

Joana Margarida Silva Nunes

**Implementação da Gestão da Qualidade no Serviço de
Apoio Domiciliário**

- Centro de Dia São Simão -

Sob orientação da Professora Doutora Aida Ferreira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Lisboa

Dezembro de 2014

Joana Margarida Silva Nunes

**Implementação da Gestão da Qualidade no Serviço de
Apoio Domiciliário**

- Centro de Dia São Simão -

Relatório de estágio apresentado à
Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias para obtenção do grau de mestre
em Serviço Social – Gestão de Unidades
Sociais e de Bem-Estar

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Lisboa

Dezembro de 2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente à minha orientadora de estágio, professora Doutora Aida Ferreira, por todo o acompanhamento e disponibilidade e por não me deixar desistir mesmo quando me faltou a força para continuar.

Agradeço ao Doutor Carlos Dias, coordenador da Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas, pela oportunidade que me foi concedida de realização do estágio neste local sob sua orientação.

Agradeço também à Dr.^a Teresa Costa, diretora técnica do Centro de Dia S. Simão por todo o apoio, transmissão de conhecimentos e afeto demonstrados ao longo deste percurso.

Quero também agradecer a todos os amigos e familiares que acompanharam e apoiaram este processo e que compreenderam a minha constante ausência.

Ao meu pai, por tudo.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os colaboradores e utentes do Centro de Dia São Simão pelos ensinamentos, carinho e amizade evidenciados durante a intervenção na instituição.

A todos um bem-haja!

*“Tenho os olhos em lume brando e as mãos em fogo.
Tenho nodoas negras no olhar e solidão nas rugas que me enfeitam.
Tenho o mar em gotas de gaivotas e suor na testa.
Tenho um sol ardendo de esperança esbofeteando-me.
Tenho cachos de labaredas ardendo no peito e romãs abertas no coração.
Tenho muito ...
E muito é: ... O encarceramento do tanto,
E tanto é: ... a libertação do muito!”*

- Cardilium

“A qualidade não é um ato. É um hábito”

- Aristóteles

Ao avô Chico!

Resumo

O presente relatório reporta-se ao estágio desenvolvido no Centro de Dia São Simão pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas. O estágio teve como principal objetivo contribuir para a implementação da gestão da qualidade na instituição, mais especificamente, no serviço de apoio domiciliário do Centro de Dia São Simão.

A gestão da qualidade é de extrema importância e de carácter obrigatório para as instituições do terceiro setor. O objetivo é que as instituições adotem os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais dado pelo Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e que alcancem os níveis obrigatórios de qualidade. Os novos acordos de cooperação vão ser mais exigentes e só serão atribuídos se existir certificação de qualidade. A parte teórica do presente relatório incidiu sobre o envelhecimento e também sobre a qualidade, gestão e liderança nas instituições. Procedeu-se ainda a um melhor conhecimento do local através da caracterização do concelho de Torres Novas, sua demografia, caracterização da Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas e do Centro de Dia São Simão. Com vista especificamente à implementação do sistema de qualidade foi elaborado o plano individual para cada um dos utentes do serviço de apoio domiciliário, e, para que fosse possível alcançar esse objetivo foi necessário elaborar uma caracterização pormenorizada de cada utente. Procedeu-se também à descrição da metodologia, das atividades de intervenção e interpretação dos resultados.

Numa primeira fase do estágio fez-se o acompanhamento e observação da situação dos idosos, atendimentos no serviço de apoio domiciliário e acompanhamento da diretora técnica com o propósito de conhecer os utentes e criar as relações necessárias para desenvolver o projeto de estágio. Da intervenção na instituição resultou a elaboração dos processo-chave que serão utilizados pela instituição e aplicados aos utentes do Centro de Dia São Simão, no sentido de cumprir as normas de qualidade referentes ao apoio domiciliário. Foi também realizado o plano individual de cada um dos vinte e seis utentes do serviço de apoio domiciliário.

Palavras- chave: Gestão da Qualidade, Serviço de Apoio Domiciliário, Plano Individual do Utente

Abstract

This report relates to the internship developed at Centro de Dia São Simão that belongs to Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas. The internship aimed to contribute to the implementation of quality management in the institution, more specifically, in home support service Centro de Dia São Simão.

Quality management is of extreme importance and binding on the third sector industries. The goal is for the institutions to adopt the Quality Assessment Models of Social Responses given by the Ministry of Solidarity, Employment and Social Security and reach the required levels of quality. The new cooperation agreements will be more demanding and will only be awarded if there is quality certification. The theoretical part of this report focused on ageing and also on the quality, management and leadership of the institutions. It was carried out the characterization of Torres Novas municipality and its demography, such as the characterization of Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas and Centro de Dia São Simão. An individual plan was drawn up for each of the users of home support service and to make it possible, it was necessary to make a detailed characterization of each user. Later there was a description of the methodology, intervention activities and interpretation of results. In a first stage it was carried out monitoring and observation of the situation of the elderly, the attendances in home support service and accompaniment of technical director, with the purpose of knowing the users and create the necessary relationships to develop the internship project. The intervention in the institution led to the preparation of the key process that will be used by the institution and applied to users of the Centro de Dia São Simão in order to meet the mandatory quality standards. It was also performed the individual plan for each of the twenty-six users of home support service.

Key words: Quality Management, Home Care Services, Individual Plan of the Patient

Abreviaturas

CDSS - Centro de Dia São Simão

EQUASS - European Quality Assurance in Social Services

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

MSESS - Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

PAPS - Programa de Apoio Psicossocial

PAS - Plano de Atividades Socioculturais

PDI - Plano de Desenvolvimento Individual

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCMTN - Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas

Índice

Índice de Apêndices.....	8
Índice de Anexos	9
Introdução.....	10
1. Envelhecimento e Gestão da Qualidade nas Instituições	11
1.1. Envelhecimento da População do Mundo e em Portugal	11
1.2. Respostas sociais em Portugal	15
1.3. A Gestão da Qualidade nas Instituições.....	20
1.4. Gestão e Liderança.....	23
2. O Concelho de Torres Novas	26
2.1. Caracterização do Concelho	26
2.2. Respostas Sociais no concelho	27
2.3. Demografia do Concelho	28
3. O estágio na Instituição	29
3.1.Caracterização Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas	29
3.2. Centro de Dia São Simão.....	32
3.3. Qualidade no Centro de Dia São Simão	33
4. Metodologia e Atividades de Intervenção	51
4.1. Metodologia	51
4.2. Atividades de Intervenção.....	55
4.3. Interpretação dos Resultados	58
Conclusão	60
Reflexão Conclusiva.....	63
Bibliografia.....	65

Índice de Apêndices

Apêndice I	i
Apêndice II	x
Apêndice III	xi
Apêndice IV	xii
Apêndice V	xiii
Apêndice VI	xvi
Apêndice VII	xviii
Apêndice VIII	xx
Apêndice IX	xxi
Apêndice X	xxv
Apêndice XI	xxvi
Apêndice XII	xxvii

Índice de Anexos

Anexo I	i
Anexo II	ii
Anexo III	iii
Anexo IV	xvii

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do plano curricular correspondente ao trabalho final de curso do Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e de Bem – Estar, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. O projeto de estágio começou a ser definido na unidade curricular de projeto e reformulado nas orientações de relatório de estágio com a Professora Doutora Aida Ferreira.

O estágio foi realizado na Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas, mais especificamente no Centro de Dia São Simão sob orientação do coordenador da Santa Casa da Misericórdia, Doutor Carlos Dias e com o acompanhamento da diretora técnica e técnica superior de serviço social do Centro de Dia São Simão, Dra. Teresa Costa.

O estágio curricular teve como principal objetivo a implementação da qualidade no serviço de apoio domiciliário. Para esse efeito, e de acordo com a necessidade da instituição, foram elaborados todos os processo-chave, em consonância com as diretrizes da Segurança Social. Foram ainda elaborados os planos individuais de cada um dos utentes de serviço de apoio domiciliário.

No primeiro capítulo, o presente relatório, contém uma abordagem ao envelhecimento da população e são também referidas as projeções demográficas em Portugal e no Mundo. Estão referenciadas e descritas cada uma das respostas sociais para pessoas com mais de 65 anos, de acordo com o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Está ainda incluído neste capítulo a gestão da qualidade nas instituições e os estilos de liderança.

Numa segundo capítulo, é elaborada uma caracterização do concelho de Torres Novas e sua história, referenciando também alguns dados demográficos. São ainda identificadas as respostas sociais, para idosos, existentes neste concelho.

No terceiro capítulo é feita a caracterização pormenorizada da Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas. São referidas também todas as respostas sociais incluídas nesta instituição. Nesta parte é ainda elaborada uma caracterização do Centro de Dia São Simão, cada um dos serviços de que dispõe e equipa técnica. Menciona-se também o tema da qualidade no Centro de Dia S. Simão.

No quarto, e última, capítulo do presente estágio, é identificada a metodologia utilizada ao longo do estágio, bem como a identificação dos objetivos gerais e específicos. É neste capítulo que são especificadas as atividades elaboradas ao longo do estágio. Por último procede-se à interpretação dos resultados.

1. Envelhecimento e Gestão da Qualidade nas Instituições

Neste capítulo estão incluídos quatro subcapítulos. O primeiro subcapítulo intitula-se: Envelhecimento da população do Mundo e em Portugal. Neste capítulo podemos encontrar projeções demográficas para os próximos cinquenta anos. Aqui caracteriza-se Portugal como uma sociedade envelhecida mas onde a esperança média de vida é das mais elevadas e onde as pessoas vivem com qualidade de vida de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano. O segundo subcapítulo intitula-se: respostas sociais existentes em Portugal e pretende ser uma descrição exaustiva de cada resposta social existente no nosso país destinada à população com mais de 65 anos. Existem em Portugal as seguintes respostas sociais: serviço de apoio domiciliário (SAD); centro de convívio; centro de dia; centro de noite; acolhimento familiar; estruturas residenciais e centro de férias e lazer. O terceiro subcapítulo refere-se à gestão da qualidade e ao impacto e relevância da qualidade nas instituições. A gestão da qualidade integra três dimensões fulcrais, a planificação, o controlo e a melhoria da qualidade. O último subcapítulo incide sobre a gestão e liderança e pretende revelar o importante papel da liderança nas instituições. Existem sete estilos distintos de liderança: a autocrática, a carismática, a participativa, a transacional, a transformacional, a liderança laissez-faire e a liderança centrada para as pessoas ou orientada para as relações.

1.1. Envelhecimento da População do Mundo e em Portugal

No início do século XXI, cerca de 420 milhões a nível mundial ultrapassaram os 65 anos de idade, representando 7% dos mais de 6 mil milhões de seres humanos. A maioria dos idosos (59%) vivem nas regiões em desenvolvimento, mas, as profundas transformações que se vêm registando nos últimos anos – relacionadas, nomeadamente, com o aumento da esperança média de vida devido à evolução dos cuidados de saúde e com a diminuição da fecundidade, causada principalmente, por causas sociais como a preocupação com condições de vida mais favoráveis e carreiras profissionais que se sobrepõem à vida familiar, fazem prever que, em meados do século, a proporção de idosos nessas regiões quase triplique face ao atual valor. Assim, estima-se que mais de 1,1 mil milhões de idosos, ou seja, mais de 3/4 da população mundial envelhecida vivam em 2050 nas regiões em desenvolvimento como se afirmou acima. A evolução nas regiões mais desenvolvidas é igualmente expressiva quanto ao impacto desta mudança. Estima-se que no final da primeira metade deste século, a proporção de idosos seja duas vezes superior passando dos atuais 170 milhões para mais de 316 milhões. Prevê-se

ainda que aproximadamente 113 milhões ultrapassassem os 80 anos de idade em 2050. Assim, aparecem nas sociedades contemporâneas, e acentuar-se-ão nas sociedades do futuro, preocupações quanto à viabilidade das transferências de rendimento intergeracionais, indicando, desta forma, que o modelo de contrato social sobre o qual se fundou o Estado-Providência nos últimos cinquenta anos precisa de ser reformulado, e que a população necessita de uma maior proteção social. Estas projeções demográficas são vulgarmente medidas pelo rácio entre idosos, pessoas com mais de 65 anos e jovens até 15 anos (Torres, 1996).

Atualmente estamos inseridos numa sociedade envelhecida, mas também numa sociedade onde as pessoas vivem mais tempo e com mais qualidade. Os indicadores de envelhecimento são um aspeto positivo quer para o individuo, quer para a sociedade porque resultam dos progressos feitos pela humanidade em termos médicos, económicos e sociais.

O envelhecimento é hoje um dos problemas centrais do século XXI. Nos últimos anos assistiu-se a um aumento ininterrupto do número de idosos que provocou uma transformação na sociedade. As sociedades desenvolvidas passaram a ser sociedades envelhecidas, sendo que as maiores causas são o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade. Como referido anteriormente, as projeções demográficas indicam que existam alterações no padrão demográfico do envelhecimento e apontam para que três em cada dez pessoas terão 65 anos ou mais no ano de 2050.

Não devemos, no entanto, descurar a contradição das sociedades desenvolvidas e envelhecidas. O aspeto positivo do aumento generalizado da esperança média de vida combinado com a diminuição da fecundidade gera uma série de consequências complexas para a sociedade. Uma maior longevidade traz mudanças do quadro de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social. Com efeito, viver mais significa também estar mais exposto a doenças crónicas, assim como a um declínio das redes pessoais e sociais (Cabral, 2013).

O estado de saúde, a diminuição da autonomia e a dependências de apoios sociais e familiares são outros dos problemas com que um crescente número de idosos se irá confrontar provocados pelo aumento da esperança média de vida. A redução da capacidade funcional acompanha o envelhecimento mas não deve defini-lo nem justificar uma exclusão dos idosos da vida social que tende a provocar uma limitada relação familiar e de vizinhança ou até mesmo provocar situações de isolamento e solidão social. O envelhecimento salienta riscos de

dependência física, psíquica e muitas vezes económica, estigmatização, vulnerabilidade e solidão.

“Numa sociedade que valoriza a juventude, a vitalidade e a aparência física os idosos tendem a tornar-se invisíveis. Não obstante, nos últimos anos assistiu-se a algumas mudanças nas atitudes em relação à velhice. Os idosos provavelmente nunca recuperarão a autoridade e o prestígio que costumavam ser atribuídos aos “mais velhos” nas comunidades das antigas sociedades, no entanto, à medida que se tornam uma parcela cada vez maior da população, irão adquirir uma maior influência política, económica e social” (Giddens, 2008).

Em Portugal, segundo os Censos 2011 o fenómeno do duplo envelhecimento da população que é caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continuava bem vincado. Em 1981, cerca de um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, cerca de 15% da população encontrava-se no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade.

Como já foi referido anteriormente, as sociedades modernas caracterizam-se por uma transição demográfica, envelhecimento, que é consequência da melhoria das condições de vida. No início do século XX a esperança média de vida era de 50 anos e atualmente é, em média, 80,0 anos, tendo em consideração ambos os géneros, sendo que para o género feminino é 82,8 anos e para o género masculino é de 76,9 anos (PORDATA – INE, dados de 2012). Podemos então afirmar que o conceito de terceira idade teve início no século XX, porque antes disso, apesar de existirem pessoas idosas, o número era reduzido e não havia a necessidade de o catalogar. O fenómeno do aumento da esperança média de vida criou a necessidade de definir um novo conceito de idade: a quarta idade. É uma classificação de carácter teórico mas com um objetivo prático, diferenciar o tratamento dado aos idosos. Consideramos assim, terceira idade dos 65 anos aos 80 anos e quarta idade a partir dos 80 anos. A partir dos 80 anos inicia-se um novo ciclo na vida dos idosos, na maior parte dos casos menos agradável, surgindo, por exemplo, doenças crónicas ou perda de autonomia. Contudo, é necessário aprender a lidar com mais uma etapa no percurso natural da vida.

No futuro terão que surgir novas formas de solidariedade formal intergeracional em Portugal e no Mundo envelhecido. O perfil sociológico do idoso no Portugal contemporâneo – marcado por um desfavorecimento social agravado pela idade, em que sobressaem baixos níveis de rendimento, elevada iliteracia, precariedade das condições habitacionais, elevada taxa de incidência da deficiência e de prevalência de doenças crónicas, isolamento social, diminuta

atividade profissional, reduzido consumo cultural e de atividades de lazer fora de casa – irá também ele sofrer mudanças significativas e de sinal positivo. Os idosos do século XXI serão em maior número e mais velhos porque viverão mais tempo, mas terão maior rendimento, mais saúde, mais instrução, melhores condições habitacionais, serão mais ativos profissionalmente e civicamente, mais conscientes dos direitos, mais disponíveis para usufruir da cultura e do lazer.

Após as transformações sociais e culturais observadas ao longo do tempo, o conceito de família mantém-se válido, mas foi profundamente transformado. A família não inclui apenas o agregado familiar, mas também relações de amizade que desempenham papéis fulcrais no apoio e cuidado dos idosos. Atualmente existem cinco grandes tipologias familiares: as famílias nucleares que representa a união entre adultos e um só nível de descendência. As famílias alargadas onde coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitores e/ou filhos. As famílias monoparentais constituídas por um progenitor que coabita com os seus descendentes. As famílias reconstruídas em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores. As famílias unitárias constituída por uma pessoa que vive sozinha, independentemente de relação conjugal. Os idosos podem pertencer a qualquer família anteriormente descrita.

Há alguns anos atrás a prevalência do tipo de família patriarcal onde as construções habitacionais eram maiores e com mais divisões potenciavam que os idosos vivessem com filhos e netos, mas hoje, devido predominância das famílias nucleares, prolifera a tipologia habitacional de três assoalhadas e este é um fenómeno que dificulta o acolhimento de ascendentes. Uma família que tenha ou pretenda ter ascendentes a seu cargo terá que investir bastante dinheiro para comprar uma outra habitação ou adaptar a sua habitação para acolher e cuidar de um idoso.

Idealmente a família deveria desempenhar uma função de proteção onde o idoso pudesse manter um papel ativo e importante quer no seio familiar, quer na sociedade. É bastante relevante que o idoso comece a ser visto com uma referência, uma mais-valia na participação familiar e na interação com as gerações mais novas. A família deverá valorizar e fomentar a participação do idoso, prestando-lhe os cuidados necessários e prevenindo assim o isolamento social. Mas, a situação de vida atual dificulta a presença da família no cuidado prestado ao idoso, sendo por isso importante conciliar estes papeis através dos serviços e instituições disponíveis. Apesar de esta ser uma questão que preocupa os profissionais, existe ainda uma

inadequação e insuficiência de respostas institucionais para idoso, sendo sempre necessário e importante que a família esteja presente enquanto cuidadora informal e ponte de ligação com a vida anterior.

Quando se aborda a questão do isolamento social é necessário entender dois conceitos distintos: o idoso isolado e o idoso sozinho. O conceito de isolamento social envolve duas componentes, as poucas relações sociais e a experiência da solidão. O conceito de Isolamento social diz respeito a integração de uma pessoa e/ou grupo num contexto social. Também os conceitos de viver sozinho e solidão são na sua conceção diferentes, por exemplo, o facto de se ter uma rede de relacionamento mais alargado não previne sentimentos de solidão.

O estabelecimento de relações de confiança é a melhor forma de combater o sentimento de solidão que, independentemente do contexto onde se vive, existe por detrás do isolamento físico ou geográfico, de um estilo de vida solitário, de uma doença grave ou incapacitante, de uma perda, da morte iminente ou, simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida.

Segundo Findlay e Cartwright, citado por Carneiro (2012) ter uma doença física ou mental, ser idoso com mais de 80 anos, viver sozinho, ser cuidador de outrem por período longo, sofrer a perda de um ente querido, ser vítima de maus tratos na terceira idade, ter dificuldades de comunicação, possuir baixas habilitações, ter dificuldade de acesso a meios de transporte e residir em zonas pobres, são fatores de risco e que podem potenciar o isolamento social.

Viver sozinho refere-se simplesmente a uma pessoa que reside sozinha, por opção ou não, mas que mantém relações sociais, por exemplo beneficia de uma resposta social. Existem muitos idosos que preferem estar sozinhos no “seu cantinho” do que viver com os filhos ou numa instituição pois temem perder o sentimento de pertença. Segundo os Censos 2011 em Portugal cerca de 900 mil idosos vivem sozinhos. Desse total, aproximadamente 400 mil pessoas situam-se na faixa etária entre 75-79 anos, cerca de 300 mil pessoas têm entre 80 – 84 anos e 200 mil pessoas têm mais de 85 anos. Como já foi referido, existem idosos que optam por viver sozinhos, mas existem também inúmeras situações de isolamento social.

1.2. Respostas sociais em Portugal

Em Portugal existem sete tipos de respostas de apoio social para pessoas idosas que têm como objetivos promover fundamentalmente a autonomia, a integração social e a saúde.

De acordo com a Segurança Social são apresentadas de seguida as respostas sociais existentes para pessoas idosas. O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e

serviços a famílias, ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar, contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais, promover estratégias de desenvolvimento da autonomia, prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, facilitar o acesso a serviços da comunidade e reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores. O SAD deve disponibilizar os cuidados e serviços todos os dias da semana garantindo, sempre que necessário, o apoio aos sábados, domingos e feriados, prestar pelo menos quatro dos seguintes cuidados e serviços: cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados, fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica, tratamento da roupa do uso pessoal do utente, atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade e serviço de teleassistência. O SAD pode ainda assegurar a formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos s, apoio psicossocial, confeção de alimentos no domicílio, transporte, cuidados de imagem, realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio e realização de atividades ocupacionais. O centro de convívio é uma resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Os principais objetivos são prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local, fomentar as relações interpessoais e entre as gerações e contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

Também de acordo com a Segurança Social o centro de dia é uma resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos. Os principais objetivos são assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utente, prevenir situações de dependência e promover a autonomia, promover as relações pessoais e entre as gerações, favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para retardar

ou evitar ao máximo o internamento em instituições e promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utente.

Ainda de acordo com a Segurança Social o centro de noite é uma resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite. Os objetivos desta resposta social são acolher durante a noite pessoas com autonomia, assegurar o bem-estar e segurança do utente e fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.

Para a Segurança Social o acolhimento familiar é uma resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. Tem como objetivos acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança, garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

Em consonância com a Segurança Social as estruturas residências são uma resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Os seus objetivos são proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

A Segurança Social refere que os centros de férias e lazer são uma resposta social destinada a idosos e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores. Os objetivos são proporcionar estadias fora da sua rotina de vida, contactos com comunidades e espaços diferentes, vivências em grupo, como formas de integração social, promoção do desenvolvimento do espírito de interajuda e fomentar a capacidade criadora e espírito de iniciativa.

Segundo Carvalho (2013) em Portugal, as primeiras experiências de prestação de cuidados foram de ajuda ou apoio doméstico e tiveram início no começo dos anos 70. Foram

experiências pontuais, que decorriam apenas em alguns locais do país, não correspondendo a uma política concreta.

Antes desta data, a então Direcção-Geral da Assistência, num estudo sobre a situação da população idosa em Portugal, identificou as precárias condições em que muitas pessoas idosas se encontravam. Estava ainda longe de um sistema de Segurança Social de base universal que consolidasse a garantia dos direitos sociais, o que situava a intervenção num paradigma assistencial, no qual o alojamento coletivo era a única resposta existente. Efetivamente, a institucionalização era a resposta social privilegiada para as pessoas idosas, consideradas então como um grupo problemático, junto do qual se intervinha, de forma assistencialista. Foi com a consolidação do sistema de Segurança Social no contexto sociopolítico depois de 1974 que se deu uma mudança de direção no que diz respeito a uma maior garantia dos direitos sociais (Carvalho, 2013).

Como noutros países, em 1976 começou a pensar-se noutras alternativas para além dos lares. Esta resposta social, por cortar os laços familiares passou a ser insuficiente. Surgiram então os centros de dia como serviço de proximidade e para dar respostas às necessidades sentidas, nomeadamente, alimentação, higiene, tratamento de roupa e atividades lúdicas. A par do centro de dia surgiu o SAD, que deveriam estar, à partida, articulados para que pudessem partilhar os recursos humanos e materiais, situação que ainda hoje se mantém em alguns casos. Posteriormente, com o aumento da necessidade de resposta de SAD, foram criados serviços independentes.

Segundo Carvalho (2003) até aos anos 80 as pessoas optavam por cuidar dos seus idosos em casa. Foi nesta altura que os lares de idosos e as restantes respostas formais ganharam força e insurgiram no nosso país. Se por um lado se pretendia que os idosos passassem mais e melhor tempo em suas casas, criando bons serviços de apoio no domicílio, também aumentaram, nesta altura, as respostas permanentes para pessoas mais fragilizadas, como estruturas residenciais especializadas em demências e cuidados continuados.

Os centros de dia constituíram uma experiência inovadora, melhorando as condições de vida dos utentes, mas a falta de articulação com outras áreas limitou a capacidade de intervenção sobretudo em termos do apoio domiciliário. O SAD teve um maior impulso entre 1986 e 1995 com a abertura média de setenta e cinco serviços por ano. Depois de 1995 o SAD propagou-se por todo o país com a abertura média de cento e vinte e dois novos serviços por ano.

No final dos anos 90, concretiza-se a articulação entre a área social e a área da saúde numa perspetiva de apoio domiciliário integrado. Nesta altura o SAD detinha acordos típicos com a

segurança social mas atualmente existem muitos serviços, de cariz privado, que não usufruem este acordo (Oliveira, 2007).

Assiste-se atualmente nas sociedades a uma organização familiar, em que a mulher vence no mercado de trabalho, o que leva a uma diminuição de disponibilidade para cuidar da família e consequentemente do idoso, pois mesmo que isto não acontecesse, é um facto que ser cuidador acarreta um grande desgaste físico e psicológico.

Segundo Imaginário (2002) à medida que as capacidades do cuidador diminuem, ou que os idosos se tornam mais dependentes, torna-se necessário ponderar sobre a possibilidade de institucionalizar.

A institucionalização surge à partida como um processo positivo para a família, mas há que ter em atenção, os aspetos negativos que esta hipótese acarreta. É necessário perceber que para o idoso este processo pode provocar consequências negativas tais como a despersonalização e a desinserção familiar e comunitária. A institucionalização está associada a uma saída de casa e do meio familiar o que provoca perda de autoestima (Imaginário, 2002). Desta forma o SAD surge com uma alternativa indispensável e necessária sendo cada vez mais procurada, visto que é uma resposta adequada às várias necessidades existentes, não retirando o utente do meio onde está inserido e permitindo, desta forma, que este continue no seu lar, colmatando as necessidades identificadas, mantendo as redes de vizinhança e as relações sociais do idoso.

Atualmente o SAD constitui uma resposta social organizada à qual as pessoas têm acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades sócio recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do utente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento.

Devido às inúmeras alterações que se têm verificado na sociedade atual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social e a uma insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de maior dependência, o SAD é uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que os próprios utentes e o seu agregado familiar se debatem quotidianamente.

Quanto maior o grau de dependência do utente, maiores são também as exigências do tratamento. O tempo despendido na higiene pessoal e em todos os cuidados inerentes aos s é mais elevado. O estado psicológico do utente, sentimentos como: prisão, solidão, tristeza e culpa, a relação problemática família/idoso, a dificuldade da aceitação do fim de vida,

aumento de stresse e a rejeição, ou insatisfação de apoio de respostas sociais, são outros dos motivos que dificultam a atuação dos cuidadores formais, em casos de maior dependência.

1.3. A Gestão da Qualidade nas Instituições

Atualmente o estado delega nas instituições do terceiro sector grande parte da ação social. O terceiro sector atua na prestação de serviços e na abordagem de problemas sociais de natureza pública e com interesse social. O estudo da gestão das instituições do terceiro sector permite perceber a natureza das forças a que estão sujeitas e as contradições da sociedade em que estão inseridas (Paulos, 2010).

As atividades de apoio social a idosos podem ser desenvolvidas por estabelecimentos oficiais geridos por organismos públicos, central, regional ou local, estabelecimentos de caráter privado não lucrativo, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e estabelecimentos pertencentes a pessoas singulares, ou coletivas, que não se enquadrem nos dois tipos mencionados, ou seja, instituições de carácter privado lucrativo.

As instituições estão condicionadas ao cumprimento de requisitos legais e regulamentares, que conferem direitos ao utente e regem a relação entre o utente e a instituição. Os utentes e a sua família têm expectativas ao nível financeiro, social e psicológico, em função das suas vivências anteriores, do estado de saúde e de autonomia e ainda das relações familiares.

A implementação de sistemas da qualidade e a sua certificação parece ter colocado algumas reservas a algumas organizações, sobretudo, devido à linguagem técnica das normas. O primeiro esforço para diminuir as barreiras iniciais sentidas na implementação de sistemas da qualidade, surgiu com a publicação de guias interpretativos da norma a sectores específicos.

A necessidade de um sistema de reconhecimento da qualidade praticada, bem como o papel incentivador do efeito da sua demonstração são uma exigência nestas áreas de atividade.

O desafio suscitado pelo Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS) – através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais – no sentido de as organizações com respostas sociais protocoladas com o Estado adotarem os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais e alcançarem um nível mínimo de qualidade (Nível C), veio despertar, junto das organizações, a necessidade para o desenvolvimento de processos de qualificação. A inevitabilidade da qualificação destas organizações levou a que se passasse de um quase desconhecimento sobre a qualidade, os modelos e instrumentos existentes, para o atual sentido de urgência na obtenção de conhecimentos a este nível. De acordo com o DL 64/2007 de 14 de Março, os

novos acordos de cooperação vão ser mais exigentes e vão depender da Certificação de Qualidade, que contempla três escalões de exigência: Nível C – Obrigatório, Nível B – Voluntário, Nível A – Boas Práticas a caminho da excelência.

Segundo Paulos (2010) a qualidade é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo um caminho a percorrer por todo o tipo de organizações. As áreas sociais pretendem acompanhar este melhoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados. Os serviços na área social, públicos ou privados, são serviços em que a utilização dos processos de gestão da qualidade têm uma larga aplicação devido, essencialmente, à segurança das pessoas e bens que é crítica, aos custos das falhas que são muito elevados, ou mesmo irreparáveis, à prevenção que tem nesta área um valor inquestionável, à improvisação que causam erros e à elevada insatisfação do utente. O desafio da qualidade na prestação de cuidados engloba a institucionalização, a preocupação com a criação de instituições, a melhoria dos cuidados na instituição, o desenvolvimento dos serviços de apoio no domicílio e a constante preocupação com a qualidade das respostas.

Segundo Pires (2004) nenhuma organização pode aspirar a obter a total satisfação dos seus s e o reconhecimento dos seus parceiros e da comunidade que serve, se não tiver atingido, pelo menos, requisitos mínimos da qualidade pretendida. A competência técnica, as normas de boa prática técnico-profissional são um bom princípio mas, por si só, podem não garantir a qualidade organizacional e a conformidade do serviço. A implementação de um sistema de gestão da qualidade assegura o cumprimento dos requisitos do serviço e a satisfação do utente, podendo evidenciá-los perante a sociedade.

De acordo com a segurança social a gestão da qualidade tem por base um conceito de qualidade assente em realizar um trabalho com zero defeitos, fazer bem à primeira, melhoria contínua do serviço e superioridade e excelência na prestação de serviços. Para ser um serviço com qualidade tem que ser compreensível, sendo o seu processo administrativo claro, sensível e transparente para os utentes. Tem, também, que responder às necessidades dos cidadãos e atender às suas solicitações, o que implica conhecimento prévio das suas expectativas e reais necessidades.

A instituição tem que ser acessível quanto a horários, informação e formas de comunicação. Os serviços a prestar devem ser fáceis de obter, cómodos de utilizar e de localizar e o tempo de espera o menos possível. Tem que ser participativo e dar aos colaboradores e aos utentes a oportunidade de contribuir com opiniões e sugestões para melhorar a qualidade dos serviços.

Para ter qualidade terá de ser um serviço credível, seguro e onde exista uma compreensão empática ou seja perceber bem a situação real do utente, no sentido de dar respostas adequadas e personalizadas. A qualidade está ainda patente na tangibilidade, igualdade, equidade e responsabilidade quanto ao serviço prestado e também na disponibilidade dos colaboradores que deverá ser orientada para as necessidades do utente.

A gestão da qualidade, centralização e avaliação contínua, integra três dimensões: A planificação, o controlo da qualidade e a melhoria da qualidade. A planificação visa determinar quais os utentes, projetar o serviço adequado às suas necessidades e intervir de forma a garantir a sua satisfação. O controlo da qualidade tem como finalidade a avaliação, comparando os objetivos definidos com os alcançados e corrigindo os desvios identificados. A melhoria de qualidade pretende, em função das correções dos devidos, ser sempre um aperfeiçoamento contínuo, objetivando a satisfação global do utente (Pires, 2004).

Para se ser um bom gestor é necessário planificar, prever assuntos e delinear uma estratégia. É necessário organizar, analisar e agrupar tarefas para que sejam executadas com eficiência por outras pessoas. É necessária uma capacidade de coordenação com coerência e harmonização dos programas. É fundamental dirigir, propor metas e objetivos, saber tomar decisões, ter capacidade de diálogo e negociação e maturidade emocional. A integridade, a excelência, a inovação e o espírito de equipa, são valores fundamentais que um gestor deve possuir para implementar a qualidade numa instituição.

Em consonância com Pires (2004) a qualidade funciona se houver motivação, honestidade, objetivos realistas, formação, padrões de qualidade exequíveis, trabalho de equipa, antecipação do erro, competência técnica, planeamento estratégico, plano de contingência e uma boa e equilibrada adequada.

A não qualidade das instituições pode provocar uma ausência de cooperação, desconfiança e controlo excessivo, falta de persistência, postura desinteressada, falta de diálogo e de sintonia, falta de coordenação e a não otimização, ineficácia e amadorismo. Neste sentido, uma instituição necessita de um bom gestor, de um projeto definido com um bom planeamento estratégico e de colaboradores formados e motivados, para que o projeto de implementação se torne possível, credível e acrescente verdadeiro valor à instituição.

1.4. Gestão e Liderança

A liderança é um dos temas mais investigados, tornando esta variável cada vez mais importante nas organizações. O mundo organizacional requer líderes para a gestão seja bem-sucedida das organizações, é consensual que uma boa liderança representa a forma mais eficaz de impulsioná-las no rumo ao sucesso. No decurso dos últimos anos, desenvolveram-se um conjunto significativo de estudos empíricos sobre liderança, mas apesar disso, não foi possível identificar claramente e sem equívoco, o que distinguia os líderes dos não líderes, os líderes eficazes dos líderes ineficazes, e as organizações eficazes das não eficazes (Fachada, 2013)

A liderança é um conceito difícil de definir, sendo que a evolução das suas teorias ao longo dos anos, tem sido acompanhada pelo desenvolvimento das teorias organizacionais, constatando-se que o tema é complexo e que ainda há muito por saber. Neste contexto, as teorias ou abordagens sobre a liderança evoluíram segundo quatro perspetivas: a perspetiva dos traços, a perspetiva dos estilos ou comportamentos, a perspetiva contingencial e as perspetivas da nova liderança (Fachada, 2013).

Segundo o portal da gestão existem atualmente sete estilos de liderança que podem ser utilizados, dependendo de equipa com que se está a trabalhar: a liderança autocrática, a liderança carismática, a liderança transformacional, a liderança participativa, a liderança transacional, a liderança Laissez-faire e a liderança virada para as pessoas ou orientada para as relações.

1ª - Liderança autocrática - é uma forma extrema de liderança, onde o líder exerce um nível elevado de poder sobre os membros da equipa. As pessoas que compõem a equipa não têm muitas oportunidades para apresentar sugestões, mesmo que estas sejam do interesse da equipa ou da instituição.

A maior parte das pessoas não gosta de ser tratada desta forma. Assim, este tipo de liderança tende a despoletar elevados níveis de absentismo e de insatisfação. Além disso, os resultados da equipa não recebem a criatividade e a experiência de todos os membros da equipa, pelo que se perdem muitos dos benefícios do trabalho de equipa. No entanto, no caso de alguns trabalhos de rotina ou sem exigência de qualificações, este estilo pode ser eficaz, se as vantagens do controlo se sobrepuserem às desvantagens.

2ª - Liderança carismática – o líder procede de forma a motivar a equipa. No entanto, um líder carismático pode ter tendência a acreditar mais em si próprio do que na equipa. Isto pode criar o risco de que um projeto, ou até mesmo a instituição, caia se o líder sair. A equipa acredita

que o sucesso está associado à presença do líder. Esta liderança acarreta uma grande responsabilidade e requer um compromisso a longo prazo por parte do líder.

3ª - Liderança participativa - apesar de ser o líder a tomar a decisão final, a equipa é incentivada a contribuir no processo de decisão. Isto não só aumenta a satisfação no emprego, ao envolver os membros da equipa naquilo que se está a passar, na instituição como também ajuda a desenvolver as capacidades de todos. Os colaboradores sentem que controlam o próprio destino e sentem-se motivados para trabalhar com afinco por algo mais do que a mera compensação financeira.

4ª - Liderança transacional - começa com a premissa de que os membros da equipa concordam em obedecer completamente ao líder quando começam a trabalhar com ele: normalmente a transação constitui o pagamento aos membros da equipa em troca de esforço e obediência. Assim, o líder tem o direito de "punir" os membros da equipa se o trabalho realizado não corresponder aos padrões pré-determinados. Os membros da equipa pouco podem fazer para melhorar a satisfação com o emprego sob este tipo de liderança. O líder pode dar algum controlo aos membros da equipa em relação a salário, usando incentivos que encorajam padrões ainda mais elevados ou uma maior produtividade. Um líder transacional pode ainda exercer a "gestão por exceção", onde, em vez de recompensar o trabalho melhor, pode tomar ações corretivas se os padrões exigidos não tiverem sido cumpridos. Esta liderança é apenas uma forma de gestão e não um estilo de liderança puro, já que é dado mais ênfase a tarefas a curto prazo. Tem grandes limitações em termos de conhecimento ou de trabalho criativo, mas continua a ser um estilo comum a muitas organizações.

5ª - Liderança transformacional - é o líder que inspira a equipa com uma visão partilhada do futuro. Os líderes transformacionais são muito visíveis e passam muito tempo a comunicar. Não lideram necessariamente a partir da linha da frente, uma vez que tendem a delegar responsabilidade entre as equipas. Os líderes de transformação procuram iniciativas que acrescentam valor. Este estilo de liderança é, sem dúvida, o mais adequado a organizações dinâmicas e competitivas. Como a participação demora, este estilo pode fazer com que os processos se desenrolem mais lentamente do que quando se recorre a uma abordagem autocrata, mas o resultado tende a ser melhor. Pode ser mais adequado quando o trabalho de equipa é essencial e quando a qualidade é mais importante do que a velocidade do mercado ou da produtividade.

6ª - Liderança Laissez-faire - Esta expressão em francês significa "deixar andar" e é usada para descrever um líder que deixa os colegas prosseguir com o que fazem. Pode ser eficaz se

o líder controlar o que é conseguido e dar conhecimento disso à equipa de forma regular. Normalmente, a liderança Laissez-faire funciona em equipas onde os indivíduos têm muita experiência e espírito de iniciativa. Pode também resultar em situações em que os gestores não exercem controlo suficiente.

7ª - Liderança virada para as pessoas ou liderança orientada para as relações – o líder está completamente concentrado na organização, apoio e desenvolvimento das pessoas que lidera. Como um estilo participativo, tende a existir um trabalho de equipa positivo e colaboração criativa. No entanto, se levado a extremos, pode resultar no fracasso dos objetivos da equipa. Na prática, a maior parte dos líderes recorre quer a estilos orientados para as tarefas, quer a estilos orientados para as pessoas.

No caso particular deste estágio verifica-se quer a liderança participativa quer a liderança orientada para as relações. A Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas (SCMTN) é regida por uma mesa administrativa que em cooperação com o coordenador das valências tomam decisões para a instituição. Nas várias respostas sociais, as decisões são tomadas também em consonância com os diretores técnicos. Por vezes, a equipa participa ativamente na decisão. Para a implementação da qualidade é necessário que exista uma liderança participativa porque apesar de ser o nível máximo hierárquico a tomar a decisão, a equipa deverá contribuir para todo o processo de decisão. É extremamente necessário que os membros da equipa estejam motivados para que seja possível o sucesso da instituição.

2. O Concelho de Torres Novas

Este capítulo tem como principal objetivo de caracterizar o concelho de Torres Novas fazendo uma abordagem à sua história. Pretende também identificar as respostas sociais de apoio para a terceira idade existentes no concelho. Outro dos objetivos deste capítulo é identificar alguns dados demográficos referentes à população de Torres Novas.

2.1. Caracterização do Concelho

O concelho de Torres Novas foi conquistado aos mouros por Dom Afonso Henriques em 1148, tendo depois a sua sede recebido foral em 1190, por Dom Sancho I. Este foral foi confirmado mais tarde por outros reis portugueses. Além destes forais, o concelho regia-se também pelos documentos denominados "Foros de Torres Novas", reguladores do seu direito, documentos estes considerados de grande importância para o estudo do municipalismo no nosso país. Até à conquista definitiva pelos cristãos, tanto o castelo como a povoação foram sucessivamente destruídos e reconstruídos. Em Torres Novas realizaram-se duas importantes cortes: a de 1438, reunidas após a morte de Dom Duarte, e as de 1535, em que se assinou o contrato de casamento da Infanta Dona Isabel com Carlos V, Imperador do Sacro Império Romano. Sobre a antiguidade de Torres Novas, apenas se poderá dizer que remonta à denominação romana, pois foram descobertas as ruínas de uma vila romana, a "Vila Cardilium" que servia de residência senhorial (Gregório, 2003).

Existem várias suposições acerca da origem do topónimo Torres Novas. Provavelmente, os gregos teriam erguido uma torre junto ao rio Almonda chamada Neupérgama, que quer dizer nova torre. Mas, esta torre viria a ser destruída pelos romanos e reedificada pelos cartagineses, que passam a denominá-la *kais pírgama*, isto é, torre queimada.

Por outro lado, pensa-se que data de 1190 um esforço de repovoamento desta área, quando D. Sacho I conquista definitivamente este território. Assim, o topónimo Torres Novas poderá estar relacionado com esse repovoamento e, simultaneamente, com a reconstrução das muralhas dos castelo.

A cidade de Torres Novas é uma cidade portuguesa pertencente ao Distrito de Santarém com cerca de 36 668 habitantes. É sede de um município com 270 km² de área, subdividido em 1 freguesias sendo elas: Assentiz; Brogueira, Parceiros de Igreja e Alcorochel; Chancelaria; Meia Via; Olaia e Paço; Pedrógão; Riachos; Santa Maria, Salvador e Santiago; São Pedro, Lapas e Ribeira Branca; Zibreira.

O estágio decorreu na freguesia da Brogueira com 21,10 km² de área e 1112 habitantes, dados de 2012. A freguesia foi extinta e agregada pela reorganização administrativa de 2012/2013, sendo o seu território integrado na União das Freguesias de Brogueira, Parceiros de Igreja e Alcorochel.

2.2. Respostas Sociais no concelho

No concelho de Torres Novas existem várias instituições, com respostas sociais para idosos, distribuídas pelas 10 freguesias, são elas:

- Lar Família Ideal – Alcorochel
- Lar Padre Américo – Nicho dos Rodrigues
- Centro De Dia Centro De Assistência Paroquial De Pedrogão – Pedrogão
- Equipamento Social Centro Social De Santa Eufémia – Chancelaria
- Centro De Dia De Assentiz - Assentiz
- Centro De Dia De São Silvestre - Carvalhal De Aroeira
- Equipamento Social Do Centro De Solidariedade Social Padre José Filipe Rodrigues – Zibreira
- Centro Social Divino Espírito Santo – Meia Via
- Fundação Maria Da Conceição E Humberto Horta – Meia Via
- Equipamento Social Centro Social Paroquial de Riachos – Riachos
- Lar Adolfo de Carvalho – Riachos
- Grupo De Amigos Avos E Netos – Lapas
- Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas
 - Casa De Repouso Visconde São Gião
 - Centro De Dia S. Simão – Brogueira
 - Centro De Dia De Torres Novas
- Mosteiro de São Bento – Torres Novas
- Casa De São Jorge – Torres Novas
- Centro Comunitário Do Centro De Bem-Estar Social Da Zona Alta – Torres Novas
- Lar São Paulo - Torres Novas

- Idade XL – Torres Novas

Estas instituições apresentam, na maior parte das vezes, mais do que uma resposta social. Das dezoito instituições apresentadas apenas sete tem unicamente uma resposta social. Destas sete instituições uma delas dispõe apenas de SAD e seis instituições as restantes dispõem apenas de estrutura residencial. As demais instituições apresentadas dispõem, cada uma delas, de centro de dia, centro de convívio e SAD.

No caso concreto da SCMTN esta instituição subdivide-se em três valências. A Casa de Repouso Visconde São Gião dispõe da resposta social de estrutura residencial para idosos. O Centro De Dia De Torres Novas dispõe de centro de dia, SAD , centro de convívio e cantina social. O CDSS dispõe de centro de dia, SAD, centro de convívio, gabinete de alzheimer e outras demências e cantina Social.

Em média, existem no concelho quarenta serviços de apoio à terceira idade, sendo as estruturas residenciais, os centros de dia e o SAD os mais comuns.

2.3. Demografia do Concelho

Segundo a Câmara Municipal de Torres Novas, relativamente à evolução demográfica do concelho de Torres Novas, é sobejamente discutido o progressivo envelhecimento da população nas sociedades desenvolvidas não havendo ainda análises exatas acerca da dimensão das inevitáveis consequências desta tendência. A situação tende a agravar-se, arrastando consigo problemas de índole social e económico. Portugal também tem assistido ao contínuo aumento da percentagem de idosos no seu total de população, especialmente nas duas últimas décadas, resultado do contínuo decréscimo da natalidade em paralelo com o aumento da esperança média de vida à nascença dos portugueses. O que tem acontecido em Torres Novas demonstra bem as transformações ocorridas na estrutura etária da população do país. Note-se a distribuição da população pelos grandes grupos etários, que no início do século passado apresentava uma percentagem de jovens cinco vezes superior à percentagem de idosos, situação que se alterou significativamente até ao ano 2001. O concelho de Torres Novas segue a tendência do país e apresenta-se maioritariamente envelhecido.

3. O estágio na Instituição

Neste capítulo irá proceder-se à caracterização da SCMTN, sua história, missão, princípios orientadores e respostas sociais. Será também elaborada uma caracterização exaustiva do CDSS e explicação de todo o seu serviço. Por último será identificada a qualidade no CDSS. Foram elaborados os processos-chaves de acordo com os documentos da segurança social, são eles: os documentos de candidatura, os documentos de admissão e acolhimento, documentos do plano de desenvolvimento individual, documentos do planeamento e acompanhamento de atividades socioculturais, documentos cuidados pessoais, documentos nutrição e alimentação, documentos apoio psicossocial e ainda documentos de apoio nas atividades de vida quotidiana.

3.1. Caracterização Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas

Segundo Bicho (1997) em Torres Novas, no ano de 1534, um conjunto de “homens bons” da então vila institui a Irmandade da Misericórdia, que numa fase inicial exerceu a sua missão – obras de piedade e beneficência – com esmolas que os irmãos recebiam nas freguesias. Esta Irmandade começou a sua ação sem ter quaisquer bens patrimoniais ou rendimentos próprios, no entanto em 1538 recebeu de D. Jaime de Lencastre (prior das quatro freguesias da Vila) a Ermida dos Fieis de Deus e terrenos anexos a esta. Foi aqui, no lugar da ermida, que mais tarde a irmandade edifica a igreja da misericórdia, a sede da irmandade e constrói o primeiro hospital em 1580. Enquanto se concluía a construção, a irmandade esteve alojada na igreja de Santa Maria de Alcárcova onde se realizou o definitório que elegeu o primeiro provedor e mesários em 1566.

Em 1579 a Câmara entregou à Misericórdia os rendimentos e bens de sete confrarias:

- Confraria de Jesus, também chamada Confraria dos lavradores, ereta na igreja de Santiago com um hospital e albergaria;
- Confraria de Salvador, ereta na igreja com o mesmo nome
- Confraria de Santa Maria do Vale, ereta na sua ermida com o respetivo hospital
- Confraria de Santa Maria dos Anjos, ereta na sua capela;
- Confraria de S. Pedro, ereta na igreja de S. Pedro com sua albergaria no Ral;
- Confraria de S. Bento, ereta na igreja de S. Pedro
- Confraria da Gafaria, ereta na Capela de Santo André com o seu hospital de leprosos.

Em 1865 aconteceu um maior desenvolvimento na sua ação de caridade com a construção de um novo hospital inaugurado em 31 de Dezembro de 1882. Era provedor da Misericórdia o Dr. Carlos Azevedo Mendes quando no hospital nasceu uma menina de pais tuberculosos que vieram a falecer um ano depois deixando a criança no hospital ao cuidado das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição. Este episódio fez nascer no provedor o desejo de fundar um equipamento de acolhimento a meninas órfãs ou sem lar adequado. Com o nome de asilo – creche foram inauguradas as novas instalações a 27 de março de 1927. A 17 de Fevereiro de 1974 é inaugurado um novo edifício no bairro das Tufeiras para onde se muda o Asilo-Creche, agora com o nome Lar Dr. Carlos Azevedo Mendes com uma lotação para sessenta e quatro meninas. Ainda no mesmo edifício mas com administração separada, foi também inaugurado um infantário para acolher trinta crianças. Ambas as respostas estão hoje em funcionamento.

A 8 de Dezembro de 1928 o 2º Visconde de S. Gião faz uma doação à misericórdia do Asilo para Velhos instituído pelo seu pai, nos Mesiões, juntamente com alguns títulos de dívida pública e horta como meio de sustentação do asilo. Durante muito tempo funcionou no rés-do-chão do hospital vindo mais tarde, em 18 de dezembro de 1966 a ser transferido para um novo edifício nas Casas Altas onde ainda se mantém. Ao ser transferido para estas instalações dá-se também uma mudança no nome que passou a denominar-se Casa de Repouso Visconde S. Gião (Gregório, 2003).

Os centros de dia não são uma invenção da Misericórdia mas esta adotou-os “porque viu neles uma via humana de tornar menos solitária e mais ativa a vida dos idosos”. (Bicho, 1997) A 1 de Março de 1982 entrou em funcionamento o primeiro centro de dia da Misericórdia denominado Centro de Dia José Maria Viegas Tavares. A 15 de abril de 1991 foi inaugurado na freguesia de Brogueira, pertencente ao concelho de Torres Novas outro Centro de Dia denominado Centro de Dia S. Simão (Bicho, 1997).

Recentemente foram criados o Gabinete de Apoio a Alzheimer e outras Demências e o Gabinete de Ação Social de forma a colmatar as necessidades que se sentiam nestes âmbitos.

A SCMTN dispõe, então, das seguintes respostas sociais

- Casa de Repouso Visconde S. Gião
- Centro de Dia José Maria Viegas Tavares
- Centro de Dia S. Simão
- Gabinete de Apoio a Alzheimer e outras Demências
- Gabinete de Ação Social

- Lar Dr. Carlos Azevedo Mendes
- Infantário Margarida Pinto Bastos e Almeida

Ainda segundo Bicho (1997) a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). É uma instituição única, indivisível e concorrente no seu serviço de misericórdia ao próximo. Para isso está organizada funcionalmente e hierarquicamente, com uma estrutura em recursos humanos e materiais adequados ao serviço que desempenha.

A gestão é efetuada por um órgão denominado Mesa Administrativa, composta por sete elementos, responsáveis por todas as decisões tomadas de cariz estratégico. A natureza do serviço cristão que norteia e serve de base à existência da SCMTN, deverá estar permanentemente presente em todos os colaboradores, utentes e demais colaboradores, num espírito de servir e bem-fazer em cada tarefa, para que se possam cumprir as obras da Misericórdia.

A missão da SCMTN é fundamentalmente prestar cuidados aos mais desfavorecidos, a quem precisa de apoio social e a quem se encontra em situação social fragilizada em todo o concelho de Torres Novas.

Através das várias valências a SCMTN promove respostas sociais de forma sustentada, integrada numa rede de parceiros sociais. É um modelo de referência enquanto instituição, aproximando as pessoas através da consolidação de afetos e de valorização do indivíduo, pela qualidade dos serviços prestados, procurando a constante inovação, formação e excelência na qualidade da sua atividade.

A SCMTN rege-se pelos princípios cristãos de humanização, centralidade pessoalizada em cada ou necessitado. Tem sempre presente a humanização e personalização dos serviços, caridade, dignidade, ética e igualdade de tratamento em todas as pessoas.

Esta instituição procura melhorar continuamente a qualidade de vida dos s e as suas famílias, identificar e antecipar todas as necessidades individuais dos s e seus familiares e incentivar a inovação, a criatividade e a gestão participativa e sustentada de forma a garantir uma melhoria contínua do serviço e da qualidade prestada.

Para a gestão e administração de todo o património, existem os serviços administrativos, a quem competirá apoiar as valências nas suas tarefas e dar corpo às deliberações da Mesa Administrativa (Bicho,1997).

3.2. Centro de Dia São Simão

É fundamental que nas instituições predomine a atuação humanizada, personalizada e que se tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os utentes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de onde cada um provém é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas idosas, de acordo com os seus desejos e interesses. Inspirado nesta realidade, o CDSS procura continuar a contribuir para uma atuação em harmonia com essa perspetiva que tem norteado a sua intervenção ao longo dos últimos anos.

Neste sentido o CDSS presta apoio na União das Freguesias de Brogueira, Parceiros de Igreja e Alcorochel que abrange uma área de 42,07 km² e tem aproximadamente 2 829 habitantes. Esta união de freguesias pertence ao concelho de Torres Novas.

O CDSS tem como respostas sociais, centro de dia, SAD, centro de convívio, gabinete de alzheimer e outras demências e cantina social. Atualmente o CDSS apoia setenta e três utentes distribuídos por cada uma das suas respostas sociais. Em centro de dia presta apoio a trinta e um utentes de segunda a sexta-feira, tendo acordo com o centro distrital de segurança social para quarenta utentes.

Em apoio domiciliário presta serviço a trinta utentes de segunda-feira a domingo, tendo acordo com a Segurança Social para trinta e quatro utentes. O grupo de convívio é frequentado por doze utentes todas as quartas-feiras e quintas-feiras entre as 15.00h e as 17.30h.

O CDSS assegura a prestação dos serviços necessários ao bem-estar biopsicossocial dos utentes nomeadamente: alimentação, adequada às necessidades e às prescrições médicas de cada utente; cuidados de higiene e conforto adequados; lavagem e tratamento de roupas; apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana; transporte; acompanhamento nos cuidados médicos/enfermagem; administração de medicação; deslocações ao exterior; apoio psicossocial; apoio espiritual e atividades de animação sociocultural, recreativas e ocupacionais. Pretende ser uma referência em termos de apoio social centrando a sua ação na inovação de serviços de qualidade que respondam às necessidades e interesses da comunidades.

Conta também com uma equipa composta por uma diretora técnica que é simultaneamente técnica superior de serviço social, uma encarregada de serviços, onze ajudantes familiares, subdivididas em ajudantes de centro de dia, ajudantes de apoio domiciliário e auxiliares de

serviços gerais, todas estas colaboradoras estão a tempo integral na instituição. A equipa conta ainda com uma animadora sociocultural e uma psicóloga a tempo parcial.

3.3. Qualidade no Centro de Dia São Simão

Hoje em dia a economia social tem um significado renovado em virtude da conjuntura económica e social que afeta a Europa e o mundo. As necessidades sociais estão a evoluir exigindo maior qualidade e tem-se assistido a um aumento da certificação das respostas sociais.

Em Portugal existem vários modelos de certificação nas respostas sociais a certificação EQUASS (*European Quality Assurance in Social Services*) e a certificação segundo os modelos do MSESS.

A abordagem do EQUASS, estruturado nos princípios da qualidade da *Common Quality Framework for Social Services of General Interest* e na metodologia da autoavaliação utiliza um questionário na auditoria interna realizada pelas próprias organizações, e na auditoria externa de certificação. O modelo gerido pelo EQUASS que forma os auditores e consultores e certifica a qualidade do serviço social e as boas práticas da gestão da qualidade.

Os modelos são diferentes na sua conceção. O Modelo Normativo ISS tem por objetivo construir um sistema de gestão da qualidade para a implementação dos princípios da qualidade e dos critérios definidos no modelo. A certificação é efetuada por um organismo certificador. O Modelo EQUASS certifica o serviço social de acordo com os 10 princípios da Qualidade e critérios do EQUASS, assegurando a qualidade do serviço.

Neste caso específico vamos focar-nos no Modelo Normativo ISS da Segurança Social.

A qualidade é a capacidade de uma organização mobilizar de uma forma eficiente todos os recursos, internos e externos, por forma a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e partes interessadas, melhorando continuamente a sua eficácia e eficiência.

As instituições poderão sentir dificuldades na implementação do sistema de gestão da qualidade devido à escassez de recursos humanos, à antiguidade dos edifícios que não cumprem a legislação, à carência de manutenção nos equipamentos. A nível organizacional poderá existir uma política fechada, resistente à mudança e à inovação, resistência à formalização dos processos e confusão dentro da instituição (Pires, 2004).

Os níveis delineados no manual da gestão da qualidade correspondem a três níveis de exigências diferentes, A, B e C, permitindo uma implementação gradual, podendo a resposta social solicitar uma qualificação de nível B ou A no 1º ano, se assim estiver preparada. O

nível C tem carácter obrigatório. Segue-se uma explicação sobre os níveis delineados. No nível C a resposta social deverá obrigatoriamente cumprir com os requisitos estabelecidos para este nível. No nível B a resposta social deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos no nível C e B e no nível A resposta social deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos para o nível C, B e A.

O sistema de gestão da qualidade das IPSS está suportado num conjunto de exigências consolidadas em vários critérios, que se enquadram em dois grupos: *meios* e *resultados*. Os critérios *meios* abrangem aquilo que a organização faz, ou seja, como opera para gerir a organização e são os seguintes: 1. Liderança, Planeamento e estratégia; 2. Gestão das pessoas; 3. Recursos e parcerias; 4. Processos. Os critérios *Resultados* abrangem o que uma organização alcança, ou seja, o que atinge em relação a todos aqueles que têm interesses na organização - s, colaboradores, comunidade, acionistas – e são os seguintes: 5. Satisfação dos utentes; 6. Satisfação das pessoas; 7. Impacto na sociedade; 8. Resultados de desempenho.

Segundo o MESS, baseado numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, definiram-se os seguintes conceitos de referência:

- 1 Orientação para os resultados - A excelência está dependente da forma como se equilibra e satisfaz as necessidades de todas as partes relevantes interessadas (inclui as pessoas que trabalham na organização, os utentes, os fornecedores e a sociedade em geral, assim como aqueles que têm interesses financeiros na organização).
- 2 Enfoque no utente - O utente é o árbitro final da qualidade do produto e serviço e a fidelização dos utentes, assim como a retenção e ganhos em termos de quotas de mercado são melhor otimizados através de um claro enfoque nas necessidades e expectativas dos atuais e potenciais utentes. No modelo de avaliação da qualidade, o conceito de utente abrange as seguintes entidades: utente, família, representante legal ou outra pessoa próxima designada pelo utente.
- 3 Liderança e constância nos propósitos - O comportamento dos líderes numa organização gera clareza e unidade de propósitos através de toda a organização e um ambiente no qual a organização e as suas pessoas podem aceder à excelência.
- 4 Gestão por processos e por factos- O desempenho das organizações é mais eficaz quando todas as atividades interrelacionadas são compreendidas e sistematicamente geridas, quando as decisões referentes às operações correntes e às melhorias planeadas são tomadas com base em informação fidedigna, incluindo as perceções das partes interessadas.

- 5 Desenvolvimento e envolvimento das pessoas - Todo o potencial das pessoas de uma organização pode ser melhor através da partilha de valores e de uma cultura de confiança e de responsabilização, a qual encoraja o envolvimento de todos.
- 6 Aprendizagem contínua, inovação e melhoria - O desempenho organizacional é maximizado quando baseado numa gestão e partilha de conhecimentos, dentro de uma cultura de aprendizagem contínua, inovação e melhoria.
- 7 Desenvolvimento de parcerias - Uma organização trabalha de uma forma mais eficaz quando estabelece com os seus parceiros relações de benefícios mútuos, assentes na confiança, na partilha dos conhecimentos e na integração.
- 8 Responsabilidade pública - Os interesses a longo prazo da organização e das suas pessoas são melhor servidos se for adotada uma abordagem ética e excedidas, em larga medida, as expectativas e regulamentações da comunidade.

De acordo com a Segurança Social um sistema de gestão da qualidade permite criar o enquadramento certo para a melhoria contínua, de modo a aumentar a probabilidade de conseguir a satisfação dos utentes e das outras partes interessadas, transmitindo ainda confiança à organização e aos seus utentes da sua capacidade para fornecer produtos que cumpram de forma consistente os respetivos requisitos. Tendo por base as diferentes tipologias das entidades e organizações que desenvolvem a resposta SAD, independentemente do número de utentes e da natureza da atividade, considera-se ao nível do modelo organizacional a existência dos seguintes serviços: administrativos, cuidados pessoais, atividades socioculturais, nutrição e alimentação, higiene, segurança e limpeza.

Neste contexto, sendo o âmbito de intervenção o sector da ação social, na área da população em situação de dependência e, em concreto, a resposta de SAD, pretende apresentar-se alguns elementos para a implementação de um sistema de gestão da qualidade. Para desenvolvimento deste modelo no âmbito do estágio foram identificados os processos-chave de prestação de serviço, independentemente da sua natureza e dimensão:

1. Candidatura
 - a. Atendimento
 - i. Informação disponibilizada ao utente
 - ii. Ficha de inscrição parte A e B
 - b. Seleção e priorização das candidaturas
 - i. Carta de aceitação da inscrição

ii. Carta da não-aceitação da inscrição

iii. Lista de espera

O objetivo da candidatura é estabelecer regras gerais para as atividades de atendimento, análise e seleção e priorização das candidaturas e gestão da lista de espera dos utentes candidatos ao SAD, assim como para a apresentação da equipa de cuidadores ao candidato admitido. Aplica-se a todos aos colaboradores que desempenham funções nos serviços responsáveis pelas candidaturas de inscrição no SAD - atendimento, análise, seleção, priorização e gestão da lista de espera e apresentação dos colaboradores. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo operativo:

- Atendimento

- Receção do utente - O utente e/ou pessoa próxima (representante legal, familiar ou outro designado pelo utente), adiante designado como utente, são recebidos pelo responsável de atendimento, dentro de um horário previamente estabelecido e num local específico para o efeito, no qual estão afixados, visivelmente, os documentos obrigatórios por lei. O espaço de receção ao utente deve contemplar características como conforto, ambiente calmo, luminosidade adequada, climatização apropriada, entre outras. Por exemplo, o espaço deverá possuir cadeiras que permitam aos utentes estarem sentados enquanto aguardam a vez. O atendimento é sequencial por ordem de chegada.
- Prestações da informação - No atendimento do utente são disponibilizadas informações sobre o funcionamento da organização.
- Visita às instalações - É sempre proporcionada ao utente uma visita geral às instalações do estabelecimento, sem perturbar o regular funcionamento do mesmo, cumprindo as normas de higiene e segurança dos diferentes espaços.
- Receção e análise do pedido de inscrição - Receber a ficha de inscrição, atribuir o número de entrada, anexando-se a documentação nos termos da legislação em vigor e analisar o pedido efetuado.

- Seleção e priorização das candidaturas

- Avaliação inicial dos requisitos - É realizada uma primeira seleção dos candidatos de acordo com os critérios de seleção e priorização de candidaturas estabelecidos.
- Informação da decisão - Após a avaliação inicial dos requisitos, é verificada o número de vagas existentes. Os utentes são sempre informados do resultado da seleção num período máximo de cinco dias úteis, após o pedido de inscrição. Se for selecionado e existir vaga, o utente é informado da decisão utilizando para o efeito o impresso da carta de aceitação de inscrição - onde consta a data da entrevista pré-diagnóstica e os documentos a apresentar. Se for selecionado e não existir vaga o utente é informado e/ou inscrito na lista de espera. Se não for selecionado o utente, este e/ou pessoa próxima (familiar ou outro) é/são informado (s) da decisão, utilizando para o efeito o impresso a carta de não-aceitação de inscrição. Para estas duas últimas situações, a instituição deve disponibilizar informação aos utentes de outras alternativas possíveis existentes na comunidade, e se possível estabelecer contactos, de forma a proporcionar a obtenção de resposta em tempo real.
- Entrevista pré-diagnóstica - Após a seleção, é realizada ao utente uma entrevista, a qual deverá ocorrer no domicílio do mesmo. Os objetivos da entrevista são: proceder a uma avaliação sumária das condições sociais, de autonomia e de habitação do utente; identificar as necessidades e expectativas do utente e/ou pessoa próxima relativas aos serviços que pretendem contratualizar na admissão.
- Apresentação dos colaboradores - São apresentados todos os colaboradores que irão contactar com o utente e/ou pessoa próxima (familiar ou outro), especialmente o seu responsável e aqueles que o farão com mais frequência.
- Integração/ atualização da lista de espera - Os utentes que satisfazem as condições de seleção e priorização mas para as quais não existe vaga, são inscritos na instituição através do preenchimento do impresso de Lista de Espera. A inscrição do utente na lista respeita a pontuação obtida na avaliação dos critérios de seleção e priorização. O responsável informa o utente da sua integração na lista.
- Gestão da lista de espera – O responsável pela gestão da lista de espera informa o utente periodicamente (no mínimo trimestralmente), ou sempre que solicitado, da sua posição na lista. Quando o utente e/ou pessoa próxima informa que não está interessada na sua inscrição/manutenção na lista de espera, a instituição arquiva o processo na área administrativa por um período mínimo de um ano e atualiza a lista de espera. Quando o utente comunica que foram alteradas as condições em que foi

selecionado procede-se à reavaliação dos requisitos. Quando existe uma vaga, o responsável pela gestão da lista seleciona o utente e informa-o ou à pessoa próxima. Se utente e/ou pessoa estão interessados procede-se à entrevista pré-diagnóstica. Se não estão interessados, arquiva-se o processo na área administrativa por um período mínimo de um ano e atualiza-se a lista de espera.

- Arquivo – Os documentos utilizados no processo de candidatura são arquivados no processo individual do utente.

2. Admissão e acolhimento

- a. Contrato e processo individual do utente
- b. Entrevista de avaliação diagnóstica
 - i. Ficha de avaliação diagnóstica
- c. Programa de acolhimento inicial
 - i. Lista de material fornecido pelo utente
 - ii. Programa de acolhimento inicial

O objetivo da admissão e acolhimento é estabelecer regras gerais para a elaboração do contrato, abertura do processo individual do utente, realização da entrevista de avaliação diagnóstica e definição do programa de acolhimento inicial. Aplica-se aos serviços com responsabilidades na elaboração do contrato, abertura do processo individual do utente, na realização da entrevista de avaliação Diagnóstica e na definição e acompanhamento do Programa de acolhimento inicial. Os indicadores são ferramentas essenciais para medir o desempenho dos processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo Operatório:

- Contrato - Após decisão favorável sobre a admissão do utente, é estabelecido um contrato de prestação de serviços. As regras de elaboração, alteração, suspensão e rescisão do contrato estão previstas no ponto contrato e processo individual do utente.
- Elaboração do processo individual do utente - Após a elaboração do contrato é constituído um processo individual, para cada utente, ao qual é atribuído um número sequencial, que substitui o número provisório de inscrição. Os documentos a constar

no processo individual encontram-se previstos no ponto contrato e processo individual do utente.

- Entrevista de avaliação diagnóstica - Com a finalidade de avaliar de forma aprofundada as necessidades e expectativas do utente e/ou pessoa(s) próxima(s) face aos serviços a prestar, é efetuada, na residência do utente, uma entrevista avaliação diagnóstica.
- Programa de acolhimento inicial - O acolhimento inicial é efetuado pelo colaborador responsável pela integração do utente. Se for necessário alterar os objetivos de intervenção, o responsável pelo programa de acolhimento dá conhecimento ao utente e procede à negociação das respetivas alterações: se o utente concordar com a alteração dos objetivos então, o responsável do programa define as ações a implementar e no final de trinta dias após o início do programa, procede à elaboração do relatório de avaliação do programa de acolhimento. Se não houver acordo com o utente relativamente à alteração dos objetivos poderá ser equacionada a rescisão do contrato. Se os objetivos de intervenção não necessitam de ser alterados então procede-se à elaboração do relatório.
- Relatório de avaliação do programa de acolhimento inicial - É elaborado um relatório final sobre o processo de integração e adaptação do utente, utilizando para o efeito o impresso programa de acolhimento inicial. Se o utente se adaptou, o relatório é arquivado no processo individual; se não se verificou adaptação e a situação persistir é dada a possibilidade ao utente de rescindir o contrato.
- Rescisão do contrato - A rescisão do contrato é efetuada de acordo com as regras estabelecidas no regulamento interno.
- Arquivo - O relatório final sobre o processo de acolhimento é arquivado no processo individual do utente.

3. Plano de desenvolvimento individual

O objetivo do plano de desenvolvimento individual (PDI) é estabelecer as regras gerais a observar na elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PDI. Este processo aplica-se a todos os colaboradores dos serviços intervenientes na elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PDI. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função

do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo Operatório

- **Elaboração** - Para a elaboração do PDI são definidos os responsáveis pela sua coordenação, elaboração, análise, implementação, monitorização, avaliação e revisão. No PDI, deve estar definida uma metodologia para a gestão e prevenção de situações de negligência, abusos e maus tratos. Se internamente são garantidos os recursos necessários (humanos e materiais) para a elaboração do PDI, procede-se à validação do mesmo. Se internamente não são garantidos os recursos necessários, recorre-se a entidades/colabores externos e aquisição de material.
- **Recorrer a entidades/colaboradores externos e aquisição de material** - Sempre que necessário, a instituição recorre a outros serviços, colaboradores externos ou constitui parcerias, para dar resposta às necessidades específicas ou expectativas dos utentes, assim como a aquisição de material. No caso de estabelecer uma parceria, deverá formalizar um protocolo no âmbito da mesma.
- **Validação** - O PDI é analisado pelo utente e/ou pessoa (s) próxima (s), colaboradores internos e externos envolvidos na sua implementação, com vista à sua aprovação. Se o utente, pessoa(s) próxima(s) e colaboradores envolvidos na intervenção concordarem com o PDI apresentado, o mesmo é assinado por todas as partes envolvidas. Se o utente, pessoa(s) próxima(s) e colaboradores envolvidos na intervenção não concordarem com o PDI, o mesmo é alvo de alteração e posterior aprovação.
- **Implementação** - O PDI é operacionalizado de acordo com os objetivos, atividades e ações negociadas por todos os atores intervenientes, incluindo o utente e a(s) pessoa(s) próxima(s). Na fase de implementação do PDI, os colaboradores para registar todas as atividades, ações e respetivas tarefas devem utilizar impressos elaborados para esse objetivo e que se encontram anexados aos diferentes processos. Deve sempre manter-se os mesmos cuidadores, salvo em situações imprevisíveis (gozo de férias, outras licenças, outras situações), sendo desaconselhável a mudança contínua de cuidador na prestação dos serviços.
- **Reformulação**- As alterações a serem introduzidas no PDI são sujeitas a nova validação por todos os intervenientes (utente, familiar, representante legal, colaboradores, outros), condição necessária para a sua implementação.

- Monitorização, avaliação e revisão- O PDI é monitorizado, bem como avaliado e revisto, sempre que necessário, com todos os atores envolvidos (utente, pessoa próxima, colaboradores diretos e indiretos).

O PDI é um instrumento que visa que os serviços prestados ao utente promovam a sua autonomia e qualidade de vida, respeitando o projeto de vida, hábitos, gostos, confidencialidade e privacidade da pessoa.

A elaboração do PDI deve ser adequada às necessidades, hábitos, interesses e expectativas de cada utente, na medida em que este é um ser único e individual, pelo que se deve ter em atenção os seguintes princípios/regras:

- Definir um conjunto de atividades e ações que respeitem o género, religião, identidade e cultura, entre outras do utente;
- Promover um conjunto de atividades e ações que respeitem o projeto de vida, a autonomia, os hábitos, os interesses, as expectativas, as competências e potencialidades do utente;
- Promover a participação ativa do utente e/ou pessoa (s) próxima (s) em todas as fases de planificação das atividades;
- Considerar que a ocupação quotidiana do tempo por parte do utente depende do seu projeto de vida, competências e potencialidades, hábitos de vida e lazer, bem como dos estímulos oferecidos pelo SAD;
- Estabelecer e desenvolver atividades que promovam a comunicação e convivência.

O PDI é monitorizado mensalmente, através dos registos diários efetuados pelos colaboradores nos impressos e outros instrumentos criados para o efeito.

O PDI é avaliado e revisto, semestralmente e/ou sempre que necessário, através do envolvimento de todos os intervenientes (colaboradores diretos e indiretos, família, utente, outros), com vista a melhorar a qualidade dos serviços e adequá-los às necessidades dos utentes que, ao longo do tempo, vão surgindo.

O objetivo da avaliação é medir a eficiência e a eficácia do plano e o impacto que este está a ter no utente e pessoa (s) próxima (s). Por conseguinte, a avaliação deverá permitir medir se os objetivos gerais e específicos da intervenção foram alcançados; a adequação dos objetivos gerais de intervenção, objetivos específicos, atividades e ações às necessidades e expectativas do utente; a satisfação do utente e/ou pessoa (s) próxima (s) com o desempenho da execução das atividades e ações; a adequação dos recursos utilizados e os custos envolvidos na

realização do plano; o impacto dos serviços na melhoria e promoção da autonomia e qualidade de vida do utente.

O responsável pela avaliação e a equipa definem os indicadores de avaliação, assim como os instrumentos metodológicos específicos, tais como:

- Entrevistas/questionários de satisfação dos utentes e pessoas próximas (famílias e outros);
- Pareceres técnicos em domínios específicos, como por exemplo avaliação cognitiva e funcional do utente;
- Análise dos resultados da monitorização semanal.

Os indicadores de monitorização e avaliação são definidos simultaneamente com a planificação de atividades a desenvolver com o utente.

O resultado da monitorização e avaliação deve ser do conhecimento do utente, sendo registado, datado, assinado por ambas as partes e arquivado no processo individual do mesmo. A instituição deve elaborar registos para evidenciar os resultados da monitorização e avaliação, sendo que estes devem fazer parte integrante do processo individual do utente.

Sempre que sejam envolvidos outros serviços e/ou intervenientes (externos ou internos) com responsabilidade na prestação direta ou indireta na implementação do PDI, estes devem ter conhecimento, em tempo útil, das revisões e alterações ao plano.

Sempre que as alterações ao PDI justifiquem mudanças nos serviços contratualizados com o utente e/ou pessoa (s) próxima (s) o contrato é revisto.

4. Planeamento e acompanhamento das atividades socioculturais

- a. Plano de atividades socioculturais (PAS)
- b. Registo de presenças

O objetivo do planeamento é estabelecer as regras gerais para a elaboração, validação, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PAS. Aplica-se a todos os colaboradores e serviços responsáveis envolvidos no planeamento e acompanhamento de atividades socioculturais. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos Processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo Operatório:

- Levantamento de necessidades coletivas no âmbito das Atividades Socioculturais - Após a avaliação diagnóstica, que identificou as necessidades socioculturais de cada utente, os colaboradores do SAD definem a intervenção, para o conjunto de utentes, relativa a este tipo de atividades, através de um plano de atividades socioculturais.
- Elaboração - Para a elaboração do PAS, são definidos os responsáveis pela sua coordenação, elaboração, análise, implementação, monitorização, avaliação e revisão. Se internamente são garantidos os recursos necessários (humanos e materiais) para a elaboração do PAS, procede-se à validação do mesmo; se internamente não são garantidos os recursos necessários, recorre-se a entidades/colaboradores externos e a aquisição de material.
- Recorrer a entidades/colaboradores externos e a aquisição de material - Para dar resposta às necessidades específicas ou expectativas dos utentes, sempre que necessário, a instituição recorre: à aquisição de material; a outros serviços ou a colaboradores externos; à constituição de parcerias. No caso de se estabelecer uma parceria, deverá formalizar um protocolo no âmbito da mesma.
- Validação - O PAS é analisado pelo utente e/ou pessoa próxima, restantes colaboradores internos e externos envolvidos na sua implementação, com vista à sua aprovação. Se os utentes/pessoa(s) próxima(s) não validar (em) o Plano de Atividades Socioculturais este será revisto. Se os utentes/pessoas próximas validarem o PAS será implementado.
- Reformulação - As alterações ao PAS, devem resultar da concordância do utente e de todos os intervenientes. No entanto, quando assim não é possível, o gestor do processo deve proceder às reformulações necessárias e assegurar que todos têm conhecimento das mesmas e as aceitam, condição necessária à sua implementação.
- Implementação - A implementação do PAS é realizada através da execução das atividades socioculturais. Nas situações em que o SAD esteja inserido numa instituição com outras respostas sociais e com vista a otimizar e potenciar recursos, o gestor do processo deve articular os PAS de cada resposta social, constituindo um plano único, bem como integrar e articular com os projetos de animação sociocultural. É da responsabilidade do utente, a decisão de participação nas atividades planeadas/previstas. Quando solicitado pelo utente, deve ser proporcionada a possibilidade de participação em atividades não previstas. Para cada atividade planeada deverá estar sempre previsto o modo de atuação em situações de emergência.

- Monitorização, avaliação e revisão - O PAS é monitorizado, avaliado e revisto, sempre que necessário, com todos os atores envolvidos (utente, pessoa(s) próxima(s), colaboradores diretos e indiretos).

5. Cuidados Pessoais

- a. Cuidados pessoais e de saúde
- b. Cuidados de higiene e imagem
- c. Cuidados médicos e de reabilitação
 - i. SOS
- d. Cuidados de enfermagem
- e. Assistência medicamentosa
 - i. Medicação e indicação terapêutica

O objetivo é estabelecer as regras gerais para a gestão dos cuidados de higiene e imagem, saúde e reabilitação dos utentes em SAD. Aplica-se aos colaboradores e serviços responsáveis pela prestação dos seguintes cuidados: higiene e imagem; médicos; enfermagem; reabilitação; assistência medicamentosa. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição.

Modo Operatório:

- Cuidados de higiene e imagem - Define as regras gerais relativas aos cuidados de higiene e imagem a prestar aos utentes (de acordo com a avaliação das suas necessidades e expectativas), aos colaboradores, ao espaço, equipamentos e utensílios.
- Cuidados médicos e de reabilitação - define as regras gerais relativas aos cuidados de saúde e/ou as atividades de reabilitação a prestar ao utente, de acordo com a avaliação geriátrica efetuada.
- Cuidados de enfermagem - define as regras gerais relativas aos cuidados de enfermagem a prestar ao utente, decorrentes da avaliação geriátrica efetuada.
- Assistência medicamentosa – define as regras gerais relativas à administração terapêutica a prestar ao utente e os eventuais efeitos secundários.

6. Nutrição e alimentação

- a. Elaboração de ementas
- b. Receção, armazenamento e conservação dos produtos alimentares

- i. Controlo de receção de matérias-primas
- ii. Controlo da validade dos produtos
- c. Preparação e confeção de alimentos
 - i. Registo do equipamento entregue/recebido
 - ii. Controlo de óleo de frituras
- d. Transporte, distribuição e apoio nas refeições
 - i. Recolha de amostras de testemunho

O objetivo é estabelecer as regras gerais para a elaboração de ementas, preparação, confeção, distribuição e apoio das refeições de acordo com as necessidades do utente e garantir uma alimentação equilibrada, seguindo as boas práticas de higiene e segurança alimentar. Aplica-se a todos os colaboradores que desenvolvem atividades no âmbito da elaboração de ementas, preparação, confeção, distribuição e apoio das refeições e na identificação e análise de perigos/ocorrência de falhas expectáveis neste processo da cadeia alimentar. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos Processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo Operatório:

- Identificação - A identificação das necessidades alimentares do utente é realizada em entrevista com o próprio e/ou pessoa(s) próxima(s) e inscrita no PDI. À parte desse momento, novas necessidades podem ter lugar, nomeadamente com a informação diária do utente e/ou pessoa(s) próxima(s) (por exemplo problemas gastrointestinais/ alteração da dieta). A instituição define um plano de refeições de acordo com as necessidades, hábitos, interesses/preferências individuais de cada utente.
- Elaboração das ementas - Deve obedecer à avaliação nutricional do utente, às dietas prescritas pelo médico, aos hábitos e interesses/preferências dos utentes e às regras de uma alimentação equilibrada.
- Elaboração do plano HACCP - Na elaboração do plano HACCP devem ser seguidos os princípios estabelecidos por lei, que a seguir se apresentam:
 - a) Identificar quaisquer perigos que devam ser evitados, eliminados ou reduzidos para níveis aceitáveis;
 - b) Identificar pontos críticos de controlo na fase ou fases em que o controlo é essencial para evitar ou eliminar um risco ou para o reduzir para níveis aceitáveis;

- c) Estabelecer limites críticos em pontos críticos de controlo, que separem a aceitabilidade da não aceitabilidade com vista à prevenção, eliminação ou redução dos riscos identificados;
- d) Estabelecer e aplicar processos eficazes de vigilância em pontos críticos de controlo;
- e) Estabelecer medidas corretivas quando a vigilância indicar que um ponto crítico de controlo não se encontra sob controlo;
- f) Estabelecer processos, a efetuar regularmente, para verificar que as medidas referidas nas alíneas a) a e) funcionam eficazmente;
- g) Elaborar documentos e registos adequados à natureza e dimensão das empresas, a fim de demonstrar a aplicação eficaz das medidas referidas.

Sempre que seja efetuada qualquer alteração nos produtos, no processo, ou em qualquer fase da produção, deve proceder-se a uma revisão do processo e introduzir as alterações necessárias.

- Aquisição de produtos alimentares/refeições - A aquisição de produtos alimentares é efetuada de acordo com as necessidades alimentares previamente identificadas, bem como de acordo com os processos instituídos na organização ao nível do aprovisionamento. A aquisição de refeições no exterior é efetuada de acordo com os processos instituídos na organização ao nível do aprovisionamento (subcontratação de serviços de refeições). Os fornecedores deverão ter implementado um sistema de autocontrolo. Para efeitos de validação do cumprimento dos requisitos, a título de exemplo o diretor técnico, deve: solicitar cópia da certificação do sistema HACCP; Efetuar uma visita às instalações do fornecedor; solicitar uma cópia do plano de auditorias internas do fornecedor; pesquisar referências do fornecedor no mercado.
- Receção, armazenamento e conservação dos produtos - A receção e armazenamento de produtos alimentares é efetuado de acordo com os processos instituídos na organização ao nível da gestão de compras. Nesta fase deve ser cumprida a legislação em vigor e as regras de higiene na receção e aprovisionamento de produtos alimentares.
- Preparação e confeção de alimentos - Na preparação e confeção das refeições deve ser cumprida a legislação em vigor relativa à higiene e segurança.
- Transporte, distribuição e apoio na refeição - No transporte, distribuição e apoio nas refeições deve ser cumprida a legislação em vigor relativa à higiene e segurança alimentar.

7. Apoio Psicossocial

Este programa pretende promover o bem-estar e equilíbrio físico, económico, psicológico e emocional do utente e familiares utilizando para o efeito uma intervenção centrada no apoio às suas necessidades específicas, capacitando-os e fortalecendo-os através da mobilização de recursos.

O programa de Apoio Psicossocial (PAPS) é elaborado com o PDI e faz parte integrante desse processo. Este programa tem como objetivo assegurar uma abordagem holística ao utente, a prestação e o acompanhamento psicossocial devem ser realizados pela equipa técnica multidisciplinar do SAD, que deverá ser constituída, pelo menos, por dois técnicos: um de serviço social e um psicólogo. No caso de a instituição não dispor de um destes técnicos, deverá constituir parcerias para o efeito.

As atividades que fazem parte do PAPS são, entre outras, as seguintes: avaliação e intervenção psicológica, promover a autoestima dos utentes, avaliar perturbações comportamentais e emocionais, apoio emocional e psicológico; acompanhamento social - preconiza o apoio em todas as ações que promovam e garantam o acesso aos direitos, bens e serviços; apoio informativo e formativo - informar, orientar e formar o utente e família, no sentido de compreenderem e adaptarem-se à nova situação e consequentes alterações; apoio nos cuidados *Post-Mortem*.

O objetivo é estabelecer as regras gerais a observar na elaboração, validação, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PAPS ao utente. Este processo aplica-se a todos os colaboradores intervenientes na elaboração, validação, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PAPS. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo Operatório:

- Definição de necessidades - Após a avaliação diagnóstica, que identificou as necessidades de apoio psicossocial e que foram inscritas no PDI, os colaboradores do SAD definem a intervenção a este nível através de PAPS.
- Elaboração - Para a elaboração deste programa, são definidos os responsáveis pela sua coordenação, elaboração, análise, implementação, monitorização, avaliação e revisão. Se internamente são garantidos os recursos necessários (humanos e materiais) para a

elaboração do PAPS, valida-se. Se internamente não são garantidos os recursos necessários, recorre-se a recursos externos.

- Recorrer a recursos externos - Sempre que necessário, a instituição recorre a outros serviços, colaboradores externos ou constitui parcerias, para responder às necessidades identificadas. No caso de estabelecer uma parceria, deverá formalizar um protocolo no âmbito da mesma.
- Validação - O programa é analisado pelo utente e/ou pessoa(s) próxima(s), restantes colaboradores internos e externos envolvidos na sua implementação, com vista à sua aprovação. Se os utentes e/ou pessoas próximas não validarem o programa, este será revisto. Se os utentes e/ou pessoas próximas validarem o programa será implementado.
- Reformulação -As alterações a serem introduzidas são sujeitas a nova validação por todos os intervenientes (utente, familiar, representante legal, colaboradores, outros), condição necessária à sua implementação.
- Implementação - A implementação do programa é realizada através da execução das atividades e ações psicológicas e sociais. Todas as ações de âmbito social e psicológico, previstas ou não previstas por utente, devem ser assinaladas no impresso serviços prestados no apoio psicossocial. Quando solicitado pelo utente, deve ser proporcionado, se possível, a possibilidade de apoio em atividades não previstas. As alterações ao programa devem resultar de contributos do utente e de todos os intervenientes. No entanto, quando assim não é possível, o gestor do processo deve assegurar que todos têm conhecimento e aceitam as alterações propostas. Para cada atividade planeada deverá estar sempre previsto o modo de atuação em situações de emergência.
- Monitorização, avaliação e revisão - O programa é monitorizado, avaliado e revisto, sempre que necessário, com todos os atores envolvidos (utente, pessoa (s) próxima (s), colaboradores diretos e indiretos).

8. Apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana

- a. Apoio nas atividades instrumentais de vida quotidiana
- b. Higiene habitacional
- c. Tratamento de roupa
- d. Adaptação do espaço e reparações no domicílio
- e. Acompanhamento ao exterior e aquisição de bens e serviços

O objetivo é estabelecer as regras gerais a observar na higiene habitacional, no tratamento de roupa, adaptação do espaço e reparações no domicílio, acompanhamento ao exterior e apoio na aquisição de bens e serviços. Aplica-se aos colaboradores e serviços responsáveis pela prestação dos seguintes serviços: higiene habitacional; tratamento de roupa; adaptação do espaço e reparações no domicílio; acompanhamento ao exterior; apoio na aquisição de bens e serviços. São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos Processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos indicadores que devem ser definidos pela direção do estabelecimento, em função do modelo organizacional e dos objetivos estratégicos da instituição. Os indicadores apresentados na matriz do processo são exemplos possíveis.

Modo Operatório:

- Higiene habitacional - define as regras gerais relativas: a) aos cuidados de higiene no domicílio (limpeza e arrumações); b) aos colaboradores.
- Tratamento de roupa - define as regras gerais relativas à recolha, verificação e seleção, lavagem, secagem, reparação, engomagem e distribuição da roupa dos utentes.
- Adaptação do espaço e reparações no domicílio - define as regras gerais relativas à adaptação do espaço domiciliário do utente e à orientação e/ou gestão de reparações, para maior conforto e segurança dos utentes.
- Acompanhamento ao exterior e aquisição de bens e serviços - define as regras gerais relativas ao acompanhamento do utente no exterior e ao apoio na aquisição de bens e serviços.

A descrição dos processos chave, apresentados anteriormente está exatamente de acordo com a informação disponível na página da Segurança Social.

O Sistema de Gestão da Qualidade é difícil de aplicar porque é mais que uma simples ferramenta de gestão: implica uma profunda mudança na filosofia da empresa. O foco no utente é o principal motivador da estratégia e da organização da instituição. Acontece diversas vezes as instituições tentarem aplicar a gestão da qualidade ignorando que a filosofia deve ser holística, apoiando-se num princípio de satisfação de utentes, colaboradores e comunidade.

Acontece também que as instituições não medem o impacto do processo de adaptação à gestão da qualidade por falta de tecnologia própria ou por falta de outros meios (Pires, 2004). Quando se fala em satisfação tem que existir a capacidade de colocar um número, um índice que indique até que ponto os s estão satisfeitos. Na prática, pode ser difícil implementar um

sistema destes. Os utentes e colaboradores nem sempre estão dispostos a colaborar, muitas vezes são influenciados pela pessoa que os questiona sobre a sua satisfação, a metodologia de abordagem pode ser melhor ou pior e a tecnologia nem sempre está disponível.

4. Metodologia e Atividades de Intervenção

Na primeira parte deste capítulo será abordada a metodologia de intervenção segundo a autora Cristina de Robertis. Na segunda parte deste capítulo existirá uma descrição exaustiva de todas as atividades realizadas durante o estágio na instituição, bem como a interpretação das grelhas de observação utilizadas para realizar a caracterização de cada utente. Foram ainda utilizadas grelhas de observação para aferir a qualidade dos cuidados prestados pelas colaboradoras no domicílio dos utentes e, proceder-se-á, também, à sua interpretação.

4.1. Metodologia

O estágio teve como objetivos principais apreender o nível de gestão da qualidade da instituição e desenvolver processos conducentes à implementação da qualidade no serviço de apoio domiciliário. Existiram ainda outros objetivos mais específicos como aumentar a satisfação e qualidade dos utentes e colaboradores, promover, a longo prazo o sucesso de uma equipa multidisciplinar, caracterizar os utentes, identificar e caracterizar o concelho, identificar, caracterizar e conhecer o funcionamento da instituição e ainda elaborar os documentos do plano desenvolvimento individual de cada utente, bem como os processos-chave exigidos pelo MESS.

O estágio teve, na sua maioria, uma componente de acompanhamento social da qual resultaram a caracterização do utente e ainda os relatórios de visitas domiciliárias.

A observação direta desenvolveu-se através da realização de atendimentos e visitas domiciliárias aos utentes. Este processo foi sempre acompanhado pela diretora técnica do CDSS.

Tuckman (2000) refere que na investigação qualitativa, a observação visa conhecer o ambiente e o utente através de orientações gerais e que essa observação deve ser sempre registada. A observação direta é a melhor técnica de recolha de dados do indivíduo em atividade, pois permite comparar aquilo que diz, ou não diz, com o que faz na realidade.

Foi possível realizar uma observação livre ou não participante. Esta observação foi feita com base em conversas informais realizadas com os utentes de apoio domiciliário, com a diretora técnica e com os restantes técnicos e colaboradores, com o objetivo de conhecer de forma mais aprofundada as dinâmicas diárias da instituição.

Na observação não participante existe contacto com o grupo e a realidade estudada sem que haja uma intervenção do investigador, nessa mesma realidade. O papel do investigador é de espetador mas a observação é consciente e objetiva, destinada a um determinado fim. Neste tipo de observação a técnica de recolha de dados implica observação mas não contacto direto como participantes podendo, desta forma, ser utilizados questionários e entrevistas (Quivy, 2005). A observação baseou-se na presença, portanto no contato e no envolvimento em todas as questões da instituição, em que destacamos os atendimentos e as visitas domiciliárias.

Segundo Cristina De Robertis na intervenção vemo-nos confrontados com uma realidade em constante movimento. Assim, a intervenção implica mudanças previamente definidas nas relações interpessoais e implica uma utilização de recursos coletivos para os utentes. A intervenção está condicionada por algumas variáveis, tais como, o tipo de público-alvo implicado, a dimensão da problemática, o tempo disponível, a acessibilidade da instituição, a formação do investigador e os objetivos que se pretendem alcançar. Apesar destas variáveis que vão condicionar a ação do investigador, este segue uma sequência metodológica, em que as diferentes fases são reconhecidas e podem separar-se de acordo com o fim da intervenção.

Na prática profissional, estas fases confundem-se, englobam-se e aparecem simultaneamente. O ato de separar e delimitar cada fase do método tem como objetivo encontrar pontos comuns em várias situações diferentes. As fases de intervenção em serviço social permitem-nos também considerar o nosso trabalho, como uma ação lógica e coerente, com vista a um determinado fim. Estas fases correspondem na prática, às etapas de começo, meio e fim da intervenção. Segundo a autora, o método deve obedecer a sete etapas que são aplicáveis a todas as dimensões do serviço social. A mesma autora apresenta uma sequência pormenorizada das etapas de metodologia. A *“metodologia de ação estuda os métodos vai utilizar, permite delimitar e estudar as formas de atuação do investigador e também a forma de procedimento relativo a determinada situação/problema.”* (De Robertis, 2011)

A metodologia de intervenção em serviço social obedece a sete fases que se encontram isoladas mas estão interligadas ao longo da intervenção.

1ª Fase: localização do pedido ou problema – Esta etapa é o ponto de partida para a intervenção e assume uma importância bastante significativa, pois é o “encontro” do utente com investigador que pode acontecer das seguintes formas: o utente procura o investigador ou o investigador contacta o utente. O investigador deve, nesta fase, saber o que solicita, o motivo do pedido, a quem se dirige e a quem se destina. No caso específico deste estágio o projeto de intervenção resultou da conjugação da necessidade de fazer o estágio do mestrado

com a necessidade da instituição CDSS de desenvolver o processo de implementação de gestão da qualidade.

2ª Fase: análise da situação – Nesta etapa o investigador recolhe um conjunto de informação sobre o utente, qual a sua situação e o meio em que está inserido. O investigador recorre às ciências sociais e humanas de forma a adquirir conhecimentos e a analisar as situações-problema apresentadas pelo utente Posteriormente existe uma análise das situações que se divide em duas partes: primeiro conhece-se o sector geográfico e institucional de intervenção e segundo investiga-se sobre o problema em questão. Esta fase é caracterizada pela fase da recolha e organização dos dados e só pode existir se a primeira fase estiver bem delineada. Durante o estágio existiu uma caracterização exaustiva de cada um dos utentes bem como a caracterização do concelho e da instituição.

3ª Fase: avaliação preliminar e operacional – Esta etapa visa elaborar uma análise e interpretação dos dados recolhidos na fase anterior com o objetivo de formular hipóteses de investigação. O diagnóstico é uma síntese explicativa onde se avalia e compreende a dinâmica do problema, sendo que esta fase termina com a elaboração de um projeto de intervenção. Não se pode passar desta fase diretamente para a fase da intervenção, porque é fundamental que se trace os objetivos que se pretendem atingir, sendo para tal necessário um conhecimento teórico. Neste sentido, o diagnóstico surge de um levantamento das necessidades sentidas pelo público-alvo. Deste modo, importa salientar que o diagnóstico é fundamental no processo de intervenção, pois visa garantir a eficácia de qualquer projeto de intervenção. Este deve ser entendido como o conhecimento alargado do meio envolvente, onde se revê as vulnerabilidades, mas ainda as potencialidades/recursos do meio de intervenção, de uma forma permanente e sistemática, no âmbito de vários sectores. O diagnóstico foi sendo elaborado de forma progressiva através do levantamento dos dados e da interpretação dos mesmos, salientando-se o registo das visitas domiciliárias e a sua interpretação. A avaliação dará origem à elaboração de um projeto de intervenção.

4ª Fase: elaboração do projeto de intervenção – esta etapa está diretamente relacionada com a etapa anterior, uma vez que é com base na etapa anterior que se elabora um projeto de intervenção. É necessário que haja uma harmonia de interesses entre o investigador, a instituição e o público-alvo que culminará na elaboração de um projeto comum e num contrato entre as três entidades. Nesta etapa existem três operações, a primeira consiste em determinar os objetivos. A segunda consiste em determinar o nível de intervenção, o público-alvo e a instituição. A terceira operação consiste em selecionar o tipo de intervenção e as

estratégias. O projeto de estágio foi definido em linhas gerais na unidade curricular de projeto e foi aperfeiçoado e alterado de acordo com as necessidades da instituição e ao longo das reuniões de apoio com a orientadora da universidade.

5ª Fase: desenvolvimento do projeto de intervenção – Nesta etapa implementa-se o projeto de intervenção. O investigador utilizará diferentes estratégias de intervenção de acordo com os objetivos delineados. Estas formas de estratégias, podem ser de dois tipos, intervenções diretas, quando o utente está com o investigador, estabelecendo uma relação direta, ambos são atores e agentes do processo de intervenção ou intervenções indiretas, quando o investigador estabelece uma intervenção sem a presença direta do utente. Neste estágio existiu uma intervenção do investigador com os utentes, colaboradores e técnicos da instituição.

6ª Fase: avaliação dos resultados – Esta etapa é uma avaliação dos resultados e visa avaliar a intervenção. Avaliam-se os objetivos e elabora-se um plano entre o início e o fim da intervenção fazendo, ainda, uma análise do que mudou para o utente. O investigador vai avaliar as mudanças existentes desde o início da intervenção até ao final da fase anterior. No entanto, este processo de avaliação, tal como os anteriores, acontece durante todo o processo de intervenção. A avaliação é um processo que permite ao investigador controlar a sua intervenção, reajustando o projeto de intervenção em função das alterações a alcançar e das já verificadas. Esta avaliação pode ser parcial ou preliminar, quando a avaliação é feita no decorrer da intervenção permite fazer reajustes. A avaliação conclusiva realiza-se no final da intervenção e pretende avaliar os objetivos, ou seja, verificar a eficácia da intervenção. No estágio a avaliação foi progressiva e foram feitos reajustes de acordo com a necessidade da instituição e do público-alvo e com o apoio da orientadora de estágio da universidade.

7ª Fase: fim da intervenção – Esta etapa só ocorre, quando se trata de uma ação delimitada no tempo. Esta fase final está presente desde o primeiro contacto entre o investigador e o utente. Nesta etapa permite averiguar se é ou não necessário intervir novamente ou se foi encontrada a resolução do problema.

Todas as fases descritas anteriormente correspondem na prática às etapas de começo, meio e fim da intervenção, sendo que, as mesmas permitem ao investigador considerar o seu trabalho como uma ação lógica e coerente, com vista a um determinado fim. A finalização da intervenção coincide com o término do estágio.

4.2. Atividades de Intervenção

Ao longo do estágio foram desenvolvidas atividades com foco na implementação da qualidade embora o tempo de estágio fosse demasiado reduzido para aplicar o modelo de gestão de qualidade, uma vez que é um conceito demasiado amplo e complexo. Foram desenvolvidos os processo-chave de acordo com o manual de processo chave de SAD, elaborado pela Segurança Social e tendo em conta a necessidade da instituição. Os documentos elaborados durante o estágio foram os seguintes:

- Ficha de avaliação diagnóstica (ver apêndice I) - Este documento é uma avaliação prévia do utente. Foram recolhidos dados como a escolaridade do utente, a sua profissão, nacionalidade, contexto habitacional tendo em conta as condições habitacionais, problemas de saúde, identificando o médico que o acompanha e a medicação atual. São também feitos despistes a nível de orientação temporal e espacial, atenção e calculo e ao nível da verbalização. É feita uma avaliação física e funcional. São também interrogados quais os gostos e interesses, bem como questões relacionadas com a qualidade de vida do utente. Numa última parte a pessoa próxima do utente é inquirida acerca das necessidades sentidas em relação ao utente.
- Programa de acolhimento inicial (ver apêndice II) - Este documento pretende verificar a adaptação do utente na instituição relativamente ao espaço, higiene e cuidados pessoais, refeições, atividades de animação sociocultural, tratamento de roupa, higiene habitacional e ainda o relacionamento com os colaboradores. Esta avaliação é feita semanalmente durante o primeiro mês.
- Apoio nas atividades de vida quotidiana (ver apêndice III) - Este documento pretende ser uma avaliação diária relativamente a higiene e arrumação habitacional, acompanhamento ao exterior e aquisição de bens e serviços.
- Apoio psicossocial (ver apêndice IV) - Neste documento pode avaliar-se os domínios da avaliação e intervenção psicológica, apoio informativo/formativo, apoio e acompanhamento social e apoio nos cuidados pós-morte. Este é um documento de avaliação diária.
- Ficha de inscrição parte A e B (ver apêndice V) - Este documento pretende agregar a informação de contacto do utente e da pessoa próxima. Serve também como avaliação sumária do utente. Especifica ainda quais os serviços pretendidos pelo utente.

- Formulário de aceitação (ver apêndice VI) - Este documento tem como único objetivo de informar o utente ou a pessoa responsável de que o utente foi aceite na instituição e poderá começar a usufruir dos serviços
- Formulário de não-aceitação (ver apêndice VII) - Este documento tem como único objetivo de informar o utente ou a pessoa responsável de que o utente não foi aceite na instituição.
- Informação disponibilizada ao utente - Este documento pretende ser uma check-list dos documentos disponibilizados ao utente. Encontram-se descritos os seguintes documentos, de apresentação obrigatória: regulamento interno, existência de um plano de desenvolvimento individual, fórmula de cálculo de mensalidade, formas de pagamento ad mensalidade, horário de funcionamento dos serviços, existência de uma ficha de inscrição e quais os documentos a entregar com essa a ficha.
- Cuidados pessoais e de saúde (ver apêndice VIII) - Este documento é um registo dos serviços de higiene prestados ao utente, com data e horário e identificação do colaborador prestador do serviço. Estão incluídos neste registo o banho completo, banho parcial, lavar a cabeça, lavar pés, cortar unhas, pentear, barbear, curativo simples, cortar cabelo, mudar a roupa do utente, mudar a roupa da cama, recolher a roupa. Está também identificada a hora de início e término do serviço de higiene.
- Plano de desenvolvimento individual (ver apêndice IX) - O plano de desenvolvimento contém a identificação do utente, o contacto, o nº de processo, a data de admissão e a data de saída com o respetivo motivo. Existe ainda para cada atividade a identificação do problema/necessidade, a ação/intervenção a executar, os recursos utilizados, as observações e ainda a data de início e fim da intervenção. As atividades contempladas no plano de desenvolvimento individual são refeições, higiene pessoal, cuidados pessoais e de imagem, higiene habitacional, alimentação, higiene de roupa, atividade de ocupação, atividades lúdicas, culturais, desportivas e religiosas, isolamento/comunicação afetiva e social, mobilidade e relação familiar. É também no plano de desenvolvimento individual que se efetuam os relatórios do utente e ainda o registo de ocorrências.

A elaboração destes documentos teve como principal foco como já foi referido a implementação da qualidade no CDSS. O principal objetivo do estágio foi a elaboração do plano individual no SAD.

Foram ainda elaborados relatórios de visitas domiciliários. Estes relatórios tiveram como principal objetivo a caracterização do utente, identificação do agregado familiar,

caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência e acompanhamento do utente ao longo do período de estágio.

Foi criada uma grelha de observação dos utentes (ver apêndice X), para que fosse possível proceder a caracterização exata dos utentes em contexto de apoio domiciliário. Esta grelha de observação teve em conta os seguintes critérios idade, estado civil, género, grau de dependência, tempo de permanência no SAD, agregado familiar, rendimentos *per capita* e ainda o contexto habitacional.

Para este mesmo efeito foi também aplicada a escala de avaliação de dependência rápida e global (ver anexo I) que é instrumento fundamental para aferir o grau de dependência dos s. Esta escala avalia quatro grandes grupos: atividades corporais, atividades locomotoras, atividades sensoriais e ainda atividades mentais.

Foi aplicada uma grelha de observação de cuidados de higiene em SAD (ver anexo II) para aferir a qualidade dos cuidados prestados pelas colaboradoras no domicílio dos utentes. Esta grelha pretendia avaliar três domínios distintos, o domínio relacional, o domínio teórico-prático e o domínio teórico-científico.

Foram ainda trabalhados, embora já estivessem elaborados o regulamento interno de SAD (ver anexo III) e ainda o contrato de prestação de serviços (ver anexo IV)

A gestão da qualidade é, atualmente, um elemento-chave de qualquer organização, quer no sector privado quer no sector público, envolvendo todas os colaboradores da organização, independentemente do nível hierárquico em que se encontrem. Num cenário de crescente competitividade global, rápida inovação tecnológica, alteração de processos e constantes mudanças nos panoramas económico e social, as organizações tendem atualmente a procurar a implementação de sistemas de gestão da qualidade, tendo como objetivo principal a melhoria permanente da qualidade do serviço prestado e da sustentabilidade da própria organização

Um sistema de gestão da qualidade permite criar o enquadramento certo para a melhoria contínua, de modo a aumentar a probabilidade de conseguir a satisfação dos utentes e das outras partes interessadas, transmitindo ainda confiança à organização e aos seus utentes da sua capacidade para fornecer produtos que cumpram de forma consistente os respetivos requisitos. Tendo por base as diferentes tipologias das entidades e instituições que prestam apoio domiciliário, independentemente do número de utentes e da natureza dos cuidados, considera-se ao nível do modelo organizacional a existência dos seguintes serviços: administrativos, cuidados pessoais, atividades socioculturais, produção alimentar e higiene,

segurança e limpeza. O plano individual contém oito processos chave independentemente da sua natureza e dimensão:

1. Candidatura;
2. Admissão;
3. Plano de Desenvolvimento Individual;
4. Planeamento e Acompanhamento das Atividades Socioculturais;
5. Cuidados Pessoais e de Saúde;
6. Nutrição e Alimentação;
7. Apoio Psicossocial
8. Apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana

4.3. Interpretação dos Resultados

Para que a intervenção fosse possível teve de existir previamente um contacto com os utentes, primeiramente com a diretora técnica e posteriormente através de visitas domiciliárias. Os relatórios das visitas domiciliárias (ver apêndice XI) foram sistematizados numa grelha com a informação acerca do objetivo inicial, o número de visitas por utente, a participação do utente e a sua evolução. O SAD tem vinte e seis utentes com idades compreendidas entre os 36 anos e os 99 anos sendo que a maior percentagem deles situa-se no intervalo de idades 78 – 83 anos. O género masculino prevalece, existindo quinze homens e onze mulheres. Os rendimentos *per capita* variam entre 200 e 500 €, sendo que os intervalos 250 – 300 e 350 – 400 € prevalecem com oito utentes cada escalão. Podemos verificar que maior parte dos utentes vivem sozinhos, onze vivem com os cônjuges e três vivem com os filhos. Após o preenchimento da grelha de observação dos utentes, foi elaborada a grelha de caracterização (apêndice XII) onde é possível verificar os dados que caracterizam os utentes.

Para aferir o grau de autonomia dos utentes, foi utilizada uma escala de avaliação rápida e global da dependência das atividades de vida diária que permite aferir o impacto da deterioração cognitiva na realização das atividades do quotidiano, através da avaliação de doze critérios, agrupados em quatro áreas: atividades corporais – alimentação, higiene e eliminação; atividades sensoriais – fala, visão e audição; atividades locomotoras, transferências, deslocação e espaço de vida; e atividades mentais – memória, comportamento e humor. A escala de avaliação da dependência resulta em cinco níveis: dependência nula, dependência ligeira, dependência moderada, dependência severa e dependência muito severa. A escala de avaliação de dependência rápida e global é um instrumento fundamental para

aferir o grau de dependência dos utentes de forma a adequar os procedimentos. Pode verificar-se que a maioria dos utentes do SAD têm dependência ligeira, existem dezassete utentes com este grau de dependência. Existem cinco utentes com grau de dependência moderado e ainda um utente com grau de dependência severa. Quanto ao grau de dependência nulo existem três utentes que não apresentam qualquer grau de dependência. O contrato de prestação de serviços de SAD tinha já sido elaborado pela instituição. A qualidade tem diferentes dimensões como a adequação, efetividade, eficiência, segurança dos utentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no utente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo de prestação de cuidados e o respeito mútuo e não discriminação. Esta mesma qualidade depende dos serviços prestados, dos recursos materiais e humanos e das instalações onde decorrem os cuidados. Por este motivo foi também utilizada uma grelha de observação grelha de observação de cuidados de higiene em SAD para aferir a qualidade dos cuidados prestados pelas colaboradoras no domicílio dos utentes.

Esta grelha pretendia avaliar três domínios distintos, o domínio relacional com o objetivo de averiguar a relação colaborador/utente e promoção da privacidade e autoestima do utente, o domínio teórico-prático com o objetivo de verificar a conduta pessoal das colaboradoras, de respeito pelas normas de cuidados de higiene e higienização do espaço e o domínio teórico-científico que pretende saber se são demonstrados conhecimentos teóricos e se são utilizados termos científicos. Pode concluir-se que no domínio relacional todas as colaboradoras têm um comportamento muito satisfatório. Relativamente ao domínio teórico-prático os procedimentos são satisfatórios. No domínio teórico-científico a demonstração de conhecimentos teóricos e a utilização de terminologia científica é insatisfatória. Esta conclusão poderá estar diretamente relacionada com a baixa escolaridade dos colaboradores, bem como a falta de formação em exercício. Existe formação de carácter obrigatório, mas esta parece ser insuficiente para o domínio teórico das colaboradoras no que respeita à profissão que desempenham.

Conclusão

Todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio foram extremamente importantes a nível da instituição CDSS, a nível profissional e também ao nível de realização pessoal.

Tendo em conta que a formação inicial da estagiária é Gerontologia Social, o facto de o estágio se realizar na resposta social de SAD foi, decerto, uma mais-valia.

Ao longo do estágio foram sentidas algumas dificuldades que puderam ser ultrapassadas principalmente com o apoio da orientadora de estágio da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, professora Doutora Aida Ferreira, que acompanhou toda a intervenção e participou ativamente em todo o processo, através das reuniões de orientação. As dificuldades sentidas foram também ultrapassadas com o apoio e acompanhamento imprescindível da Dr.^a Teresa Costa, diretora técnica do CDSS e do coordenador da SCMTN, Doutor Carlos Dias.

Foi criada uma relação de empatia com os utentes e a aceitação, quer por parte quer dos colaboradores quer dos utentes, foi total, o que facilitou toda a intervenção.

Intervir com a população idosa implica contextualizar o fenómeno atual do envelhecimento. Assim, com o aumento da esperança de vida, a diminuição da natalidade, entre outros fatores de ordem social, o envelhecimento demográfico tem vindo, cada vez mais, a constituir-se como um problema a merecer especial atenção por parte da sociedade. O envelhecimento é um processo natural, complexo, contínuo e inevitável. Dá-se a nível físico, psicológico e social. Surge muitas vezes associado à ideia de perda de papéis sociais, perda de autonomia e perda de capacidades intelectuais, sendo um fenómeno profundamente influenciado pelos valores sociais e culturais. O processo de envelhecimento acarreta uma série de transformações biopsicossociais, que tornam o ser humano mais suscetível a situações de dependência.

Para a pessoa idosa, viver na sua própria casa é extremamente importante do ponto de vista da independência, porque simboliza o sentido da integridade pessoal. Constata-se que os SAD são os que melhor receptividade têm porque permitem ter todo o apoio sem ter que abandonar o lar. O SAD representa uma estrutura altamente vantajosa na atenção às pessoas idosas no sentido de evitar ou retardar a institucionalização, dando suporte às famílias e cuidadores. O SAD permite um aumento do conforto, da privacidade e da segurança para o utente e consequente promoção da qualidade de vida.

Neste sentido, a qualidade no SAD é bastante importante porque é a capacidade de uma organização mobilizar de uma forma eficiente todos os recursos, internos e externos, com o objetivo de satisfazer as necessidades e expectativas dos s e partes interessadas, melhorando continuamente a sua eficácia e eficiência. É necessário continuar a trabalhar nessa direção para que a qualidade e consequente satisfação dos s aumente.

A fase inicial do estágio incidiu sobre a observação e acompanhamento dos idosos de SAD, atendimento aos s e acompanhamento da diretora técnica com o objetivo de conhecer o público-alvo e estabelecer uma relação de confiança para que fosse possível desenvolver a intervenção. Posteriormente, e considerando o principal objetivo do estágio, a implementação da qualidade no SAD, foram elaborados os processo-chave de acordo com o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Para alcançar este objetivo foi também necessário elaborar uma caracterização detalhada de cada um dos utentes do SAD, o que permitiu conhecer o universo da intervenção.

Foram criados os processo-chave para o SAD no âmbito do estágio. Estes processos foram preenchidos na aplicação dos mesmos aos utentes. Iniciou-se com a elaboração da ficha de avaliação diagnóstica que funciona como uma avaliação prévia ao utente contendo informações sobre a escolaridade, a profissão, nacionalidade, contexto habitacional, problemas de saúde. Foram também aplicados neste documento alguns despistes ao nível da orientação temporal e espacial. Neste documento é ainda inquirida uma pessoa próxima do utente de forma a perceber quais as necessidades sentidas em relação aos s. O segundo documento elaborado foi programa de acolhimento inicial com o objetivo de averiguar a adaptação do utente na instituição ao nível dos serviços prestados, como por exemplo, higiene e cuidados pessoais, refeições, atividades de animação sociocultural e relacionamento com colaboradores.

Foi também feito o documento de apoio nas atividades quotidianas de vida que pretende ser uma avaliação diária relativamente à higiene habitacional, acompanhamento ao exterior e aquisição de bens e serviços.

No documento de apoio psicossocial elaborado pretende avaliar-se os domínios de intervenção psicológica, apoio informativo e formativo, apoio e acompanhamento social e apoio nos cuidados pós-morte.

Posteriormente foi elaborada a ficha de inscrição parte A e B pretendem agregar a informação de contacto do utente e da pessoa mais próxima. Inclui também a avaliação sumária do utente e específica quais os serviços que o utente pretende.

Os dois formulários de aceitação e não-aceitação do utente têm como único objetivo informar o utente ou a pessoa responsável que o utente foi ou não aceite na instituição e está em condições de começar a usufruir do serviço.

O documento da informação disponibilizada ao utente pretende ser uma check-list dos documentos disponibilizados ao utente, de carácter obrigatório, tais como o regulamento interno, existência de um plano individual, fórmula de cálculo e pagamento de mensalidade, horário de funcionamento dos serviços, existência da ficha de inscrição e documentos necessários à entrega da ficha de inscrição.

O documento dos cuidados pessoais e de higiene é um registo dos serviços de higiene prestados aos s, com a respetiva data e identificação do colaborador que prestou o serviço. Neste registo estão incluídos o banho completo ou parcial, lavar cabeça e pés, pentear, barbear, mudar roupa da habitação ou do utente.

O plano de desenvolvimento individual é um documento que contém a identificação do utente, o número de processo, a data de admissão, a data de saída e motivo. Existe ainda um registo de atividades com a respetiva identificação do problema/necessidade, a ação/intervenção a executar, os recursos utilizados e as observações.

Os documentos acima descritos foram os processo-chave elaborados no decorrer do estágio.

Foi ainda criada uma grelha de observação com o objetivo de caracterizar os s durante as visitas domiciliárias. Das visitas resultaram, para além dos relatórios de visitas de apoio domiciliário, a caracterização detalhada de cada um dos utentes.

Com a finalidade de caracterizar os s de forma precisa foi aplicada a escala de dependência rápida e global para aferir qual o grau de dependência.

Foi também aplicada uma escala de observação de cuidados de higiene, para aferir a qualidade dos cuidados prestados pelas colaboradoras em contexto de SAD.

A permanência na instituição revelou-se uma experiência muito gratificante, proporcionando momentos de profunda reflexão e aprendizagem pessoal. Ao longo do estágio existiu a possibilidade de conciliar o trabalho de intervenção para a elaboração do relatório e a participação nas atividades da instituição. Foi também possível estabelecer uma relação de proximidade com os colaboradores da instituição e respetiva equipa técnica.

Em forma de balanço, o estágio foi totalmente cumprido quanto ao plano inicial e foi também muito positivo e gratificante para a estagiária. Fica a certeza de que é necessário continuar a aprender e ter contacto com mais realidades profissionais.

Reflexão Conclusiva

Ao longo do estágio, como referido anteriormente, foi abordada a questão da implementação da qualidade e toda a intervenção se desenrolou nesse sentido. Motivado pela escassez de tempo, limitado às horas de estágio, e também devido à inexistência de recursos humanos com especialização na área da qualidade de instituições, não foi possível dar continuidade ao projeto de implementação da gestão da qualidade no CDSS. Pode dizer-se que o trabalho desenvolvido ao longo dos três meses de estágio na instituição foi bastante importante por todas as atividades desenvolvidas. A intervenção resultante do estágio no CDSS permitiu à instituição ficar com os processo-chave prontos a aplicar aos utentes. Permitiu ainda a elaboração dos planos individuais dos utentes do SAD, beneficiando assim a instituição desse trabalho, uma vez que o plano individual do utente, bem como todos os processo-chave referidos antes, são um requisito exigido pelo MESS.

Ao longo de toda a intervenção foram considerados dois momentos distintos. Num primeiro momento existiu um acompanhamento da diretora técnica e observação dos s de SAD com objetivo principal de conhecer os utentes e a dinâmica da instituição e poder, desta forma, estabelecer uma relação de confiança com os utentes e colaboradores da instituição. Numa segunda fase foram elaborados os processo-chave que são os documentos necessários para a criação dos processos individuais de cada um dos utentes do SAD.

Para que a gestão da qualidade continue a ser implementada é necessário que o pessoal técnico tenha formação adequada e específica. No CDSS a boa vontade de colaboradores e técnicos são impulsionadores de uma gestão de qualidade. As instalações do CDSS não estão ainda totalmente de acordo com as exigências da qualidade feitas pelo MESS.

Atualmente, por serem tempos de crise, as instituições estão a sentir mais dificuldades na implementação da qualidade mas também existem, por parte do MESS, menos penalizações às entidades e alargamento do prazo para esta implementação.

A qualidade é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo uma meta comum a todo o tipo de instituições. As áreas sociais devem acompanhar este movimento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

A SCMTN, tal como a maioria das instituições, evidenciou, nos últimos tempos, uma grande atenção com a qualidade nas áreas de gestão interna, mas existe ainda um longo caminho a percorrer que só será possível com formação específica e adequada e a colaboração, empenho e trabalho por parte da equipa técnica, colaboradores e gestores de todas as respostas sociais

da instituição. Concluindo, considera-se que o estágio foi simultaneamente uma aprendizagem para a estagiária e um contributo para o sistema de implementação da qualidade na instituição. É necessário que agora sejam criadas as restantes condições à sua concretização.

Bibliografia

- Arroteia, J. (1985). *A Evolução Demográfica Portuguesa: Reflexos e Perspectivas* . Lisboa: Instituto de Cultura e Língua Portuguesa .
- Bicho, J. (1997). *A fábrica Grande: Subsídios para a História da Companhia de Torres Novas*. Torres Novas : Câmara Municipal de Torres Novas .
- Bicho, J. (1999). *Torresanos de Vulto*. Torres Novas : Câmara Municipal de Torres Novas .
- Carneiro, R. C. (2012). *"O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade – Relatório Final"* . CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas: Universidade Católica Portuguesa .
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento* . Venda do Pinheiro : Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação .
- De Robertis, C. (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*. Porto: Porto Editora.
- Fachada, O. (2013). *Liderança*. Lisboa: Edições Silabo.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social* . Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, P., Cabral, M. V., da Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Guide – Artes Gráficas, Lda.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* . Lisboa : Climepsi Editores
- Fonseca, A., & Paul, C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Gregório, P. (2003). *A Igreja da Misericórdia de Torres Novas*. Torres Novas : Câmara Municipal de Torres Novas .
- Guiddens, A. (2008). *Sociologia* (6ª ed.). (F. C. Gulbenkein, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkein.
- Imaginario, C. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra : Formasau Editora .
- Joaquim, H. (2007). *O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais* . Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais* . Lisboa : Monitor .

- Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa : Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciencias Sociais e Politicas .
- Nunes, A. (2004). *"Organizações do Terceiro Setor - Em Busca de Uma Identidade"* - *Dissertação de Mestrado*. Lisboa : ISCTE .
- Oliveira, B. d. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto : LivPsic .
- Oliveira, L. (2007). *Contextos de Serviço de Apoio Domiciliário: A dinâmica entre necessidades e serviços – Tese de Mestrado em Geriatria e Gerontologia*. Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro: Repositório UA.
- Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos - Qualidade, Humanidade e Eficiencia em Cuidados Geriátricos*. Lisboa : Quadritópico .
- Pestana, N. (2003). *Trabalhadores Mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas, Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho*. Lisboa : Direcção - Geral do emprego e das Relações de Trabalho.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2014). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (7ª ed.). Editora RH.
- Pires, A. (2004). *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva .
- Ribeiro, O., & Paul, C. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Santos, A. L. (2008). *"A Misericórdia de Torres Novas: a sua fundação e primeiros tempos"*. Torres Novas: Nova Augusta - Revista de Cultura (Número 20/Série II).
- Torres, A. (1996). *Demografia e Desenvolvimento*. Lisboa : Gradiva .
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação: Como Conceber e Realizar o Processo de Investigação em Educação*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian .

Consultas

Legislação Portaria nº 67/2012, de 21 de Março - http://www4.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria_n_67_2012_21_marco

Carta Social - http://www.cartasocial.pt/elem_quant1.php?cod_distrito=14

Mutualidade Portuguesa - <http://mutualismo.pt/portal/>

Segurança Social - <http://www4.seg-social.pt/idosos>

Instituto Português da Qualidade <http://www1.ipq.pt/PT/Pages/Homepage.aspx>

Portal de Gestão - <http://www.portal-gestao.com/>

Relatório do Desenvolvimento Humano 2013 -
<http://www.un.cv/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>

Serviços de Apoio Domiciliário - Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento –

http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario

Censos 2011 -
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Base de Dados de Portugal Contemporâneo - <http://www.pordata.pt/>

Apêndices

Apêndice I

Ficha de Avaliação Diagnóstica

Data da Entrevista: _____

Data de

Inscrição: _____

Dados de Identificação do Utente		
Nome:		
Nome porque é tratado:		
Data de Nascimento:	Idade:	Anos:

Escolaridade

Indique o seu grau de escolaridade mais elevado?

- | | |
|--|-------------------|
| a) Não sabe ler, nem escrever profissional | f) Ensino Técnico |
| b) Sabe ler e escrever | g) Licenciatura |
| c) Ensino Básico (ensino primário) | h) Pós-graduação |
| d) Ensino Preparatório | i) Mestrado |
| e) Ensino Secundário | j) Doutoramento |

Com que idade deixou de estudar?

- a) Antes dos 30 anos
- b) Antes dos 50 anos
- c) Antes dos 60 anos
- d) Antes dos 70 anos

Outra situação:

Indique qual foi a sua última profissão _____

Com que idade deixou de
trabalhar? _____

Qual a sua nacionalidade		
Há quanto anos vive em Portugal/Distrito/ Concelho?		
Compreende bem o Português (caso seja imigrante)?	Sim	Não
Sente dificuldades em expressar-se em Português (caso seja imigrante)?	Sim	Não
Normalmente as pessoas compreendem-no/a (caso seja imigrante)?	Sim	Não

Tem alguma religião? Sim ____ Não ____

Qual? _____

Contexto Habitacional

Há quantos anos vive no seu local de residência?

Regime Habitacional	Casa Própria
	Casa arrendada
	Casa partilhada
	Outra situação:

Condições Habitacionais	Água Canalizada
	Luz
	Rede de esgotos
	Gás
	Aquecimento
	Fogão
	Frigorífico
	Esquentador
	Maq. Lavar Loiça
	Maq. Lavar Roupa
	Micro-ondas
	Rádio
	TV
	Telefone/Telemóvel

Saúde

Grupo Sanguíneo:	Nº SNS:
Médico de Família:	Centro de Saúde:
Centro de Saúde:	Contacto:
Especialidades (com o nome do médico e o local):	

Problemas de Saúde							
Respiratórios		Cardíacos		Diabetes		Sistema	
Urinários		Hipertensão		Intestinais		Visão	
Reumáticos		Doenças Infecto-Contagiosas		Doenças		Auditivos	
Outros:							

[illegible]

Nível Cognitivo

Orientação Temporal	Orientação no Espaço
Em que ano estamos?	Em que país estamos?
Em que dia do mês estamos?	Em que distrito vive?
Em que mês estamos?	Em que terra vive?
Em que dia da semana estamos?	Em que casa estamos?
Em que estação do ano estamos	Em que andar estamos?

Atenção e Cálculo
Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3. Depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete o processo até eu lhe dizer para parar. 27; 24; 21;18; 15; 12
Resultado:

Avaliação		
Tem boa verbalização?	Tem discurso lúcido?	Tem capacidade de exprimir necessidades?

Capacidade Física e Funcional

Alimentação
Alimenta-se normalmente
Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada
Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão)
Higiene pessoal
Faz a sua higiene normalmente
Necessita de ajuda parcial
Necessita de ajuda total
Usar banheira ou poliban
Usa normalmente
Necessita de ajuda parcial
Necessita de ajuda total
Vestir-se
Não necessita de ajuda
Necessita de ajuda parcial
Necessita de ajuda total
Eliminação
Micção normal
Defecção normal
Incontinência urinária ocasional
Incontinência fecal ocasional
Incontinência urinária permanente (ex: algália)
Incontinência fecal permanente (ex: doente ostomizado)
Usar a sanita
Usa normalmente
Necessita de ajuda parcial
Necessita de ajuda total

Fala
Expressão verbal perfeita / correcta
Não compreensão ou afasia
Visão
Normal
Má
Muito má ou cegueira (cego)
Audição
Normal
Má
Muito má (surdez)
Transferência
Efectua normalmente
Necessita de ajuda parcial ou de apoio
Necessita de ajuda humana total ou de uma cadeira elevatória
Impossibilidade de deslocação
Deslocação no domicílio
Efetua normalmente
Necessita de ajuda humana ou técnica (bengala, andarilho)
Necessita de uma cadeira de rodas
Impossibilidade de deslocação
Deslocação no exterior
Efectua normalmente
Necessita de ajuda humana ou técnica (bengala, andarilho)
Necessita de uma cadeira de rodas
Impossibilidade de deslocação
Espaço de vida (+/- ajuda humana ou técnica)
Fala
Expressão verbal perfeita / correcta
Não compreensão ou afasia
Visão
Normal
Má
Muito má ou cegueira (cego)
Audição
Normal
Má
Muito má (surdez)

Ir às compras
Faz normalmente
Necessita de ajuda parcial ou de apoio
Necessita de ajuda total
Memória
Normal
Esquecimentos mais ou menos frequentes
Esquecimentos muito frequentes
Amnésia
Comportamento
Normal
Perturbações minor: teimosia, lamentações, emotividade
Perturbações major: agitação, desorientação, fuga
Humor
Normal

Tristeza (+/- importante ou irritabilidade)
Apatia (sem energia)
Agressividade
Administrar o dinheiro
Sem ajuda
Necessita de ajuda parcial ou de apoio
Necessita de ajuda total
Usar o telefone
Sem ajuda
Necessita de ajuda parcial ou de apoio
Necessita de ajuda total
Tomar medicamentos
Sem ajuda
Necessita de ajuda parcial ou de apoio
Necessita de ajuda total

Hábitos, Gostos/Interesses e Qualidade de Vida

Actividades				
Tipo	Variáveis	Hábitos		Gostos e Interesses
Refeições	Horários			
	Espaço			
	Forma de servir			
	Horários			
Higiene pessoal	Tipo de produtos			
	Tipo de higiene			
Cuidados pessoais e imagem	Tipo de cuidados			
	Frequência			
Higiene habitacional	Diária			
	Semanal			
	Semestral/anual			
	Tipo de produtos			
Alimentação	Tipo de alimentos			
	Dieta			
	Com quem			
Roupa	Frequência de lavagens			
	Passar a Ferro			
	Produtos utilizados			
Ocupação quotidiana do tempo	Atividades diárias			
	Onde e com quem			
	Frequência			
Atividades: lúdicas, culturais, desportivas, religiosas	De que tipo			
	Com quem			
	Onde			
	Frequência			
	De que tipo			
Passear	Locais			
	Com quem			
	Frequência			
Isolamento/comunicação afetiva e social	Com quem comunica?			
	Como e onde?			
	Frequência			
	Com quem sai?			
Mobilidade	Onde?			
	Frequência			
Relação familiar	Com quem estabelece contactos?			
	De que tipo e onde?			
	Frequência			
Está satisfeito com as suas relações?	Familiares?	Amigos	Vizinhos	Outros?

Necessidades sentidas pela pessoa próxima do cliente

Actividades	Necessidade Expressas	Necessidades Observadas
Refeições/alimentação		
Higiene pessoal		
Cuidados pessoais e de imagem		
Higiene habitacional		
Compras no exterior		
Ocupação quotidiana do tempo do cliente		
Atividades: lúdicas, culturais, desportivas, espirituais, religiosas		
Passear		
Ida a consultas ou outras actividades de acompanhamento da saúde do cliente		
Comunicação afetiva e social com o utente/relação familiar		
Outras		

Representações

Para si o que é ser uma pessoa idosa?

Como acha que os seus familiares ou pessoas próximas vêem a pessoa idosa?

Atualmente, qual é o seu objetivo de vida?

Quais são as suas necessidades?

O que espera do SAD?

Como acha que os serviços oferecidos podem contribuir para a sua vida/necessidades?

Quais as expectativas em relação aos colaboradores do SAD?

Outras Informações Relevantes

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Apêndice II

Programa Inicial de Acolhimento

Aspetos Relevantes na Fase de Adaptação								
			Sim	Não		Nome	Sim	Não
1ª Semana	Adequação dos serviços Prestados	Adaptação ao Espaço			Relacionamento			
		Higiene Pessoal						
		Cuidados Pessoais e						
		Refeição						
		Actividades						
		Tratamento de						
		Higiene Habitacional						
2ª Semana	Adequação dos serviços Prestados	Adaptação ao Espaço			Relacionamento			
		Higiene Pessoal						
		Cuidados Pessoais e						
		Refeição						
		Actividades						
		Tratamento de						
		Higiene Habitacional						
3ª Semana	Adequação dos serviços Prestados	Adaptação ao Espaço			Relacionamento			
		Higiene Pessoal						
		Cuidados Pessoais e						
		Refeição						
		Actividades						
		Tratamento de						
		Higiene Habitacional						
4ª Semana	Adequação dos serviços Prestados	Adaptação ao Espaço			Relacionamento			
		Higiene Pessoal						
		Cuidados Pessoais e						
		Refeição						
		Actividades						
		Tratamento de						
		Higiene Habitacional						

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Apêndice III

Apoio nas Atividades Instrumentais de Vida Quotidiana

Atividades, ações e tarefas executadas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sáb.	Dom.	Responsável	Observações
Higiene Habitacional									
Arrumação									
Acompanhamento ao Exterior									
Aquisição de Bens e Serviços									
Outros:									

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Apêndice IV

Processo de Apoio Psicossocial

Nome:

Data:

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sáb.	Dom.	Observações	Responsável
Avaliação e Intervenção Psicológica									
Apoio Informativo/Formativo									
Apoio/Acompanhamento Social									
Apoio nos Cuidados Pós-Morte									

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Apêndice V

Ficha de Inscrição – Parte A e B

Dados de Identificação

Nome Completo:		
Nome a ser tratado:		
Data de Nascimento:	Data de Comemoração:	Idade:
Morada:		
Código Postal:	Telefone Casa:	
BI N.º:	Telemóvel:	
Nº de Contribuinte:	Email:	
Beneficiário SS n.º:	SNS:	

Dados de Identificação e Contactos da(s) pessoa(s) próxima(s)

Nome:		Data de Nascimento:
Morada:		
Código Postal:	Parentesco:	
Telefone/Telemóvel:	Profissão:	
Nome:		Data de Nascimento:
Morada:		Parentesco:
Código Postal:	Profissão:	
Telefone/Telemóvel:		
Nome:		Data de Nascimento:
Morada:		Parentesco:
Código Postal:	Profissão:	
Telefone/Telemóvel:		

Rede Social e Suporte

Necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?		Sim	Não
O utente visitou as instalações?			
Se não, porque motivo?			
Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?			
Documentos	Entregue? Sim, Não		
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão			
Nº de Contribuinte			
Nº de Segurança Social			
Cartão SNS			
Comprovativo de Pensão			
Comprovativo de Despesas			

Habitação

Infraestruturas
a) Em bom estado de conservação
b) Em razoável estado de conservação
c) Em mau estado de conservação

Dependência do Utente
a) Autónimo, não necessita de apoio
b) Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
c) Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
d) Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)
Deficiência
a) Mental
b) Visual
c) Motora
d) Auditiva
Motivo do Pedido

Avaliação Sumária da Área Funcional do Utente	Autónimo	Necessita de Apoio Pontual	Dependente
Banho			
Vestir-se			
Ir ao WC			
Alimentação			
Transferências (entrar e sair da cama)			
Continência			
Higiene habitacional			
Tratamento de roupas			

Observações

--

Serviços Solicitados	Quais	Quando		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	FDS	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
Cuidados de Higiene											
Cuidados de Imagem											
Fornecimento de Alimentação											
Apoio na Alimentação											
Assistência Medicamentosa											
Apoio Social											
Apoio Psicológico ao cliente											
Apoio Psicológico à família											
Formação específica à família											
Higiene Habitacional											
Tratamento de Roupas											
Apoio na Aquisição de Bens e											
Acompanhamento ao Exterior											
Actividades Desportivas											
Actividades Socioculturais											
Actividades Quotidianas											
Outro. Qual?											

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Apêndice VI

Torres Novas, ____de____de 201__

Exmo (a). Sr(a).

É com agrado que informamos Vossa Excelência que se encontra em situação de poder vir a usufruir dos serviços prestados por esta Instituição.

Para o efeito, propomos que nos contacte a fim de realizar uma entrevista para identificar e avaliar os serviços que pretende contratualizar.

Agradecemos confirmação ou sugestão de alteração de data.

Desde já, gratos pela preferência dos nossos Serviços,

Atenciosamente,

Diretora Técnica: Teresa Costa

Assinatura:

Torres Novas, __ de _____ de 201__

Exmo (a). Sr(a).

É com agrado que informamos Vossa Excelência que o Sr/ Sr.^a _____ se encontra em situação de poder vir a usufruir dos serviços prestados por esta Instituição.

Para o efeito, propomos que nos contacte a fim de realizar uma entrevista para identificar e avaliar os serviços que pretende contratualizar.

Agradecemos confirmação ou sugestão de alteração de data.

Desde já, gratos pela preferência dos nossos Serviços,

Atenciosamente,

Diretora Técnica: Teresa Costa

Assinatura:

Apêndice VII

Torres Novas, __ de _____ de 201__

Exmo (a). Sr(a).

Serve o presente para informar V. Exa que não se encontra em situação de poder vir a frequentar este estabelecimento pela(s) seguinte(s) razões:

Neste sentido, salvo orientação contrária de V. Exa., ficará automaticamente inscrito em lista de espera.

Para qualquer informação/esclarecimento complementar ou outro assunto, poderá entrar em contacto com a nossa instituição

Desde já, gratos pela preferência dos nossos Serviços,
Atenciosamente,

Diretora Técnica: Teresa Costa

Assinatura:

Torres Novas, __ de _____ de 201__

Exmo (a). Sr(a).

Serve o presente para informar V. Exa. que o Sr/ Sr.^a não se encontra em situação de poder vir a frequentar este estabelecimento pela(s) seguinte(s) razões:

Neste sentido, salvo orientação contrária de V. Exa., ficará automaticamente inscrito em lista de espera.

Para qualquer informação/esclarecimento complementar ou outro assunto, poderá entrar em contacto com a nossa instituição

Desde já, gratos pela preferência dos nossos Serviços,
Atenciosamente,

Diretora Técnica: Teresa Costa

Assinatura:

Apêndice VIII

Cuidados Pessoais e de Saúde

Registo de Serviços de Higiene

Dia		Banho Completo	Banho Parcial	Lavar Cabeça	Lavar Pés	Cortar Unhas	Pentear	Barbear	Curativo Simples	Cortar Cabelo	Mudar Roupa Utente	Mudar Roupa Cama	Recolha Da Roupa	Tempo no Utente		Colaborador(a)
														Hora de Chegada	Hora de Saída	
	M															
	T															
	M															
	T															
	M															
	T															
	M															
	T															
	M															
	T															
	M															
	T															
	M															
	T															

Observações:

Apêndice IX

Plano Desenvolvimento Individual

Identificação

Nome utente:	
Contacto:	NISS:
Processo n.º	Contrato n.º

Data de admissão:		
Data de saída:	Motivo:	
Pessoa Responsável:	Parentesco:	Contacto:

Data	Atividades Tipo	Problema	Accão /Intervenção	Recursos	Observações	Data
	Refeições					
	Higiene pessoal					
	Cuidados pessoais e					
	Cuidados pessoais e					
	Higiene habitacional					
	Alimentação					
	Roupa					
	Ocupação Quotidiana do tempo					
	Atividades: lúdicas, culturais, desportivas, religiosas					
	Passear					
	Isolamento/comunicação afetiva e social					
	Mobilidade					
	Relação familiar					

Registos e Relatórios

Data	Descrição

[illegible]

Preenchido por:

Apêndice X

Grelha de Observação de utentes

Nome:	Data:
Domínios a Avaliar	Observações
Idade	
Estado Civil	
Género	
Grau de Escolaridade	
Grau de Dependência	
Tempo de Permanência em SAD	
Tipologia Familiar	
Rendimento Per Capita (€)	
Condições Habitacionais	

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Apêndice XI

Relatório de visitas domiciliárias

Utentes	Nº de Visitas	Objectivos da Visita	Resultados	Obs.
Utente A	7	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com elevado grau de autonomia, cuidador principal do cônjuge. Boa receptividade a estagiária. Boa participação no estudo. Mostra empenho e dedicação. Os resultados das visitas foram muito positivos.	Utente mostra simpatia e empatia.
Utente B	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente pouco participativo em todas as solicitações. Mostra-se reticente e não está aberto a acolher a estagiária na sua habitação. Depois da primeira visita mostra-se mais recetivo, mas ainda assim, hesita em mostrar a habitação. Posteriormente acede em mostrar algumas partes da habitação apenas. Não aceita a sugestão de transitar para centro de dia, apesar de não ter qualquer suporte familiar. O balanço final é positivo, embora seja insuficiente.	Utente mostra reticencia em participar em tudo o que é pedido. Recusa qualquer ajuda adicional.
Utente C	1	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente nunca presente na habitação. O único contacto possível com o utente foi o estritamente necessário para elaborar a caracterização	Utente indisponível para qualquer diálogo.
Utente D	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com grau de dependência ligeiro. Em algumas visitas estava demasiado prostrada para poder conversar ou participar nas intervenções da estagiária. Nas visitas em que se encontrava estabilizada participou de forma alegre e empenhada	Utente mostra simpatia, empatia e empenho.
Utente E	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com uma atitude positiva perante a vida e a doença. Mostra-se participativa.	Utente mostra empenho e simpatia.
Utente F	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente reside sozinho e é bastante resistente as colaboradores e a estagiaria. Aceita participar no estritamente necessário	Utente mostra pouca participação.
Utente G	3	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente disponível para prestar informação relativa a caracterização. Utente autónomo	Utente mostra participação e vontade de colaborar.
Utente H	2	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente bastante autónomo, participa ainda ativamente na sociedade. Mostra-se bastante colaborante no que respeita a intervenção quer das colaboradoras quer da estagiaria	Utente mostra participação, empenho e simpatia
Utente I	7	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente de trato difícil. Agressivo, deprimido e nada participativo. Nas primeiras visitas existiu uma resistência bastante elevada que se dissipou ao longo das visitas. A estagiaria ganhou a confiança do utente e desde esse momento foi bastante fácil obter a informação necessária bem como estabelecer uma relação com o utente. Após a relação estar estabelecida existiu uma alteração visível no comportamento do utente e mostrou-se participativo e empenhado em ajudar.	Utente com uma evolução notável ao longo das visitas. No início não existia participação. No final da intervenção mostrou-se bastante grato pelos momentos partilhados.
Utente J	2	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente apenas acedeu a responder às questões estritamente necessárias para a elaboração da caracterização. Verifica-se uma necessidade de controlo de todas as situações e desconforto quando não o tem.	Utente pouco recetivo quer às colaboradoras, quer à estagiária. Participa no necessário.
Utente K	2	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente participativo em toda a intervenção embora pouco disponível em termos de horários.	Utente mostra simpática e vontade de colaborar.
Utente L	7	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com um grau de dependência bastante elevado. Bastante participativo em toda a interação. Apesar de todos os constrangimentos físicos, boa cognição e boa estrutura familiar.	Utente bastante simpático e participativo.
Utente M	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente participativo. Principal cuidador com sintomas de cansaço e depressão.	Mostra-se disponível ao longo de toda a intervenção.
Utente N	7	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente muito participativo. Colaborou em toda a intervenção e mostrou-se sempre empenhado e com vontade.	Bastante empenhado e com um sentido de humor e boa disposição.
Utente O	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente participativa mas sempre um pouco reticente. Acede a colaborar na intervenção mas questionando sempre qualquer ação a que não está habituada.	Bastante conversadora e atenta a todas as questões.
Utente P	7	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com elevado grau de dependência. Bastante debilitada a nível físico e cognitivo. Sem suporte familiar.	Utente diagnosticada com demência.
Utente Q	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente pouco participativa. Mostra-se reticente em participar.	Não existiu evolução ao longo da intervenção por falta de colaboração por parte do utente.
Utente R	3	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente pouco participativa no início da intervenção. Foi verificada alguma evolução ao longo das visitas. Acede a participar na intervenção no que é estritamente necessário. Pouco recetiva no que respeita a mostrar a habitação.	Utente bastante independente
Utente S	6	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com grau de dependência significativo. A nível cognitivo encontra-se em perfeitas condições. Mostra-se participativa e empenhada em colaborar. Entusiasmada com a intervenção.	Utente mostra bastante afecto, carinho e empatia quer com colaboradoras, quer com a estagiária.
Utente T	2	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente participativa e disponível ao longo da intervenção. Sendo uma pessoa ainda bastante ativa mostra alguma indisponibilidade de horário.	Mostra simpatia e participação.
Utente U	6	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com grau de dependência físico significativo. Boa função cognitiva. Discurso fluente e coerente. Mostra recetividade ao longo de toda a intervenção, sendo que no início se mostrou um pouco reticente. Nota-se evolução bastante significativa ao longo das visitas.	Utente mostra-se empático e recetivo.
Utente V	2	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente participativa apenas no estritamente necessário. Não foi possível realizar mais visitas por indisponibilidade da utente.	Mostra-se participativa apenas no necessário. Mais recetiva com as colaboradoras do que com a estagiaria
Utente W	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente com distúrbio psíquico. Mostra-se pouco a vontade no início da intervenção. Nota-se evolução ao longo das visitas ao nível da aceitação. Acede a participar na intervenção e mostra vontade quando é estabelecida uma relação empática com a estagiária.	Utente participativo e simpático após a criação de uma relação de confiança
Utente X	7	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente bastante disponível. Excelente função cognitiva. Bastante participativo e motivado. Apesar das limitações físicas utente aceita de bom grado a participação na intervenção. Destaca-se evolução relacional com estagiária ao longo das visitas	Cria relação de amizade quer com as colaboradoras que com a estagiária. Utente muito simpático, empenhado e motivado.
Utente Y	4	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente muito colaborante e interessada na intervenção. Disponível para qualquer desafio.	Utente acolhe muito bem a estagiaria e mostra-se simpática ao longo de todo o processo interventivo
Utente Z	5	Caracterização do utente, identificação do agregado familiar, caracterização do contexto habitacional; avaliação do grau de dependência, acompanhamento do utente	Utente autónomo e principal cuidador. Nota-se satisfação e boa disposição ao longo de toda a intervenção	Utente mostra empática quer com colaboradoras, quer com estagiaria. A disponibilidade e participação são uma constante.

Apêndice XII

Grelha de Caracterização dos utentes

Utentes	Idade	Estado Civil	Género	Grau de Dependência	Tempo de permanência (anos)	Agregado Familiar	Rendimentos per capita (€)	Contexto Habitacional
Utente A	80	Casado	F	Nulo	1,5	Cônjuge	295,00 €	Bom
Utente B	91	Divorciado	M	Moderado	8	Sozinho	300,00 €	Razoável
Utente C	50	Solteiro	M	Nulo	8	Mãe	400,00 €	Razoável
Utente D	75	Casado	F	Ligeiro	2,5	Cônjuge	379,00 €	Excelente
Utente E	78	Casado	F	Ligeiro	5	Cônjuge	243,00 €	Bom
Utente F	81	Viúvo	M	Ligeiro	2	Sozinho	300,00 €	Razoável
Utente G	97	Viúvo	M	Ligeiro	18	Sozinho	406,00 €	Bom
Utente H	72	Viúvo	M	Ligeiro	5	Sozinho	558,00 €	Bom
Utente I	80	Casado	M	Moderado	7	Cônjuge	400,00 €	Bom
Utente J	78	Casado	M	Ligeiro	5	Cônjuge	379,00 €	Bom
Utente K	87	Viúvo	M	Ligeiro	8	Sozinho	374,00 €	Bom
Utente L	87	Casado	M	Moderado	2	Cônjuge	295,00 €	Bom
Utente M	85	Casado	M	Ligeiro	1	Cônjuge	335,00 €	Bom
Utente N	89	Viúvo	M	Ligeiro	15	Sozinho	254,00 €	Razoável
Utente O	99	Viúvo	F	Ligeiro	5	Filhos	253,00 €	Excelente
Utente P	86	Viúvo	F	Severo	12	Filho	429,00 €	Bom
Utente Q	81	Casado	F	Moderado	1	Cônjuge	335,00 €	Bom
Utente R	93	Viúvo	F	Ligeiro	0,9	Sozinho	410,00 €	Razoável
Utente S	85	Viúvo	F	Moderado	7	Filho	254,00 €	Muito Bom
Utente T	80	Viúvo	F	Ligeiro	1	Sozinho	300,00 €	Bom
Utente U	92	Casado	M	Ligeiro	1	Cônjuge	430,00 €	Razoável
Utente V	84	Viúvo	F	Ligeiro	3	Sozinho	394,00 €	Bom
Utente W	36	Solteiro	M	Ligeiro	2	Sozinho	380,00 €	Bom
Utente X	76	Casado	M	Ligeiro	5	Cônjuge	460,00 €	Excelente
Utente Y	97	Viúvo	F	Ligeiro	0,2	Filho	410,00 €	Bom
Utente Z	78	Casado	F	Nulo	0,2	Cônjuge	379,00 €	Excelente

Anexos

Anexo I

Utente: _____		Data: _____	
V – ESCALA de AVALIAÇÃO de DEPENDENCIA RÁPIDA e GLOBAL MDA : Mini Dependence Assessment Fonte: “Avaliar a dependência dos idosos” (Benhamou, s.d., <i>in</i> Santos, 2005)			
1. ACTIVIDADES CORPORAIS		3. ACTIVIDADES SENSORIAIS	
a) Alimentação 0 = Alimenta-se normalmente. 1 = Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada. 2 = Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão). b) Higiene 0 = Faz a sua higiene normalmente. 1 = Necessita de ajuda parcial. 2 = Necessita de ajuda total. c) Eliminação 0 = Micção e defecação normal. 1 = Incontinência urinária e fecal ocasional. 2 = Incontinência urinária e fecal permanente (algália ou doente ostomizado) SUB-TOTAL_____		a) Fala 0 = Expressão verbal perfeita. 1 = Dificuldade em falar. 2 = Dificuldade na compreensão ou afasia. b) Visão (+ - correcção) 0 = Normal. 1 = Má. 2 = Muito má ou cegueira. c) Audição 0 = Normal. 1 = Má. 2 = Muito má ou surdez. SUB-TOTAL_____ V – ESCALA de	
2. ACTIVIDADES LOCOMOTORAS		4. ACTIVIDADES MENTAIS	
a) Transferência (subir ou descer da cama) 0 = Efectua-se normalmente. 1 = Necessidade de ajuda parcial ou de apoio. 2 = Necessidade de ajuda total. b) Deslocação (no domicílio ou no exterior) 0 = Efectua-se normalmente. 1 = Necessidade de ajuda humana ou técnica. 2 = Necessidade de uma cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocação. c) Espaço de vida (+ - ajuda humana ou técnica) 0 = Possível no exterior ou em casa. 1 = Limitado ao domicílio. 2 = Limitado à cama. SUB-TOTAL_____		a) Memória 0 = Normal. 1 = Esquecimentos mais ou menos frequentes. 2 = Esquecimentos muito frequentes ou amnésia. b) Comportamento 0 = Normal. 1 = Perturbações minor: teimosia, emotividade, lamentações. 2 = Perturbações major: agitação, desorientação, fuga. c) Humor 0 = Normal. 1 = Tristeza ou irritabilidade. 2 = Apatia ou agressividade. SUB-TOTAL_____	

TOTAL: ____ + ____ + ____ + ____ = ____

Nulo (0) Ligeiro (1-7) Moderado (8-14) Severo (15-19) Muito severo (20-24)

Diretora Técnica: Teresa Costa

Preenchido por:

Anexo II

Grelha de Observação de Cuidados de Higiene

Utente:	Colaborador:	Data:
---------	--------------	-------

Domínios a Avaliar		Avaliação				Observações
		0	1	2	3	
Relacional	Promove uma relação terapêutica (apresenta-se, explica o procedimento, estabelece diálogo, trata o Idoso pelo seu nome preferido)					
	Promove a privacidade (expõe as partes do corpo de forma gradual, respeita dignidade)					
	Promove a autonomia (incentiva/assiste a realização de tarefas)					
	Promove autoestima e autoimagem (cuida do cabelo, unhas, utiliza espelho)					
Técnico-Prático	Demonstra destreza e segurança					
	Adopta postura ergonómica					
	Apresenta conduta pessoal correcta (cabelo apanhado, unhas cuidadas, ausência de bijutaria)					
	Verifica condições ambientais (temperatura, iluminação, ventilação, segurança)					
	Respeita a Norma:	-	-	-	-	
	- Preparação de Material					
	- Dobrar lençóis					
	- Higienização das Mãos					
	- E.P.I. (bata, luvas e avental)					
	- Ordem de Higienização					
	- Renovar a água					
	- Cuidado da Pele					
	- Levanto/Posicionamento					
	- Cuidados de Higiene Parciais					
	- Prevenção de úlceras de Pressão					
Teórico-Científico	Demonstra Conhecimentos Teóricos					
	Utiliza terminologia Científica					
Total						

Fonte de desconhecida.

Observações: _____

0 – Insatisfatório; 1 – Satisfatório; 2 – Muito Satisfatório; 3 – Excelente; n.o. - não observado.

Anexo III



"SOLIDARIEDADE COM SUSTENTABILIDADE"

REGULAMENTO INTERNO

CENTRO DE DIA S. SIMÃO | BROGUEIRA

RESPOSTA DE: SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Capítulo I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Norma I

Âmbito de Aplicação

O Centro de Dia S. Simão, com acordo de cooperação para a resposta social de Apoio Domiciliário celebrado com Centro Distrital de Santarém, em 01/07/1992, pertencente à Santa Casa Misericórdia de Torres Novas rege-se pelas seguintes normas.

Destina-se a apoiar idosos, no respectivo domicílio, permitindo assim que continuem no seu meio familiar e social e se evite ou adie a institucionalização. Este apoio é extensível às respectivas famílias, promovendo formas de suporte, no quotidiano das mesmas.

Norma II

Legislação Aplicável

Os princípios legislativos pelos quais se regem o Serviço de Apoio Domiciliário do Centro de Dia S. Simão, são:

1. Decreto-Lei n.º119/83, de 25 de Fevereiro – Estatutos das IPSS;
2. Portaria 38/2013;

- 
3. Contrato colectivo de trabalho/ União das Misericórdias.

Norma III

Objectivos de Regulamento

O presente Regulamento Interno de funcionamento visa:

1. Promover o respeito pelos Direitos dos Utentes e demais interessados;
2. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento da Instituição;
3. Promover a participação activa dos utentes na vida da instituição como pessoas portadoras de um projecto, capazes de terem iniciativa e responsabilidade.

Norma IV

Serviços Prestados

1. O Centro de Dia S. Simão, na sua valência de Serviço de Apoio Domiciliário, assegura a prestação dos seguintes serviços:
 - 1.1. Alimentação (confeção e transporte): pequeno-almoço, almoço e lanche;
 - 1.2. Tratamento de Roupas;
 - 1.3. Cuidados de Higiene e conforto e cuidados de imagem;
 - 1.4. Higiene habitacional (pequenas arrumações e higiene dos espaços utilizados pelo utente);
 - 1.5. Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
 - 1.6. Apoio e acompanhamento na área da saúde (preparação e administração de medicamentos, acompanhamento a consultas médicas à Extensão de Saúde de Brogueira e Alcorochel).
2. O SAD pode, ainda, assegurar outros serviços, designadamente:
 - 2.1. Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes;
 - 2.2. Apoio psicossocial;

2.3. Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio;

2.4. Outros Serviços.

Capítulo II

PROCESSO DE ADMISSÃO DOS UTENTES

Norma V

Condições de Admissão

São condições gerais de admissão:

1. Idade igual ou superior a 65 anos (salvo excepções que deveram de ser estudadas individualmente pela equipa técnica);
2. Residência na área de abrangência do Centro de Dia;
3. Falta de Apoio familiar ou outro;
4. Que a situação seja compatível com as normas de funcionamento do serviço e a capacidade de resposta.

Norma VI

Candidatura

1. Para efeitos de admissão, o utente deverá candidatar-se através de preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo de utente, devendo fazer prova das declarações efectuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:
 - 1.1 Bilhete Identidade do utente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.2 Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.3 Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.4 Cartão de Utente dos Serviços de Saúde ou de Subsistemas a que o utente pertença;

- 1.5 Boletim de vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do utente, quando solicitado;
 - 1.6 Comprovativo dos rendimentos do utente e do agregado familiar, quando necessário;
 - 1.7 Declaração assinada pelo utente em como autoriza a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração de processo de utente;
 - 1.8 Documentos comprovativos das despesas (água, luz, medicamentos de uso crónico e renda/ prestação da casa).
2. O horário de atendimento de candidatura decorre no seguinte período: de 2ª a 6ª feira das 10 horas às 12.30 horas e das 15 horas às 17 horas;
 3. Os documentos probatórios referidos no número 1, deverão de ser entregues no Centro de Dia ao Técnico responsável pela Valência;
 4. Em situações especiais pode ser solicitada certidão da sentença judicial;
 5. Em caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação de candidatura e respectivos documentos probatórios, devendo todavia ser desde logo iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

Norma VII

Critérios de Admissão

São critérios de prioridade na admissão dos utentes:

1. O idoso com algum tipo de deficiência que esteja impossibilitado de realizar as suas atividades diárias;
2. Incapacidade temporária do utente;
3. Ter necessidade de apoio, após alta hospitalar;
4. Ser natural/ residente nas áreas de intervenção;
5. Seguir a ordem de inscrição na Instituição;
6. Situações encaminhadas pelos serviços sociais;
7. As famílias social e economicamente mais desfavorecidas ou desprovidas de apoio familiar.

Norma VIII

Admissão

1. A candidatura é analisada pelo responsável Técnico da Valência, e quando se justificar, é elaborada proposta de admissão, a submeter a decisão da Mesa Administrativa;
2. É competente para decidir a Técnica responsável e/ou a Mesa Administrativa;
3. Da decisão será dado conhecimento ao utente no prazo de 10 dias úteis após a tomada de decisão;
4. Em situações de grande urgência, a admissão será sempre a título provisório com parecer e autorização da Mesa Administrativa e da Diretora Técnica, tendo o processo tramitação idêntica às restantes situações.

Norma IX

Processo Individual do Utente

Para melhor esclarecimento dos aspectos físicos, psicológicos e sociais do utente e acompanhamento da sua evolução na Instituição, o(a) Director(a) Técnico(a) deverá organizar um processo individual e confidencial, onde conste também o Contrato de Prestação de Serviços, celebrado entre a Instituição e o utente ou o seu responsável, onde se especificam os serviços a prestar, bem como o valor da mensalidade.

Norma X

Lista de Espera

1. Caso não existam vagas a inscrição do utente passa a figurar na lista de espera, sendo disponibilizada informação sobre a sua posição na referida lista, sempre que este a solicite.
2. A lista é atualizada anualmente.

Capítulo III

INSTALAÇÕES E REGRAS DE FUNCIONAMENTO

Norma XI

Instalações

O serviço de apoio domiciliário é um serviço não autónomo, desenvolvendo-se a partir de um serviço de suporte, ou seja do Centro de Dia S. Simão.

Norma XII

Horários de Funcionamento

A valência de Serviço de Apoio Domiciliário funciona de 2ª a 6ªFeira das 9H às 17H, e sábados e domingos das 8h às 14h.

Norma XIII

Pagamento da Mensalidade/Comparticipação Familiar

1. O pagamento da mensalidade/comparticipação é efectuado até ao dia 10 do mês corrente;
2. As ausências intercaladas durante uma semana não determinam qualquer alteração na mensalidade;
3. Sempre que a ausência ultrapasse os 10 dias consecutivos, por motivo que não lhe seja imputado, o valor da mensalidade é calculada em função dos dias que o utente frequentar a valência;
4. Nas situações de doença do utente, a inscrição mantém-se válida, não tendo o mesmo obrigação com o pagamento, desde que a Instituição não lhe preste qualquer serviço;
5. Sempre que se verificar atrasos superiores a 30 dias no pagamento da mensalidade, a situação do utente será avaliada pela Mesa Administrativa, podendo ser acrescido ao montante em atraso uma indemnização igual a 50% do que for devido;



6. Perante ausências de pagamento superiores a sessenta dias, a Instituição poderá vir a suspender a permanência do utente até este regularizar as mensalidades, após ser realizada uma análise individual do caso.

Norma XIV

Tabela de Comparticipação/Preçário de Mensalidades

A comparticipação financeira mensal, por parte dos utentes, é calculada da seguinte forma:

1. Considerada a receita familiar mensal (reforma e outras fontes de receita de todos os elementos do agregado familiar), deduzem-se as despesas médias mensais como: renda / prestação de habitação, água, luz, medicamentos de uso regular, referentes a todos os elementos do agregado;
2. O valor encontrado é dividido pelo número de elementos do agregado familiar e assim encontramos o rendimento “per capita” do agregado familiar;
A partir deste valor “per capita”, o utente pagará uma percentagem específica por cada serviço que venha a optar: Tabela em anexo;
3. Quando a opção for a totalidade dos serviços enunciados, a percentagem a pagar não deverá ultrapassar os 65% (à exceção da frequência ao sábado e de outros serviços que não estejam referidos no ponto anterior);
4. A comparticipação financeira mensal, não pode ultrapassar o teto existente para cada serviço ou conjunto de serviços, calculado pela instituição e actualizado anualmente. De igual modo, também não pode ser inferior ao valor mínimo estipulado pela Instituição e revisto anualmente;
5. A comparticipação financeira, relativa ao fim-de-semana é igual para todos os utentes e é fixada pela Instituição e actualizada anualmente;
6. As despesas com medicamentos e produtos de incontinência e, ainda, as despesas adicionais com atividades ocupacionais e as deslocações a consultas médicas, fora do Concelho de Torres Novas, são da responsabilidade do utente;
7. Serão alvos de redução da mensalidade e/ou dispensa de pagamento da comparticipação familiar, as famílias com comprovada carência económica;

8. A tabela aplicada sobre os rendimentos do utente depois de deduzidas as despesas fixas encontra-se em anexo a este regulamento;
9. Em caso de alteração à tabela/preçário em vigor os utentes ou pessoas por eles responsáveis serão avisadas por meio de carta, num prazo nunca inferior a 30 dias úteis até ao pagamento seguinte.

Norma XV

Refeições

1. Aos utentes que frequentam o Serviço de Apoio Domiciliário, são fornecidas diariamente, de 2ª feira a domingo as seguintes refeições: Pequeno-almoço, almoço e lanche. Sempre que solicitado, será fornecido uma refeição extra;
2. A ementa semanal é afixada em local visível e adequado e elaborada com o devido cuidado nutricional, adaptado aos utentes desta resposta social;
3. Serão consideradas as situações devidamente justificadas aquando houver necessidade de dieta específica por motivo de saúde.

Norma XVI

Passeios ou Deslocações

1. O desenvolvimento de passeios ou deslocações é da responsabilidade da Animadora Socio-cultural que comunica através das funcionárias por escrito a organização de actividades, nas quais os utentes do SAD estão incluídos;
2. As actividades programadas no exterior da Instituição são comunicadas ao utente. A família ou pessoa responsável por este, assume toda a responsabilidade por qualquer contingência que possa surgir;
3. Todas as actividades são programadas anualmente, num Plano de Actividades, aprovado em reunião de Mesa Administrativa, e encontra-se afixado em local visível;
4. O tipo de actividade desenvolver-se-á mediante os interesses manifestados pelos utentes;

5. Todos os utentes poderão usufruir de todas as actividades, sendo livre de optar por aqueles que mais se adequam à sua condição física e mental, capacidades e gostos pessoais;
6. Os passeios fora do Concelho de Torres Novas têm uma comparticipação por parte dos utentes, para os encargos adjacentes;
7. Durante os passeios os utentes são sempre acompanhados pelas funcionárias.

Norma XVII

Quadro de Pessoal

1. O quadro de pessoal deste estabelecimento encontra-se afixado em local visível, contendo a indicação do número de recursos humanos (d direcção técnica, equipa técnica e pessoal auxiliar), formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação/normativos em vigor;
2. O quadro pessoal deste serviço encontra-se descrito na Norma de Procedimentos de cada valência.

Norma XVIII

Direcção Técnica

A Direcção Técnica deste estabelecimento compete a um técnico, nos termos da legislação aplicável, cujo nome e conteúdo funcional se encontra afixado em local visível.

1. Ao Director Técnico cabe a responsabilidade de dirigir o estabelecimento sendo responsável, perante a Mesa Administrativa, pelo funcionamento do mesmo;
2. O Director Técnico deve ser substituído, nas suas ausências, por um dos elementos do quadro de pessoal, por si indicado.

12

Capítulo IV

DIREITOS E DEVERES

Norma XIX

Direitos dos Utentes

São direitos dos Utentes:

1. Obter a satisfação das suas necessidades básicas, físicas, psíquicas, sociais e espirituais;
2. Ser informado das normas e regulamentos vigentes;
3. Ser tratado com consideração, reconhecimento da sua dignidade e respeito pelas suas convicções religiosas, sociais e políticas;
4. Ter assegurada a confidencialidade dos serviços prestados, sendo a sua vida privada respeitada e preservada;
5. Gerir os seus rendimentos e bens com o apoio da Instituição, sempre que necessário;
6. Participar em todas as actividades, de acordo com os seus interesses e possibilidades;
7. Apresentar reclamações sobre o serviço ao Técnico ou à pessoa responsável da Instituição;
8. Ter acesso à ementa semanal;
9. A guarda da chave do seu domicílio em local seguro, sempre que esta seja entregue aos serviços.

Norma XX

Deveres dos Utentes

São Deveres dos Utentes:

1. Tratar com respeito e dignidade os funcionários e dirigentes da Instituição;
2. Cumprir com as regras expressas no Regulamento Interno;
3. Participar, na medida dos seus interesses e possibilidades, nas actividades desenvolvidas;



4. Compartilhar, atempadamente, nos custos dos serviços prestados, de acordo com o estabelecido.

Norma XXI

Direitos do Serviço de Apoio Domiciliário

São direitos do SAD:

1. A Mesa Administrativa e funcionários serem respeitados com respeito e dignidade;
2. Fazer cumprir com o que foi acordado no ato da admissão, de forma a respeitar e dar continuidade ao bom funcionamento deste serviço;
3. Receber atempadamente a mensalidade acordada;
4. Ver respeitado o seu património;
5. À Instituição é reservado o direito de suspender este serviço, sempre que os utentes, grave ou reiteradamente, violem as regras constantes do presente regulamento, de forma muito particular, quando ponham em causa ou prejudiquem a boa organização dos serviços, as condições e o ambiente necessário à eficaz prestação dos mesmos, ou ainda, o bom relacionamento com terceiros e a imagem da própria Instituição.

Norma XXII

Deveres do Serviço de Apoio Domiciliário

São deveres da entidade gestora do estabelecimento:

1. Garantir o bom funcionamento da resposta social e assegurar o bem-estar dos utentes e o respeito pela dignidade humana, promovendo a participação dos mesmos na vida da Instituição;
2. Definir critérios que presidem a admissão de utentes e atribuir prioridades;
3. Prestar, com qualidade, os serviços disponíveis;
4. Assegurar o acesso ao Regulamento Interno da resposta social;
5. Assegurar a existência de recursos humanos necessários para este serviço.

Norma XXIII

Depósito e Guarda dos Bens dos Utentes

A instituição não se responsabiliza pelo Depósito e Guarda de bens dos Utentes.

Norma XXIV

Interrupção/ Cessação da Prestação de Cuidados por Iniciativa do Utente

A interrupção/Cessação da prestação de cuidados por iniciativa do utente pode ser feita das seguintes formas:

1. Interrupção temporária por motivos não imputáveis ao utente, e deverá ser comunicada, sempre que possível à coordenação técnica do serviço com 8 dias de antecedência;
2. O utente ou seus familiares responsáveis poderão denunciar o contrato de prestação de serviços, independentemente de quaisquer motivos, desde que a denúncia revista a forma escrita, e seja efectuada com a antecedência mínima de 20 dias úteis;
3. A falta de aviso prévio estabelecido na cláusula anterior obriga o utente ou seus familiares responsáveis ao pagamento, a título indemnizatório, da mensalidade seguinte na sua totalidade ou uma parte da mesma a ser fixada pela Direcção da Instituição.

Norma XXV

Contrato

Nos termos da legislação em vigor, entre o utente ou seu representante e a entidade gestora do estabelecimento deve ser celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços.

Norma XXVI

Livro de Reclamações

Nos termos da legislação em vigor, este estabelecimento possui Livro de Reclamações, que poderá ser solicitado junto do Director Técnico sempre que desejado.

Capítulo V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Norma XXVII

Alterações ao Regulamento

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

Estas alterações deverão ser comunicadas à entidade competente para o licenciamento/acompanhamento técnico da resposta social.

Norma XXVIII

Integração de Lacunas

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela entidade proprietária do estabelecimento, tendo em conta a legislação/normativos em vigor sobre a matéria.

Norma XXIX

Disposições Complementares

1. A instituição encerra no dia 24 de Dezembro (vide plano de actividades).
2. A Instituição pode ainda encerrar, por um período máximo de 2 dias para proceder a limpezas e desinfecções periódicas.

3. O domicílio do utente é inviolável e como tal deve ser considerado. Cada trabalhador deve actuar com o máximo de respeito pelos usos e costumes do utente, não fazendo alterações nem eliminando bens e objectos sem prévia autorização.
4. Nos casos em que ao serviço tenha sido confiada a chave do domicílio do utente, esta deve de ser guardada em local seguro ou entregue à responsabilidade do Director Técnico.
5. A administração de medicamentos é da responsabilidade do Serviço de Apoio Domiciliário no período em que presta serviços, salvaguardando-se a responsabilidade por eventuais administrações indevidas, por parte de terceiros, durante e/ou após esse período.
6. No caso de ocorrência de óbito na presença dos funcionários, estes devem informar imediatamente o serviço e o responsável pelo utente, devendo ser providenciada a presença de um médico para confirmar o óbito ou a transferência do utente para o hospital.
7. Quando se tratar de uma pessoa que viva ou se encontre só no momento do óbito, o funcionário deve permanecer no domicílio até que venha alguém responsável pelo andamento do caso.

Norma XXX

Entrada em Vigor

O presente regulamento, após aprovação da Mesa Administrativa entrou em vigor a 14 /01/2014.

Foi alvo de uma revisão em __/__/____.

Será revisto novamente, sempre que normas superiores o exijam ou interesses internos do SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO o justifiquem.

Anexo IV

CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Nº de

Entre:

Primeiro Outorgante, Santa Casa Misericórdia de Torres Novas, pessoa colectiva n.º 500.846.766, com sede na Praça 5 de Outubro, Apartado 131, C.P. 2354-909 Torres Novas, valência do Centro Dia S. Simão - Brogueira representada pelos seguintes elementos:

- Provedor: Gonçalo José Santos de Azevedo, Tenente Coronel
- Vice – Provedor: João Luís Rodrigues Bicho, Sr.
- Secretário: Victor Manuel Ferreira Dinis, Dr.
- Tesoureiro: António José Gouveia da Luz, Dr.

Segundo Outorgante, com o Cartão do Cidadão/Bilhete de Identidade n.º , com o contribuinte fiscal n.º , residente em freguesia de , concelho de .

Terceiro Outorgante, (fiador) com o Cartão do Cidadão/Bilhete de Identidade n.º , com o contribuinte fiscal n.º , residente em freguesia de , concelho de , na qualidade de fiador.

É celebrado o presente contrato que se rege pelas seguintes cláusulas, que todos mutuamente, se obrigam a respeitar e a cumprir:

Cláusula I

Objectivos

1. O Primeiro Outorgante desenvolve a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), para a qual tem em vigor um acordo de cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social de Santarém.
2. O presente contrato visa regular a prestação de serviços, efectuada pelo Primeiro Outorgante ao Segundo Outorgante.

Cláusula II

Objecto do Contrato

1. Através deste contrato o Primeiro Outorgante obriga-se a prestar ao Segundo Outorgante os serviços de:

- a) Alimentação (confeção e transporte): pequeno-almoço, almoço e lanche; ☐
- b) Tratamento de Roupa; ☐
- c) Cuidados de Higiene e conforto e cuidados de imagem; ☐
- d) Higiene habitacional (pequenas arrumações e higiene dos espaços utilizados pelo utente); ☐
- e) Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; ☐
- f) Apoio e acompanhamento na área da saúde (preparação e administração de medicamentos, acompanhamento a consultas médicas ao Extensão de Saúde de Brogueira e Alcorochel). ☐

2. Ao abrigo deste Contrato, o primeiro outorgante obriga-se ainda a prestar ao Segundo Outorgante os serviços de:

- a) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; ☐
- b) Apoio psicossocial; ☐

- c) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; ☐
- d) Outros Serviços. ☐

Cláusula III

Local e Horário de Prestação de Cuidados

Os serviços constantes do presente contrato serão prestados no domicílio do Segundo Outorgante, em horário a definir e em todos os dias.

Cláusula IV

Obrigações

Constituem direitos e obrigações do Primeiro Outorgante e do Segundo Outorgante, os constantes do regulamento Interno que faz parte integrante do presente contrato.

Cláusula V

Mensalidade

1. Para retribuição do serviço prestado o Segundo Outorgante obriga-se a comparticipar o Primeiro Outorgante da quantia mensal de € (euros), calculada de acordo com a tabela de preços da Santa Casa da Misericórdia e as normas reguladoras das comparticipações dos utentes pela utilização de serviços e equipamentos sociais.
2. A comparticipação mensal é paga até ao dia 10 do mês corrente.
3. A mensalidade é actualizada anualmente, aquando da actualização das reformas e pensões pelo Centro Nacional de Pensões ou outras entidades, e de acordo com a taxa de inflação, considerando sempre factor de correcção os serviços prestados e os rendimentos do utente.
4. A mensalidade pode sofrer uma redução nos casos em quem haja ausência do Segundo Outorgante superior a 10 dias consecutivos.
5. O não cumprimento do estipulado no n.º 1 e n.º 2 da presente cláusula, terá como consequência o encaminhamento do processo, por parte da Diretora Técnica, à reunião de Mesa Administrativa, para apreciação, podendo ser

acrescido ao montante em atraso uma indemnização igual a 50% do que for devido.

Cláusula VI

Vigência do Contrato e Cessação

1. O presente contrato tem início em / / vigorando por tempo indeterminado, até qualquer das partes o denunciar à outra, por comunicação escrita e com a antecedência mínima de vinte (20) dias, caducando ainda por morte do Segundo Outorgante.
2. A falta de aviso prévio estabelecido na cláusula anterior obriga o Segundo Outorgante ao pagamento, a título indemnizatório, da mensalidade seguinte na sua totalidade ou uma parte da mesma a ser fixada pela Direcção da Instituição, de acordo com o estipulado no regulamento interno do Primeiro Outorgante.

Cláusula VII

Foro Competente

Para dirimir qualquer litígio emergente deste acordo, as partes convencionam desde já, como competente o foro da Comarca de Torres Novas, com expressa renúncia a qualquer outro.

Cláusula VIII

Disposições Finais

1. O presente contrato deve ser celebrado por escrito, em triplicado, devidamente assinado e rubricado, sendo um exemplar para o Primeiro Outorgante, outro para o Segundo Outorgante e outro para o Terceiro Outorgante (um quarto exemplar se necessário para remeter para o centro distrital, nos termos da legislação em vigor).
2. Em tudo o que presente contrato for omissivo, aplica-se o disposto na legislação e normativos em vigor, bem como no Regulamento Interno do Segundo Outorgante.

Cláusula IX

Fiador

O fiador, acima designado Terceiro Outorgante, renunciando ao benefício da excussão prévia, assume solidariamente com o Segundo Outorgante, o cumprimento de todas as cláusulas deste contrato, seus aditamentos, e declara que a fiança que acaba de prestar subsistirá enquanto vigorar o presente contrato.

ASSINATURAS:

O Primeiro Outorgante (Instituição prestadora do Serviço):

O Segundo Outorgante (Utente):

O Terceiro Outorgante (Fiador):

Torres Novas, de de