da seguinte forma

TEXTO

Fonte: Verdana

Tamanho: 8pt

Cor: R94 G94 B94 (cinzento)

Alinhamento do texto: à esquerda e não justificado a 1mm de distância da tabela

Títulos: bold e maiúsculas

Texto: regular e texto normal

TABELA

Seguir o exemplo apresentado abaixo

Espessura: 0.5pt

Cor: R94 G94 B94 (cinzento)

TEMPLATE A INserir NO CABEÇALHO



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

Rodapé do documento deverá incluir Alzheimer Portugal e o número de páginas

Fonte: Verdana

Tamanho: 8pt

Cor: R94 G94 B94 (cinzento)

Alinhamento dos elementos

Frase 'Alzheimer Portugal' alinhamento à esquerda e não justificado

00/00 alinhado à direita

TEMPLATE A INSERIR NO RODAPÉ

19 /23

Alzheimer Portugal

Alzheimer Portugal

19 /24



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

CATALOGAÇÃO DO DOCUMENTO

A fim de assegurar que todos os dados e publicações se mantêm disponíveis e atualizados, todos os documentos utilizados nas atividades da Associação Alzheimer Portugal, deverão ser sujeitos a controlo de publicação.

Esta regra é aplicável por todas as áreas da organização, em todos os documentos e dados cujo controlo se torne necessário para assegurar o funcionamento eficaz do Sistema de Gestão da Qualidade.

Assim, foi desenvolvido um quadro que deverá constar no final dos documentos e preenchido de forma clara e sucinta.

Quadro informativo

Fonte: Verdana

Tamanho: 8pt

Cor: R94 G94 B94 (cinzento)

Alinhamento dos elementos à esquerda

Espessura da tabela 0.5pt

TEMPLATE A INSERIR NO FINAL DOS DOCUMENTOS



PROCESSO DE SUPORTE			
TÍTULO	Controlo de Documentos e Registos		
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01		
VERSÃO	01		
EMIÇÃO	01/06/2022	REVISÃO	01/06/2023
AUTORIA	Inês Reis e Susana Brás		
APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal		



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

EXEMPLO

I.

IN HAC HABITASSE

IN HAC HABITASSE PLATEA DICTUMST

In hac habitasse platea dictumst. Mauris rutrum enim vitae mauris. Proin mattis eleifend pede. Sed pretium ante sit amet elit. Quisque pede tellus, dictum eget, dapibus ac, sodales dictum, lectus. Pellentesque mi dui, molestie sit amet, adipiscing id, iaculis quis, arcu. Nulla tellus sem, viverra eu, ultricies ac, mattis et, velit. Maecenas quis magna. Ut viverra nisl eu ipsum. Maecenas rhoncus. Duis mattis nisi nec sapien. Nullam eu ante non enim tincidunt fringilla. Integer leo. Duis eget enim.

Curabitur felis erat, tempus eu, placerat et, pellentesque sed, purus

Sed sed diam. Nam nunc. Class aptent taciti sociosqu ad litora torquent per conubia nostra, per inceptos hymenaeos. Aenean risus est, porttitor vel, placerat sit amet, vestibulum sit amet, nibh. Ut faucibus justo quis nisl. Etiam vulputate, sapien eu egestas rutrum, leo neque luctus dolor, sed hendrerit tortor metus ut dui.

- Etiam id pede porttitor turpis tristique lacinia;
- Suspendisse potenti;
- Etiam feugiat.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Cras gravida sem ut massa. Quisque accumsan porttitor dui. Sed interdum, nisl ut consequat tristique, lacus nulla porta massa.



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

DESIGNAÇÕES CORRECTAS

Alguns exemplos:

Quando nos referimos à nossa associação devemos sempre respeitar o nome correcto:

Alzheimer Portugal

Associação Alzheimer Portugal

ou, em determinadas situações a designação social:

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DE DOENTES DE ALZHEIMER.

As delegações, núcleos, centros de dia, devem titular-se: **Alzheimer Portugal – Nome da Delegação/Núcleo/Centro de Dia.**

Exemplos:

Alzheimer Portugal – Delegação Norte

Alzheimer Portugal – Casa do Alecrim

Alzheimer Portugal – Gabinete Cuidar Melhor de Cascais

Com a missão de melhorar a qualidade de vida das Pessoas com Doença de Alzheimer, ou outras Demências, bem como os seus cuidadores, promovendo o seu envolvimento social, a Associação Alzheimer Portugal utiliza a designação: Pessoa com doença de Alzheimer, em vez de doente de Alzheimer.

Dessa forma, quando nos referimos, por exemplo ao dia 21 de Setembro devemos sempre usar a designação: Dia Mundial da Pessoa com Doença de Alzheimer (e não outras formas, como: Dia Mundial do Doente de Alzheimer ou Dia Mundial da Doença de Alzheimer).



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS – ALZHEIMER PORTUGAL			
Controlo de Documentos e Registos			
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01	VERSÃO	01
EMIÇÃO	01/06/2022	APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal

Seguir as normas gráficas e passar uma mesma mensagem, independentemente da região do país, onde a Delegação, ou o Núcleo se encontrem, é uma forma mais forte e eficaz de comunicarmos e defendermos os interesses de todos os que precisam e contam com o nosso apoio.

“NÃO HÁ MEMÓRIA DE UMA CAUSA ASSIM”



MANUAL DE NORMAS GRÁFICAS			
TÍTULO	Controlo de Documentos e Registos		
FICHEIRO	PS_1.1B_IT02_01		
VERSÃO	01		
EMIÇÃO	01/06/2022	REVISÃO	01/06/2023
AUTORIA	Inês Reis e Susana Brás		
APROVAÇÃO	Direção Alzheimer Portugal		



ALZHEIMER PORTUGAL – SEDE

M: Avenida de Ceuta Norte, Lote 1, Lojas 1 e 2, Quinta do Loureiro, 1350-410 Lisboa

T: 213 610 460/8 | **F:** 213 610 469

E: geral@alzheimerportugal.org | **W:** www.alzheimerportugal.org

ANEXO VIII - Instrução de Trabalho_Codificação de Documentos

	PROCESSO DE SUPORTE		
	CODIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS		
	PS_1.1B_IT03_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022 Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

I. OBJECTIVO E ÂMBITO

Descrever a metodologia de codificação dos documentos do Sistema de Gestão da Qualidade.

II.DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

Procedimento de Suporte (PS) – Documento de descreve um processo de suporte às atividades desenvolvidas.

Codificação - Estabelecer uma relação direta e de fácil compreensão com um código, que permita identificar de forma unívoca,

Documento - Informação e respetivo meio de suporte. O meio de suporte pode ser papel, magnético, eletrónico ou disco ótico de computador, fotografia ou amostra de referência, ou uma das suas combinações. (NP EN ISO 9000:2005).

III. DESCRIÇÃO

III. 1. Documentos estratégicos, manuais, plano de atividades, relatórios, procedimentos e instruções de trabalho

Os documentos estratégicos, manuais, plano de atividades, relatórios, procedimentos e instruções de trabalho são identificados através de um código A-B-C-D, separados por ~~underscores~~ (_).

	PROCESSO DE SUPORTE			
	CODIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS			
	PS_1.1B_IT03_01	Versão: 01	Data: 01/06/2022	Aprovação: Direção Alzheimer Portugal

A. Sigla de identificação do tipo de Processo

PG	Processo de Gestão
PA	Processo Assistencial
PS	Processo de Suporte

B. Identificação da Dimensão

Contante da matriz documental

C. Sigla do tipo de documento e numeração sequencial

MQ	Manual da Qualidade
MAI	Manual de Acolhimento e Integração
MA	Manual de Articulação
PA	Plano de Ação
PO	Plano Orçamental
RA	Relatório de Atividades
RI	Regulamento Interno
MAU	Manual de Acolhimento do Utente
PR	Procedimento
IT	Instrução de Trabalho

Utilização da sigla supra descrita seguida de numeração sequencial, iniciada em 01, sem separação.

D. Versão

Constituída por dois dígitos e iniciada em 01 (versão inicial)

ANEXO IX – Dashboard de Gestão



DASHBOARD DE GESTÃO

DATA: 01/06/2022

1. Processos de Gestão				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
A	Instrumentos estratégicos (Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade, Carta da Qualidade, Guia de Acolhimento e Manual de Articulação)	C	Missão, Visão, Valores e Política de Qualidade da Resposta Social	
			Manual de Qualidade	PG_01A_MQ_01
			Manual de Acolhimento ao Cliente	PS_1.2B_MAC_01
			Manual de Articulação	PG_01A_MA_01
B	Plano de Atividades (PA)	C	Plano de Atividades	PG_01B_PA_01
			Procedimento_Plano de Atividades	PG_01B_PR_01
			Plano orçamental	PG_01B_PO_01
C	Relatório de Atividades (RA)	C	Relatório de Atividades	PG_01C_RA_01
D	Regulamento Interno (RI)	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Manual de Procedimentos (MP)	A	Procedimento_Avaliação das necessidades do cliente	PG_01E_PR01_01
F	Reclamações, sugestões e elogios	C	Procedimento_Reclamações	PG_01F_PR01_01
			Procedimento_Sugestões	PG_01F_PR02_01
2. Profissionais				
A	Suporte de registo de ocorrências	C	Procedimento_Livro de ocorrências	PG_02A_PR01_01
B	Departamento de Gestão da Qualidade		Departamento de Gestão da Qualidade	PG_02B_IMP01
			Matriz Documental	PG_02C_IMP01
C	Documentos Orientadores		Listagem requisitos Segurança Social	PG_02C_IMP02
			Procedimento_Reuniões da Equipa Técnica	I
D	Reuniões periódicas da equipa técnica	C	Atas das reuniões	
E	Organização matricial	C	Organograma	PG_02E_IMP01
			Quadro de colaboradores e respetivos horários	PG_02E_IMP02

Alzheimer Portugal

1/4



DASHBOARD DE GESTÃO

Estado	Prioridade	Intervenientes	Prazo
Reformular	Alta	Direção Nacional	out/22
Em falta	Alta	Responsável SGQ	out/22
Reformular	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Feito	Alta		
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Feito			
Feito			
Em falta	Baixa	Serviços de Lisboa	abr/23
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	nov/22
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	nov/22
Em falta	Alta	Delegação Centro	out/22
Em falta	Alta	Responsável SGQ	out/22
Feito			
Feito			
Em falta	Alta	Delegação Centro	out/22
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Feito			
Reformular	Alta	Diretor geral	out/22

Alzheimer Portugal

F	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	C	Responsabilidades dos profissionais e intersubstituição	PG_02F_IT01_01
3. Resultados				
A	Avaliação do desempenho e eficácia da organização	B	Avaliação de desempenho e eficácia da resposta social	PG_03A_IMP01
B	Avaliação da satisfação de clientes	B	Avaliação da satisfação de clientes	PG_03B_IMP01
		B	Procedimento_Avaliação da satisfação de clientes	PG_03B_PR01_01
C	Avaliação da satisfação de colaboradores	B	Avaliação do grau de satisfação dos colaboradores	PG_03C_IMP01
		B	Procedimento_Avaliação do grau de satisfação dos colaboradores	PG_03C_PR01_01
D	Avaliação da satisfação de parceiros	B	Avaliação da satisfação de parceiros	PG_03D_IMP01
		B	Procedimento_Avaliação da satisfação de parceiros	PG_03D_PR01_01
E	Monitorização dos indicadores de qualidade e segurança da resposta social	A	Monitorização dos indicadores de Qualidade e Segurança	PG_03E_IMP01

Reformular	Alta	Diretor geral	out/22
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Reformular	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Reformular	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/23
Em falta	Baixa	Responsável SGQ e Diretor geral	abr/23

Ocultar Espaço em Branco

DATA: 01/06/2022

2. Processos Assistenciais				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
A	Privacidade e dignidade do cliente	C	Regulamento Interno	PG_01D_R1_01
B	Idade, cor, raça, religião, língua, sexo, orientação sexual e estilo de vida	C	Regulamento Interno	PG_01D_R1_01
C	Tomada de decisão do cliente	C	Procedimento_Bancarias de comunicação com cliente	PA_01C_PR01_01
			Procedimento_Representante legal	PA_01C_PR02_01
D	Processo único, seguro e confidencial	C	Procedimento_Organização dos Processos dos Clientes	PA_01D_PR01_01
			Procedimento_Quebra de confidencialidade	PA_01D_PR02_01
E	Compromisso com as boas práticas			
F	Gestão de parcerias	B	Procedimento_Gestão de Parcerias	PA_01F_PR01_01
			Protocolo de parceria	PA_01F_IMP01

Estado	Prioridade	Intervenientes	Prazo
Feito			
Feito			
Em falta	Alta	Delegação Centro	out/22
Em falta	Alta	Jurista	out/22
Reformular	Alta	Delegação Norte	out/22
Em falta	Alta	Jurista	out/22
Em falta	Intermediária	Departamento de formação e projetos	nov/22
Feito			

DATA: 01/06/2022

2. Processos de Suporte				
	Critério	Tipo	Documento	Codificação
1. Clientes				
1.1. Entre Profissionais				
A	Partilha da informação e eficácia na comunicação	C	Manual de Articulação	PG_01A_MA_01
B	Elaboração e gestão da documentação e informação	C	Procedimento_Controlo de Documentos e Registos	PS_1.1B_PR01_01
			Listagem dos Documentos	PS_1.1B_IMP01
			Controlo de Documentos e Registos	PS_1.1B_IMP02
			Procedimento_Sistema de segurança da informação	PS_1.1B_PR02_01
			RGPD	PS_1.1B_IT01_01
			Normas Gráficas	PS_1.1B_IT02_01
			Codificação de Documentos	PS_1.1B_IT03_01
1.2. Com o Cliente				
A	Informação afixada	C	Informação afixada	PS_1.2A_IT01_01
B	Guia de acolhimento	C	Manual de Acolhimento do Cliente	PS_1.2B_MAC_01
1.3. Com a Direção				
A	Manual de Articulação		Manual de Articulação	PG_01A_MA_01
1.4. Com a Comunidade				
A	Garantir canal de comunicação com a comunidade	A	Procedimento_Informação à comunidade	PS_1.4A_PR01_01
2. Recursos Humanos				
A	Horários	C	Procedimento_Elaboração de horários	PS_02A_PR01_01
B	Assiduidade	C	Procedimento_Assiduidade	PS_02B_PR01_01
C	Plano de férias	C	Procedimento_Elaboração do plano de férias	PS_02C_PR01_01
			Plano anual de férias	PS_02C_IMP01
		B	Procedimento_Contratação de Recursos Humanos	PS_02D_PR01_01

Estado	Prioridade	Intervenientes	Prazo
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Feito			
Feito			
Feito			
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	nov/22
Reformular	Alta	Departamento de comunicação	nov/22
Feito			
Feito			
Em falta	Alta	Serviços de limpeza	out/22
Reformular	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Em falta	Alta	Departamento de comunicação	out/22
Em falta	Baixa	Departamento de comunicação	fev/22
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Reformular	Alta	Diretor geral	out/22
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/22

D	Documentação relativa a RH		Manual de Acolhimento e Integração	PG_01A_MAI_01
		C	Procedimento_ Organização documental de RH	PS_02D_PR02_01
		C	Definição do perfil de cada grupo profissional	PS_02D_IMP02
		C	Definição do perfil de cada grupo de voluntários	PS_02D_IMP02
		C	Definição do perfil do diretor técnico	PS_02D_IMP02
E	Avaliação do desempenho dos profissionais	B	Objetivos de desempenho, quer individuais quer da equipa	PS_02E_IMP01
			Metodologia de desenvolvimento profissional e avaliação de desempenho dos colaboradores	PS_02E_PR01_01
3. Aprovisionamento				
A	Gestão de stocks	B	Procedimento_ Metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e proteção dos produtos utilizados na prestação dos serviços	PS_03A_PR01_01
			Procedimento_ Gestão de Stocks	PS_03A_PR02_01
		C	Procedimento_ Regras de Segurança dos Equipamentos	PS_03A_PR03_01
			Regras de Segurança dos Equipamentos	PS_03A_IMP01
B	Gestão de equipamentos e instalações	C	Procedimento_ Materiais, Mobiliário e Equipamentos	PS_03B_PR02_01
			Procedimento_ Processo de compra de produtos, equipamentos e serviços	PS_03B_PR03_01
		C	Documentos de compra	
			Organização das instalações	PS_03B_IMP01
C	Inventário	B	Procedimento_ Registo de verificação/inspeção dos produtos e serviços	PS_03B_PR04_01
			Inventário de Equipamentos	PS_03C_IMP01
4. Gestão Financeira				
A	Relatório financeiro	C	Relatório Financeiro	PS_04A_IMP01
B	Fundo de maneo		Procedimento_ Fundo de maneo	PS_04B_PR01_01
C	Funções financeiras e contabilísticas	C	Execução orçamental	PS_04C_IMP01
D	Sistema de gestão de contas de devedores e de credores	C	Procedimento_ Sistema de gestão de contas de devedores e de credores	PS_04D_PR01_01
5. Segurança				
5.1. Gestão do Risco				
A	Sistema de proteção e segurança	C	Procedimento_ Sistema de Proteção e Segurança	PS_5.1A_PR01_01
			Plano operacional para a prevenção e controlo de roubos	PS_5.1A_IT01_01

Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/22
Em falta	Alta	Diretor geral	out/22
Reformular	Alta	Diretor geral	out/22
Reformular	Alta	Diretor geral	out/22
Reformular	Alta	Diretor geral	out/22
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/22
Em falta	Intermédio	Diretor geral	fev/22
Em falta	Intermédio	Delegação Norte	fev/22
Em falta	Alta	Delegação Norte	dez/22
Em falta	Alta	Delegação Norte	dez/22
Reformular	Alta	Delegação Norte	dez/22
Em falta	Alta	Delegação Norte	dez/22
Em falta	Alta	Departamento Financeiro	nov/22
Reformular	Alta	Departamento Financeiro	nov/22
Reformular	Alta	Delegação Norte	dez/22
Em falta	Alta	Delegação Norte e Diretor Geral	dez/22
Reformular	Intermédio	Delegação Norte	fev/22
Feito			
	Alta	Departamento Financeiro	out/22
Feito			
Em falta	Alta	Departamento Financeiro	out/22
Em falta	Alta	Serviços de apoio	nov/22
Reformular	Alta	Serviços de apoio	nov/22

B	Proteção contra incêndio	C	Procedimento_Proteção contra incêndios	PS_5.1B_PR01_01
C	Atuação em situações de emergência	C	Manual de primeiros socorros Maia de Primeiros Socorros	PS_5.1C_IT01_01 PS_5.1C_IMP01
D	Acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada	C	Regulamento Interno	PG_01D_RI_01
E	Prevenção e controlo de infeção	C	Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção	PS_5.1E_IT01_01
F	Plano de manutenção das instalações	C	Plano de Manutenção das instalações	PS_5.1F_IT01_01
G	Plano e registos de inspeção, manutenção e substituição periódica de equipamentos	C	Plano de Manutenção de Equipamentos Impresso de Registos de Equipamentos	PS_5.1G_IT01_01 PS_5.1G_IMP01
H	Plano e certificados de calibração de equipamentos	C	Procedimento_Calibração de Equipamentos Plano de Calibração de Equipamentos	PS_5.1H_PR01_01 PS_5.1H_IT01_01
I	Adequação das instalações e estruturas físicas	C	Regulamento interno	PG_01D_RI_01
J	Desempenho ambiental	A	Procedimento_Desempenho Ambiental	PS_5.1J_PR01_01
K	Higienização adequada das instalações e equipamentos	C	Procedimento_Higienização dos Equipamentos da Cozinha Procedimento_Higienização e Armazém das Instalações Plano de Limpeza Registo de Higienização das Instalações	PS_5.1K_PR01_01 PS_5.1K_PR02_01 PS_5.1K_IT01_01 PS_5.1K_IMP01
5.2. Segurança dos Clientes				
A	Identificação de riscos para a segurança do utente	C	Plano Operacional para a prevenção e controlo de fuga/desaparecimento dos clientes Procedimento_Prevenção e controlo de fuga/desaparecimento dos d	PS_5.2A_IT01_01 PS_5.2A_PR01_01
B	Negligência, abusos e maus-tratos	C	Procedimento_Prevenção e atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos clientes	PS_5.2B_PR01_01
5.3. Segurança dos Profissionais				
A	Gestão da violência	C	Procedimento_Gestão da violência contra profissionais Forma de atuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos dos profissionais	PS_5.3A_PR01_01 PS_5.3A_IT01_01
B	Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	C	Seguros de acidentes de trabalho Procedimento_Saúde, higiene e segurança no local de trabalho	PS_5.3B_PR01_01
6. Formação				
			Procedimento_Formação dos Profissionais	PS_06A_PR01_01

Em falta	Alta	Serviços de Língua	nov/22
Reformular	Alta	Delegação Norte	out/22
Em falta	Alta	Delegação Norte	out/22
Reformular	Alta	Delegação Norte e Casa do Alecrim	out/22
Reformular	Alta	Casa do Alecrim	out/22
Reformular	Alta	Casa do Alecrim	out/22
Em falta	Alta	Casa do Alecrim	out/22
Reformular	Alta	Casa do Alecrim	out/22
Reformular	Alta	Casa do Alecrim	out/22
Em falta	Baixa	Delegação Centro	fev/22
Em falta	Alta	Casa do Alecrim	nov/22
Em falta	Alta	Casa do Alecrim	nov/22
Reformular	Alta	Casa do Alecrim	nov/22
Reformular	Alta	Casa do Alecrim	nov/22
Reformular	Alta	Delegação Centro	nov/22
Em falta	Alta	Delegação Centro	nov/22
Em falta	Alta	Delegação Centro	nov/22
Em falta	Alta	Delegação Centro	nov/22
Reformular	Alta	Delegação Centro	nov/22
Em falta	Alta	Diretor geral	nov/22
Em falta	Intermédio	Departamento de formação e projetos	dez/22