

Universidade de Évora

Mestrado em Saúde e Bem-Estar das Pessoas Idosas

A Qualidade nos Lares de Idosos do Concelho de Évora

“O Desafio da Qualidade”

**Monografia apresentada para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Bem-
Estar das Pessoas Idosas**



Mestrando: Isabel Catarina Salsinha dos Reis

169 292

Orientador: Professor Doutor Peter Vogalaere

Co-Orientador: Professora Júlia Cardoso

Dezembro de 2008

Agradecimentos

Agradeço a todos os que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, ao Prof. Dr. Peter Vogelaere na qualidade de meu orientador, à Dr. Júlia Cardoso como minha co-orientadora e em especial ao Prof. Dr. Armando Raimundo e à Dr.^a Catarina Pereira pelo seu grande apoio.

Todos os outros, não mencionarei os seus nomes, pois eles sabem o quão grata lhes estou!

Índice

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
1 - Revisão de Literatura	8
1.1 - Envelhecimento	8
1.1.1 - Definição de Envelhecimento	8
1.1.2 - Situação Actual Geral do Envelhecimento.....	9
1.1.3 - Consequências do Envelhecimento Populacional	13
1.1.4 - Instituições Sociais: Resenha Histórica	15
1.1.5 - Necessidade da Existência de Instituições.....	17
1.1.6 - Institucionalização do Idoso	18
1.1.7 - Necessidade do Controlo de Qualidade das Instituições	21
1.2- Qualidade	23
1.2.1 - Resenha Histórica	23
1.2.2 - Definição / Conceito	29
1.2.3 – Qualidade: Produção / Serviços.....	29
1.2.3.1 – Instituições de Acolhimento a Idosos vs Qualidade de Vida.....	31
1.2.4 – Sistema de Gestão da Qualidade.....	33
2- Problema e Objectivos.....	36
2.1 - Metodologia	36
2.2 - Universo	36
2.3 - Procedimentos	38
2.4 - Análise de Dados	39
3- Resultados	40
4- Discussão	55
5- Limitações.....	60
6- Conclusões	60
7- Referências Bibliográficas.....	63
Anexos	
Anexo I – Guião de Entrevista	
Anexo II – Tabelas de Frequência	
Anexo III – Grelha de Observação	

Resumo

Sendo a problemática do envelhecimento populacional e a questão da qualidade dos serviços para as pessoas idosas muito discutida actualmente, surge a dúvida de se a qualidade dos serviços para as pessoas idosas se adequa ao actual envelhecimento populacional, nomeadamente no concelho de Évora. Ou seja, se se adequa ao aumento do número de idosos, ao aumento dos idosos com muita idade, à alteração das características da população idosa e das características das famílias que servem de suporte a esses idosos. Sendo que esta avaliação pode ser efectuada através do Sistema de Gestão da Qualidade.

Pretendeu-se neste trabalho verificar em que fase está a implementação do sistema de gestão de qualidade nos lares de idosos do concelho de Évora e em que medida esta implementação pode ou não influenciar a qualidade de vida dos residentes.

Foi utilizado neste estudo o método dedutivo, que de acordo com a sua aceção clássica parte do geral para o particular enquadrado numa orientação que privilegia a construção, a interpretação e o discurso relativo à realidade social vivenciada pelos próprios actores sociais.

As técnicas de pesquisa privilegiadas foram a entrevista focalizada e a observação directa.

Após recolha e tratamento dos elementos pesquisados, verificou-se que ainda nenhum lar de idosos do concelho tem o sistema de gestão de qualidade implementado, logo não há nenhum com certificação de qualidade, no entanto também se verificou que no funcionamento desses lares já se encontram reunidos bastantes itens dos enumerados nos manuais de qualidade.

Palavras-chave: Envelhecimento, equipamentos sociais, qualidade e qualidade de vida

“The Quality Challenge in the Homes of Aged on the municipality of Évora”

Abstract

The problem of the ageing population in focus at the moment concerning the question of the quality of services for the elderly makes the doubt if the quality of services for the elderly is suitable with the today's aging population, specifically in Évora. Meanings, if it fits with the growing number of old people and with the growing age of the elderly, the changing characteristics of old population and the changing characteristics of the families that supports those elderly, what can be valued thru the quality system management.

This work aims to verify the implementation of “the quality system” in the municipality of Évora. We intended to measure the influences that this system can have about quality of life and care in home residents. In this work we have used the deductive methodology which is generally understood to work from the general aspects to the particular ones and adopted an approach which favours the construction, interpretation and discourse related to the social reality experienced by the subjects themselves.

Research methods were based around focussed interviews and direct observation.

Having collected and analysed the research data, it is possible to conclude that none of the elderly residences in the focused area have not yet implemented “quality system”. As result there are none with the label and quality certification. But we also see that homes already met a sufficient number of the quality standards described in the care manuals.

Key words: ageing, social service resources, quality, quality of life

Introdução

A população idosa em Portugal, de acordo com Perísta (2001), duplicou nas últimas quatro décadas e os idosos estão, eles próprios, a envelhecer. O ritmo de crescimento é superior entre o grupo de setenta e cinco anos (ou mais) e sobretudo entre os oitenta e cinco anos (ou mais). Esta população está também marcada por uma feminização acrescida, isto é, o peso das mulheres cresce à medida que a idade avança.

Perísta (2001) refere que olhando para Portugal de norte a sul, vimos que a região do Alentejo é a que demonstra ser a mais envelhecida de todas as regiões do país.

Para Amorim (2002), a prestação de cuidados às pessoas idosas atingiu nas sociedades actuais uma preocupação e importância crescentes. O reforço do debate ao redor das condições de vida das gerações mais velhas alertou para a urgência de encontrar novas formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida, tendo em vista as necessidades das pessoas idosas e a promoção da sua autonomia. Neste enquadramento surgem diversos tipos de serviços de apoio aos idosos, tais como os Centros de Dia, os Serviços de Apoio ao Domicílio e os Lares de Idosos. Estes são sempre o último recurso que surge quando o idoso já não reúne o mínimo de condições que lhe permitam manter-se no seu domicílio.

Osório et al (2007), afirmam já existir em Portugal diferentes tipos de estruturas residenciais para os idosos. Ou seja, existem os lares pertencentes a Instituições de Solidariedade Social que se direccionam aos idosos de estratos sociais inferiores e os lares de iniciativa privada que se direccionam aos idosos de estratos sociais superiores. Isto é, a maioria dos idosos portugueses auferem pequenas pensões e como tal existem lares que são subsidiados pelo Estado, destinando-se a acolhê-los. No entanto, existe uma franja da população que auferem pensões mais substanciais e que procura estruturas que lhe permitam manter o seu estilo de vida como até então, tanto ao nível do conforto, como cultural e intelectualmente. Com um bom exemplo desta estrutura surge o Grupo Mello, que mantêm condomínios residenciais para pessoas com 60 anos ou mais sendo ainda independentes e que procurem uma casa onde não tenham de se preocupar com a gestão da vida diária. São apartamentos T1 e

T2 com cozinha, sala e quarto(s), complementados com todos os serviços que lhes conferem segurança, comodidade e bem-estar. Mantêm também residenciais assistidas para as pessoas que já apresentam algum grau de dependência ou fragilidade. Este grupo segue uma organização que é comum em alguns países europeus, tal como se pode verificar na publicação *Care Homes for Older People – National Minimum Standards* (2005).

Nas diferentes estruturas atrás referidas é urgente que se desenvolva um Sistema de Gestão da Qualidade, pois será ele que mostrará aos seus residentes e responsáveis que um determinado nível de qualidade estará a ser conseguido a um custo razoável. Foram estabelecidos, no modelo de avaliação da qualidade, três níveis de exigências relativas aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade, sendo eles o nível C, B e A. Relativamente ao nível C, este é obrigatório nomeadamente para lares comparticipados pelo Estado, pois a celebração de acordos e respectiva comparticipação dependerá do cumprimento dos requisitos correspondentes ao referido nível. Quanto aos níveis B e A, estes são voluntários e considerados pela diferenciação positiva das respostas sociais.

O Sistema de Gestão da Qualidade é composto por 8 critérios (4 respeitantes aos *Meios* e 4 respeitantes aos *Resultados*) que têm associadas diferentes directrizes que constituem uma importante ferramenta para as Instituições analisarem as suas lacunas, para equacionarem soluções e para planearem a melhoria da qualidade dos seus serviços (ISS. IP, 2006).

Com base na informação recolhida, equacionamos a existência de estruturas para a terceira idade e a institucionalização dos idosos do concelho de Évora, onde já é do nosso conhecimento que existem 11 Instituições de Solidariedade Social e 6 Organizações de Iniciativa Privada.

Após reflexão sobre as temáticas relacionadas com o acima referido, orientámos a pesquisa para a área da qualidade em ambos os tipos de residências para idosos, ou seja, IPSS's e de iniciativa privada. Esta a ser entendida de duas formas, ou seja, qualidade das respostas sociais de carácter residencial e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

1- Revisão de Literatura

1.1- Envelhecimento

1.1.1 – Definição de Envelhecimento

Assiste-se hoje, de acordo com António (2001), na generalidade das sociedades mais desenvolvidas, ao fenómeno do envelhecimento demográfico, isto é, ao aumento da percentagem relativa de indivíduos com 65 anos ou mais no conjunto da população total.

E porque é que se consideram os indivíduos com 65 anos ou mais, idosos?

A delimitação do período em que se considera o ser humano como idoso é difícil de concretizar, uma vez que o envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa (Pimentel, 2001).

É, no entanto e segundo o mesmo autor, extremamente difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns que o distinga de outros grupos, pois dificilmente se encontram critérios homogêneos.

A idade cronológica surge então como um marco e uma forma relativamente fácil de identificar esse grupo e como na maioria dos países a entrada para a reforma se faz aos 65 anos, define-se então esta idade cronológica para definir o grupo Idosos, mais que a morte dos pais, o nascimento dos netos ou a viuvez.

Biologicamente, o envelhecimento é um fenómeno natural, universal e necessário, que ocorre a partir do nascimento e com diferentes sintomas (Vogalaere, 2005). Com a idade o organismo fica mais debilitado, com menor resistência às doenças e com menor capacidade para realizar determinadas actividades. O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, cuja velocidade varia em função do nível de actividade física, nutrição, estado físico e mental, etc. Sousa et al (2004) referem que a idade biológica do envelhecimento é controversa, no entanto aceita-se que ocorre no final da 2.^a década de vida. Após os 30 anos, dependendo dos órgãos, há em média a perda de 1% de funcionalidade por ano. O envelhecimento afecta de modo desigual as funções dos tecidos, sendo o declínio mais rápido nos tecidos elásticos e mais lento nos tecidos nervosos.

Socialmente e segundo António (2001), este fenómeno (envelhecimento) começou a acentuar-se na 2.^a metade do século XX, nos países mais industrializados e veio a tornar-se num problema muito importante e o reconhecimento da sua relevância e escala e dos seus prementes reflexos nos sistemas sociais e de segurança social dos países mais ricos do planeta tem justificado que, o envelhecimento mereça hoje mais atenção até do que a explosão demográfica nos países em vias de desenvolvimento, embora o problema do envelhecimento da população venha também a atingir estes últimos a curto prazo e com grande intensidade.

A entrada para a reforma ou a dependência de pensões ou subsídios estatais significa para os mais idosos, uma redução dos seus rendimentos bem como a perda de contacto com a vida activa e produtiva, levando a que muitos se sintam excluídos da sociedade. Existe também a criação de estereótipos da velhice pela parte dos mais jovens. Para Pimentel (2001), as imagens negativas e os mitos que se têm construído à volta do processo de envelhecimento, desvalorizam o estatuto social do idoso e condicionam as suas oportunidades de realização e de auto valorização.

A forma como a velhice é vivida é paradoxal, ou seja, teme-se a velhice quase tanto como se teme não viver o suficiente para a atingir.

O mesmo autor (Pimentel, 2001) refere que a velhice é vista em sociedade através de alguns mitos e estereótipos negativos e desvalorizadores bem visíveis nalguns lemas:

- “Velhos por fora e jovens por dentro” – Mito da Juventude
- “A velhice é um estado de espírito” - Negação do Envelhecimento
- “Outra vez crianças” - Infantilização da Velhice
- “Os velhos são todos iguais” – Identificação da velhice como uma categoria sem diferenciação.

1.1.2 - Situação Actual Geral do Envelhecimento

O aumento progressivo do envelhecimento demográfico nas nossas sociedades é dos fenómenos sociais mais relevantes que ocorreram nos últimos 25 anos, acompanhado simultaneamente pela mudança das estruturas

familiares, pela incorporação da mulher no mercado de trabalho e pelo aumento da tecnologia.

Segundo António (2001), é do conhecimento geral que a população mundial está a envelhecer. Existem neste momento cerca de 580 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, ou seja, 1 por cada 10 pessoas no mundo então na casa dos 60 anos.

Desde a década de 50 que se tem verificado um aumento da população com 60 anos ou mais, comparativamente com a população com menos de 15 anos. Cardoso (2006), refere que até 1998 a proporção de jovens baixou de 34% para 30% enquanto que a população idosa aumentou de 8% para 10%. Prevê-se que a população mundial continue a crescer nos próximos 50 anos.

Como exemplo deste cenário encontramos a China que seguindo a tendência mundial é dos países mais envelhecidos. Mas aqui podemos afirmar que a política de natalidade do um para dois tem a sua quota-parte de responsabilidade. Isto é, a lei que apenas permite um filho por casal tem reduzido bastante a natalidade e por sua vez os casais optam por ter um rapaz (na maioria das vezes). As consequências desta política levam a cada vez menos crianças e jovens em especial do sexo feminino, o que compromete seriamente as gerações futuras, (Vogalaere, 2005).

Segundo as projecções da Divisão de População do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas aqui referidas por António (2001), o quantitativo populacional em 2050 variará entre 7.300 mil milhões e os 10.700 mil milhões. A diferença entre os cenários elaborados resulta das variações da taxa de fecundidade, focando a ONU três possíveis cenários:

- Cenário Alto – se o número médio de crianças por mulher for de 2,5 a população mundial será de 10.700 mil milhões;
- Cenário Médio – Se o número médio de filhos por mulher for de 2, a população mundial será de 8.900 mil milhões;
- Cenário Baixo – Se o número médio de filhos por mulher for de 1,6 a população mundial será de 7.300 mil milhões.

De acordo com a opinião da ONU, o cenário médio é o mais provável.

Já em relação à população da União Europeia, Fernandes (1997) cita o Eurostat dizendo que o mesmo estima que a população aumentará apenas

para 388 milhões de habitantes e depois começará a declinar até atingir 367 milhões no ano 2050. A população com mais de 65 anos passará de 49 milhões para 80 milhões em 2025 e os jovens com menos de 14 passarão de 66 milhões para 59. A população idosa terá mais 21 milhões de habitantes que a população jovem e todos os países, sem excepção, terão mais idosos do que jovens. Em meados do próximo século os idosos serão mais de 100 milhões de habitantes num total de 367 milhões.

Relativamente a Portugal e referindo Fernandes (1997), contará com pouco mais de 10 milhões de habitantes, sendo que cerca de 2 milhões de pessoas terão mais de 65 anos de idade. Para além do aumento da esperança de vida e da diminuição da natalidade, de acordo com Pimentel (2001), outro factor pesa no envelhecimento da população portuguesa, isto é, o surto emigratório nas décadas de 60 e 70, essencialmente de jovens e o seu retorno, muitos deles já idosos, nos anos mais recentes. Assistimos a um aumento de 114,4% na população idosa (65 anos ou mais) entre 1960 e 1998, o que significa que em 1960 somente 8% da população portuguesa era constituída por idosos e que em 1998 passou para 15,2%. O mesmo autor refere que as projecções do INE para 2020 apontam para 18,1% o peso atingido pelos idosos.

Em alguns concelhos do interior sul de Portugal, nomeadamente no Alentejo, já se inverteu a estrutura demográfica natural, ou seja, há mais idosos do que jovens, situação esta que tende a agudizar-se com o tempo. À semelhança de toda a região Alentejo, o distrito de Évora apresenta uma densidade populacional muito baixa, de apenas 23.11 habitantes por km², extremamente discrepante com os 113,92 de média nacional, segundo dados do INE obtidos nos censos de 2001 e referenciados no site da Associação de Municípios do Distrito de Évora. Este distrito tem registado nas últimas décadas um importante decréscimo da população residente, o qual se deve essencialmente ao saldo natural negativo, que está na origem de um duplo envelhecimento da população com um aumento da população idosa e simultaneamente um decréscimo do número de nascimentos. Segundo dados obtidos através do site da Associação de Municípios do Distrito de Évora, este concelho, capital do distrito, é o maior concelho em termos de área, ocupando um total de 1306,3 km² e possuindo 19 freguesias. Estas dividem-se em freguesias urbanas e

rurais, sendo 7 as de cariz urbano e 12 as de cariz rural. Ao nível da população, este concelho registou, entre 1991 e 2001, um ligeiro crescimento na ordem dos 5,1% sendo as freguesias urbanas onde mais se observou este aumento da população residente. Actualmente o concelho de Évora possui uma população residente de 56519 efectivos populacionais. Pese embora o envelhecimento da sua população, é neste concelho que se verifica um menor envelhecimento populacional.

Verificamos então que o problema social representado pela velhice, focando Fernandes (1997), nas sociedades industrializadas em geral e na sociedade portuguesa em particular, constitui um dos grandes desafios com que se defrontam as instâncias políticas e sociais que detêm a incumbência de encontrar soluções. As respostas sociais nem sempre têm em conta as dimensões em que se decompõe a problemática social da velhice e os resultados afastam-se, muitas vezes, dos objectivos propostos.

Para António (2001), as principais causas do envelhecimento demográfico derivam de uma de três razões principais:

1. Envelhecimento natural do topo, resultante do acréscimo da percentagem da população idosa, em consequência de tendências demográficas endógenas normais. O acréscimo do número de indivíduos com 65 anos ou mais resulta da baixa taxa de mortalidade e da baixa taxa de mortalidade infantil com consequente aumento da esperança média de vida, resultado do avanço da medicina e de melhores condições de vida (melhores condições sanitárias e higiénicas, melhor alimentação, entre outras);
2. Envelhecimento artificial do topo, que acrescenta à primeira a concentração de idosos em regiões particularmente atraentes, devido, entre outras causas às boas condições climáticas e existência de serviços especializados;
3. Envelhecimento natural na base, resultante da quebra da natalidade característica de sociedades urbanas e industriais, com a consequente redução progressiva da camada mais jovem, no total da população. A baixa da taxa de natalidade resultou de múltiplos factores tais como: o avanço da medicina, melhores condições de vida, baixa da mortalidade infantil, maiores habilitações literárias da mulher, maior participação da mulher na

vida activa, aumento da idade média à data do 1.º casamento e utilização de métodos anticoncepcionais.

1.1.3 - Consequências do Envelhecimento Populacional

Para António (2001), este aumento da população envelhecida trás consequências a vários níveis, ou seja, ao nível económico, político e social.

Ao nível económico, o aumento da população idosa acarreta maiores custos com a segurança social (pensões e reformas), com a saúde (hospitais e medicamentos), com a criação de infra-estruturas (lares e centros de dia) e com a criação de diferentes projectos que vão de encontro ao desejo de um envelhecimento activo.

Todos os encargos financeiros do Estado para com os idosos são suportados por uma população activa. Esta tem tendência a ficar cada vez mais reduzida e ao suportar essa população idosa irá ter, como consequência, uma diminuição da sua própria qualidade de vida. Mas, por outro lado, a velhice e tudo o que a rodeia está a criar um novo segmento de mercado altamente lucrativo, como se pode verificar pela expansão do sector privado que tem vindo a dedicar-se a este grupo etário. Ou seja, cada vez mais são formadas residenciais com fins lucrativos que se destinam a idosos com um nível de vida acima do que até então. Verificamos também que entre as respostas sociais que já existiam e as novas respostas que agora começam a surgir, a classe média da população não se enquadra em nenhuma. Ou seja, é uma franja da população que adquiriu um determinado nível intelectual, cultural e económico e que não deseja ser institucionalizado numa resposta social comparticipada pelo Estado pois sente que não terá um tratamento adequado à satisfação das suas necessidades, no entanto também não tem condições económicas para frequentar uma estrutura privada com fins lucrativos, pois embora a sua pensão seja superior à dos idosos residentes em IPSS's, não o é em relação ao pedido neste tipos de estruturas. Assim, verificamos que a classe média da população está a ser esquecida no que concerne à sua possível, futura, institucionalização.

Relativamente ao seu poder político e como atrás foi referido, é o seu elevado número que contribui para a manutenção dos lugares do poder, o que

determina o entendimento da terceira idade como um conteúdo imprescindível no programa eleitoral de todos os partidos políticos.

Os mais idosos terão um maior peso eleitoral, podendo de forma indirecta, alterar o funcionamento da sociedade e da economia. Uma sociedade com menor percentagem de população activa, poderá apresentar certas características:

- Inflação baixa (os eleitores idosos vão dominar as eleições e deverão ser particularmente hostis à ideia de verem as suas poupanças diminuídas pela inflação);
- Taxa de desemprego baixa (devido à queda da proporção de pessoas em idade normal para trabalhar);
- Criminalidade baixa (os jovens cometem mais crimes enquanto os idosos têm tendência para não tolerar o crime e a violência);
- Baixa tolerância à desordem e comportamento anti-social (há uma maior aceitação da autoridade no controlo destes comportamentos).

As tendências do envelhecimento populacional, ao nível social, de acordo com António (2001) serão as seguintes:

- 1) A maioria da população com 60 anos ou mais viverá em países mais desenvolvidos (33% em 2050 contra 21% nos países menos desenvolvidos);
- 2) O maior acréscimo da população com 60 anos ou mais dar-se-á nos países menos desenvolvidos (240 para 1.594 milhões);
- 3) Feminização da população envelhecida. Actualmente as mulheres representam 55% do total da população idosa;
- 4) Estima-se que aumente o número de pessoas com 80, 90 e 100 anos relativamente ao total da população idosa. Em 2050, do total da população idosa, os octogenários representarão cerca de 84%, os nonagenários 14,4% e os centenários 0,6%;
- 5) Redução do número de activos por cada idoso. Entre 1999 e 2050, esse número passará de 5 para 2. Ou seja, em vês de 5 activos para cada idoso, existirão apenas 2, nos países desenvolvidos. Nos países menos desenvolvidos, no mesmo período, o número passará de 12 para 4.

Para Arca (2007), os esforços da política social devem ser canalizados para os seguintes desafios:

- 1) Fazer compreender socialmente que a velhice é mais uma etapa da vida;
- 2) Estabelecer redes de coordenação entre os serviços sociais e de saúde dirigidas aos idosos;
- 3) Proporcionar mais informação e formação sobre o processo de envelhecimento;
- 4) Apoiar o desenvolvimento da investigação nestas áreas;
- 5) Reforçar as ajudas tendentes a deixar mais tempo livre aos prestadores de cuidados;
- 6) Facilitar a compatibilidade entre as tarefas dos prestadores familiares e os trabalhadores externos;
- 7) Fomentar e garantir o sistema de pensões a longo prazo;
- 8) Criar mais serviços públicos residenciais;
- 9) Fomentar, nas imediações da área de residência, ou seja, a nível municipal, a criação de políticas educativas e culturais semelhantes às que já existem para os jovens.

1.1.4 – Instituições Sociais: Resenha Histórica

Historicamente, o fenómeno do envelhecimento não era tão problemático como o é actualmente. Sabemos que até ao século XIX, de acordo com Pimentel (2001), eram poucos as pessoas que atingiam a idade avançada e, como tal, a velhice não se tornava um problema social digno de reflexão.

Já no século XIII encontramos na Bélgica uma forma de prestação de cuidados aos desamparados. Ou seja, as viúvas organizavam-se em pequenas comunidades e durante o dia juntavam-se num espaço comum e dedicavam-se a bordar (os famosos bordados de Bruges) pela sua sobrevivência (Vogalaere, 2005).

Em Portugal, o aparecimento dos lares remonta aos asilos e hospícios, destinados a albergar os indigentes, mendigos e velhos. As primeiras instituições que surgiram para este efeito foram as Misericórdias, no século XV. Para o autor Góis (2007), na base das Misericórdias encontramos Frei Miguel

Contreiras e a Rainha D. Leonor. Frei Miguel era um admirável pregador e amparo dos mais necessitados. A sua fama chegou aos ouvidos da Rainha D. Leonor que o ordenou seu confessor e mestre. Foi então, nos finais do século XV, mais propriamente em 1498, que um grupo de “bons e fies cristãos”, liderado por Frei Miguel Contreiras, na presença da Rainha D. Leonor e das mais altas personalidades religiosas e civis, assumiu o compromisso de se dedicar à prática das 14 obras da Misericórdia. As Misericórdias primavam por tratar todos os homens como irmãos, independentemente da sua raça, linguagem ou cultura. Instalavam e mantinham hospitais e outros equipamentos (os asilos) de promoção e acção social à disposição de toda a população.

No século XIX, o Estado assumiu-se então como o grande promotor do bem-estar social e, o aumento das transferências de fundos económicos deu origem a novos agentes que definiram a sua actividade através desta posição de intermediários entre gerações. Assim, de acordo com Pimentel (2001), com o objectivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, especialmente daquelas cujas redes de solidariedade primária são inexistentes ou ineficientes, surgiu um conjunto de serviços e equipamentos diversificados, de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência. Os equipamentos de maior implementação têm sido os lares de idosos.

No entanto, referindo Amorim (2002), as implicações ao nível da institucionalização do idoso que aí permanecia até à morte, nomeadamente a construção de uma imagem social negativa, o isolamento social originado pelo seu meio social de pertença, a ausência de um tratamento individualizado, as mudanças no seio da família, implicaram o aparecimento de um conjunto de respostas sociais diferenciadas que possibilitam ao idoso permanecer no seu meio social e habitual de vida. Reconhece-se, no entanto, a necessidade da institucionalização para este grupo etário, em especial para os mais idosos e dependentes. O internamento num equipamento de apoio à população idosa, de acordo com Pimentel (2001) surge, em muitos casos, como a única alternativa viável face ao jogo de interesses subjacentes e à ausência de princípios de justiça que permitam respeitar os condicionalismos que afectam os vários agentes envolvidos.

Para Amorim (2002), a prestação de cuidados às pessoas idosas alcançou nas sociedades actuais uma preocupação e importância crescente. O reforço do debate em torno das condições de vida das gerações mais velhas alertou para a urgência em encontrar novas formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida, tendo em vista as necessidades das pessoas idosas e a promoção da sua autonomia.

A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver com incapacidades e dependências. (Paschoal, 2006).

De facto, de acordo com Paschoal (2006), o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem significar anos de sofrimento para os idosos e suas famílias, podem ser anos marcados por doenças com sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão.

Para Paschoal (2006), o desafio que se coloca aos indivíduos e sociedades é conseguir uma sobrevivência cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.

1.1.5 - Necessidade da Existência de Instituições

Segundo Pimentel (2001), o progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições da habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde e o facto dos serviços de proximidade alternativas continuarem a ser insuficientes para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio, têm provocado um aumento da procura dos lares de idosos. O número destes é reduzido para fazer face à elevada procura.

De acordo com Reed et al (2003) a institucionalização surge normalmente para a família, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis. Também para os idosos surge como inevitável quando existe uma ausência de

rede de suporte familiar e de redes de vizinhança. Se é verdade que a perda de autonomia física é um factor determinante na opção do internamento e que muitos dos idosos que residem nos lares são fisicamente dependentes, o facto é que associados a esta dependência física, surgem outros factores que, por sua vez, condicionam fortemente a decisão. Estes podem ser problemas de saúde, perda de autonomia, isolamento, falta de recursos económicos e falta de habitação.

1.1.6 – Institucionalização do Idoso

Apesar do recurso aos lares ser cada vez mais frequente, estes são conotados com uma imagem negativa e são poucas as pessoas que aceitam a institucionalização de forma tranquila. De acordo com Grugger (1995), para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é essencial ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente.

O processo de institucionalização, segundo Sousa et al (2004), é simbolizado pela saída de casa, podendo ser por um período longo ou curto e comportar um conjunto de etapas, sendo elas:

Decidir a Institucionalização;

Escolher o Lar / Residência;

Adaptação e Integração na sua nova “casa”.

Para os mais velhos, viver na própria casa é uma dimensão integral da independência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal. A residência habitual de tantos anos tem várias e importantes funções na vida qualquer pessoa, em especial de um idoso, passando então a enumerá-las:

- 1) Segurança objectiva contra a adversidade do meio ambiente;
- 2) Segurança subjectiva contra o medo;
- 3) Local de intimidade e privacidade individual e familiar;
- 4) Lugar de identidade (decoração, móveis e o ambiente reflectem a sua individualidade);
- 5) Um depósito de lembranças, permitindo a continuação entre o passado e o presente.

Analisando tudo isto percebe-se que a mudança de local prejudica a funcionalidade nas actividades de vida diária dos idosos, já que envolve uma readaptação num período em que as suas capacidades estão diminuídas. Mas ao mesmo tempo, de acordo com Sousa et al (2004), a sua casa pode tornar-se uma fonte de vulnerabilidade e aí tem de começar-se a colocar a hipótese de integração num lar, sendo esta possibilidade colocada em três diferentes momentos:

- 1.º- Morte do conjugue (solidão, viver sozinho, medo, etc);
- 2.º- Após queda ou doença incapacitante (ex: existência de barreiras arquitectónicas);
- 3.º- Localização da sua casa (Isolada, longe dos serviços tais como hospital, longe dos filhos, etc).

Normalmente a ideia de institucionalização surge após um destes três momentos. Esta decisão deve ser tomada com a clareza de que o objectivo dos cuidados ao idoso não é mantê-lo em casa mas sim **garantir a sua qualidade de vida.**

Quanto à participação do próprio idoso na opção por um lar, segundo Reed et al (2003), são sugeridos quatro tipos:

- a) Preferencial;
- b) Estratégica;
- c) Relutante;
- d) Passiva.

- a) Esta caracteriza-se por o próprio exercer o direito de decisão, ocorre perante alterações nas circunstâncias da vida, que levam o idoso a ponderar a ida para um lar como a melhor alternativa a essas circunstâncias (ex. morte de conjugue; situação de dependência em que se encontra a qual o faz sentir-se um fardo, etc.);
- b) A estratégica exprime um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de adoptar esta solução. É patente em alguns comportamentos e atitudes, tais como proceder à inscrição com antecedência num lar, tornar-se sócio de uma instituição, etc. Esta postura é mais frequente em

peessoas solteiras, viúvas e sem filhos ou se os têm que vivem longe ou não têm condições para os apoiar;

- c) A participação relutante é quando o idoso resistiu ou discordou activamente do realojamento num lar de idosos, é a circunstância mais dolorosa, pois o idoso é forçado pela família ou por técnicos, a adoptar uma opção que não é a sua. A imposição por familiares tem duas origens comuns, uma é a falta de condições para cuidar dele, outra é a ausência do desejo de assumir essa função normalmente porque há relações conflituosas ou distantes com o idoso.

A imposição por parte dos técnicos tem origem normalmente porque o idoso vive num estado de enorme pobreza ou com alguma incapacidade ou doença grave e solidão.

- d) Na decisão passiva, o encaminhamento para lar decorre da decisão de outros mas que o idoso aceita sem questionar. Acontece normalmente em duas situações, idosos dementes e idosos resignados.

Para Grogger (1995), o nascimento do sentimento de adaptação e integração no lar, depende de três factores:

- 1- Circunstâncias da institucionalização;
- 2- Definições subjectivas de lar de idosos;
- 3- Continuidade alcançada após a mudança para o lar.

De forma a assegurar a adaptação e a integração do idoso e segundo Sousa et al (2004), as instituições devem oferecer aos mesmos o respeito pela sua dignidade, pela sua autonomia, privacidade, direito de escolha e pela sua independência.

Segundo Arca (2007), dada a própria dinâmica social que afectará claramente o perfil da pessoa que atinge a terceira idade com um nível mais elevado de conhecimento, com formação e recursos materiais, num futuro muito próximo a velhice será encarada como uma etapa de plenitude e realização pessoal.

Para que possamos romper com as dinâmicas assistenciais típicas de épocas passadas, é fundamental alterar os estereótipos sociais existentes em relação a esta etapa da vida.

O cuidar, referindo o Grupo CID (2005), deve ser visto como relacional e objectivo que assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto

pessoa e não apenas na efectiva prestação de serviços. As pessoas idosas que se encontram em situações complicadas e a necessitar de apoio, precisam de respostas de qualidade. Estas devem ser desenvolvidas na perspectiva do reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no progresso de desenvolvimento económico, social e cultural. Implicam o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à qualidade de vida.

1.1.7 - Necessidade do Controlo de Qualidade nas Instituições

O envelhecimento e a institucionalização dos mais velhos, tem sido uma preocupação crescente para o Estado português, daí que o programa do XVII Governo Constitucional vise dar a Portugal um rumo para a sua modernização e desenvolvimento e no seguimento deste objectivo surgem então os Modelos de Avaliação da Qualidade desenvolvidos pelo ISS, I. P. consubstanciando a desejável evolução qualitativa das respostas sociais de forma a garantirem ao Cidadão o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades (ISS, I.P. 2006).

No seguimento deste tema da integração e adaptação do idoso aquando o seu acolhimento numa residência, serviu de base para elucidar a melhor forma destas actuarem, um manual organizado para esse efeito. Tendo como objectivo principal definir a melhor forma de acolhimento em residências, a Segurança Social incumbiu um grupo de técnicos (grupo CID – crianças, idosos e deficientes – cidadania, instituições e direitos) de organizar um Manual sobre o mesmo. Ao fim de diversas reuniões e trocas de experiências entre os diferentes parceiros surge nesta fase o Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas (2005).

Principais orientações do Manual de Boas Práticas:

1) Organização de pessoas para pessoas – Neste primeiro ponto é desenvolvida, essencialmente, toda a estrutura organizacional. Ou seja, qual a missão, a visão, os valores, a estratégia, a cultura ética, etc que orienta ou deve orientar a Instituição.

2) Mudar de casa, mudar de vida? – Neste segundo ponto da Guia desenvolve-se todo o processo que envolve uma admissão em Lar, desde a candidatura, à admissão, acolhimento, elaboração do contrato de prestação de serviços, convivência com os outros, horários, actividades, etc.

3) Organizar a casa – No terceiro e último ponto foca-se toda a organização da estrutura, desde os recursos humanos, aos documentos necessários e organização do espaço físico, etc.

A qualidade de vida das pessoas idosas que habitam em estruturas residenciais é o principal objectivo deste guia. Esta depende da articulação de um conjunto complexo de factores organizacionais e relacionais que tenha como objectivo principal o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerando-o na sua individualidade como sujeito de direitos vivendo uma fase da vida muito relevante no percurso da sua realização como pessoa.

Desinserido do seu meio natural de vida (o familiar), o idoso necessita de um especial empenho e competência dos responsáveis e colaboradores da estrutura residencial, quer sejam remunerados ou voluntários, para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e pessoal da vida de cada um possam por eles ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e autonomia.

O êxito desta intervenção, por parte da estrutura residencial, depende da qualidade de uma cultura de pensamento e acção, ao nível institucional e pessoal, traduzida na concepção e concretização de boas práticas, a todos os níveis:

- **Cultura** – radicada na constante preocupação pelo respeito, promoção e defesa dos direitos humanos dos residentes, base fundamental do seu bem-estar e qualidade de vida;
- **Boas Práticas** – continuamente assumidas, reflectidas e avaliadas, em ambiente de verdade, transparência e confiança, sempre orientados por aquela preocupação essencial de efectivação dos direitos humanos da pessoa idosa e também pelo objectivo da consequente realização pessoal e profissional de todos os dirigentes e colaboradores empenhados nesta missão.

É então fundamental que, nesta estrutura, impere uma actuação humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo sempre como fim os residentes. Estes são o centro de toda a actuação. Também é importante não esquecer 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 interesses e desejos). Daí a definição de acolhimento residencial ser a seguinte:

Acolhimento residencial – É um tipo específico de casa, com características e formas de organização próprias. Os seus elementos não são apenas os que nela residem mas todos os que contribuem para a sua existência e desenvolvimento, isto é, colaboradores remunerados e voluntários, directores, familiares e amigos dos residentes, etc. (Grupo CID, 2005)

A especificidade destas estruturas faz com que a sua organização interna tenha de ser mutável e adaptativa. Assistimos hoje em dia, segundo Osório et al (2007), ao aparecimento de estruturas para idosos, muito diferentes daquelas que até agora existiam, mas para o Grupo CID (2005) qualquer residência tem de ter sempre o residente como centro da sua acção, a estrutura residencial deve procurar responder as suas necessidades e respeitar e promover os seus direitos, seja qual for a sua natureza. Neste sentido, tem especial relevo, o papel da estrutura residencial no cuidar do outro. O cuidar deve ser visto como relacional e afectivo, baseado num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efectiva prestação de serviços. Neste sentido, a organização e em especial a estrutura residencial, não pode centrar-se só sobre si própria, devendo abrir-se à comunidade criando mecanismos de interacção com esta.

1.2- Qualidade

1.2.1 – Qualidade: Resenha Histórica

As preocupações com a qualidade, segundo Pires (2000), podem encontrar-se nos mais remotos tempos da produção de ferramentas para a satisfação das necessidades individuais.

Embora, historicamente, os conceitos de garantia e gestão da qualidade tenham aparecido em momentos diferentes e com significados diferentes, hoje já não tem sentido prático estabelecer qualquer diferença (apesar das normas ISO o continuarem a fazer).

A evolução dos conceitos, para o mesmo autor (Pires, 2000) resume-se na seguinte sequência:

Inspeção: actividades de medição, comparação e verificação.

Controlo da Qualidade: actividades planeadas que pretendem controlar o desenvolvimento das acções que visam a qualidade.

Garantia da Qualidade: actividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada podem garantir que a qualidade desejada está a ser alcançada.

Gestão da Qualidade: actividades coincidentes com as da garantia, mas em que é enfatizada a integração na gestão global da empresa.

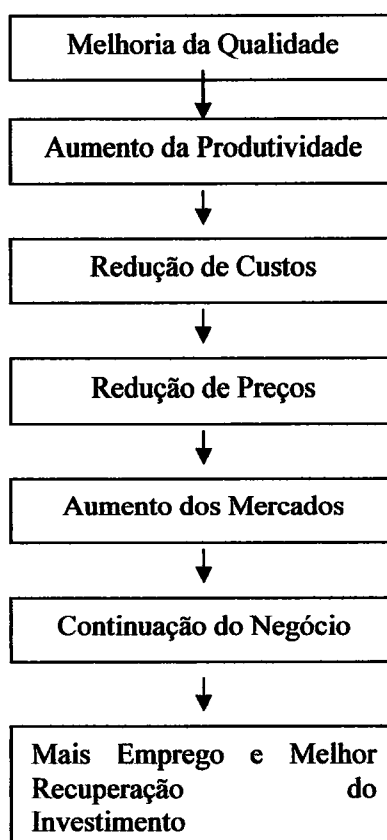
Qualidade Total: cultura de empresa capaz de assegurar a satisfação dos clientes.

Citando alguns autores clássicos, recordamos a célebre e concisa definição de Juran (1974): “Aptidão ao uso”; a de Crosby (1985) : “Conformidade com as especificações”; Taguchi (1979): “Perda para a sociedade, causada pelo produto, após a sua expedição”. Para Tribus (1990) a qualidade é o que torna possível a um consumidor ter uma paixão pelo produto ou serviço. Dizer mentiras, diminuir o preço ou acrescentar propriedades pode criar um entusiasmo temporário, o que vai permitir à qualidade sustentar a paixão. Ainda para o mesmo autor, a qualidade é definida de acordo com o nosso entendimento do que agrada ao cliente. Devemos estar sempre alerta, o “namoro” ao cliente nunca deve acabar!

Seguindo esta linha de pensamento, Kano et al (1984) sublinham que as expectativas dos clientes podem, em algumas situações, ter que ser excedidas. Juran (1974) e Deming (1982) foram os dois pioneiros do movimento da qualidade. Os nipónicos consideram que eles foram os inspiradores do milagre industrial japonês iniciado na década de 50. Os norte-americanos só os descobriram nos anos 80. As suas ideias foram a base de uma revolução da qualidade que restabeleceu a confiança na indústria nacional.

Pires (2000) refere que Edwards Deming colocou em causa o mito da qualidade que dizia que a melhoria da qualidade significa aumento de custos. Ou seja, Deming desafiou a abordagem tradicional em que a qualidade é vista como um elemento que acrescenta custos, consequentemente afectando a produtividade de forma negativa. O autor propõe então uma abordagem em que as necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade. Há então que criar, dentro das organizações, um movimento contínuo de melhorias.

Modelo de Deming:



Deming (1982) deixou 14 pontos célebres sobre a qualidade:

1. Estabelecer objectivos estáveis, com vista à melhoria dos produtos e serviços;
2. Adotar a nova filosofia de gestão da qualidade;
3. Não depender exclusivamente da inspecção para aceitar a qualidade;
4. Não utilizar apenas o preço para conduzir o negócio. Em vez disso, minimizar os custos totais, trabalhando com um único fornecedor;

5. Melhorar constantemente qualquer processo de planeamento, produção e fornecimento do serviço;
6. Instituir a formação no posto de trabalho;
7. Adoptar e instituir a liderança da direcção;
8. Eliminar o medo de cometer erros;
9. Eliminar as barreiras funcionais entre áreas;
10. Eliminar slogans, exortações e cartazes dirigidos aos trabalhadores dos níveis mais baixos (inadequados na forma, no conteúdo e no tempo);
11. Eliminar indicadores monetários para os trabalhadores e numéricos para a gestão;
12. Eliminar as barreiras que dificultem o orgulho pelo trabalho realizado e eliminar sistemas de pontuações anuais ou sistemas de mérito;
13. Instituir um sistema de formação e auto melhoria para toda a gente;
14. Envolver toda a gente no trabalho de alcançar os objectivos da mudança.

Seguidamente, após visionarmos o modelo de Deming, focamos a nossa atenção em Juran. A abordagem deste autor é mais tipificada. Assume que o objectivo da gestão é o de alcançar um melhor desempenho para a organização e não o de manter o nível actual. Juran (1974) considera que pelo menos 85% das falhas, em qualquer organização, são falhas dos sistemas controlados pela gestão. Menos de 15% dos problemas estão relacionados com os trabalhadores. Então, apenas a gestão pode ser responsável pela melhoria do desempenho da organização.

No conceito de Juran existem duas situações distintas:

1. Numa situação de Inspeção / Controlo (gestão tradicional), a atitude supõe que o nível actual de desempenho é suficientemente bom e não pode ser melhorado;
2. Numa situação de Prevenção (Breakthrough) a atitude prevalecente é a de acreditar que o nível actual de desempenho não é suficientemente bom e que alguma coisa pode ser feita para o melhorar. A ênfase é posta em causa na melhoria contínua.

Mas, seria injusto associar o movimento da qualidade apenas a estes dois "gurus". Isto é, do lado norte-americano, Philip Crosby (1985) deu uma preciosa

ajuda com a sua teoria dos “zero defeitos” e de “fazer bem à primeira vez”. Na sua opinião, a qualidade significa conformidade com especificações, que variam consoante as empresas de acordo com as necessidades dos seus clientes. O objectivo é ter zero defeitos e não produzir suficientemente bem. Essa meta ambiciosa irá encorajar as pessoas a melhorarem continuamente. Crosby (1985) defende que os responsáveis pela falta de qualidade são os gestores e não os trabalhadores. As iniciativas da qualidade devem vir de cima para baixo, através do exemplo. Isso exige o empenhamento da gestão de topo e a formação técnica dos empregados em instrumentos de melhoria da qualidade. Crosby (1985) considera a prevenção como a principal causadora da qualidade. Logo, as técnicas não preventivas como a inspecção, o teste e o controlo são pouco eficazes. Em alternativa, prescreve uma vacina preventiva que contém três ingredientes: determinação, formação e liderança. A opinião dele é que a melhoria da qualidade deve ser perseguida de modo permanente. Crosby identifica 6 factos-chave para a gestão da qualidade:

- 1- Qualidade significa conformidade e não elegância;
- 2- Não existem problemas da qualidade;
- 3- Não existe uma economia da qualidade (nível económico da qualidade) é sempre mais barato fazer bem à primeira;
- 4- A única medida de desempenho é o custo da qualidade;
- 5- O único padrão de desempenho é o de 0 defeitos;
- 6- A qualidade não tem custos.

Armand Feigenbaum (1988) para além de ter sido o grande impulsionador do conceito de controlo total da qualidade, também foi o criador do conceito de controlo da qualidade total (total quality control). De acordo com a sua abordagem, a qualidade é um instrumento estratégico que deve preocupar todos os trabalhadores. Mais que uma técnica de eliminação de defeitos, a qualidade é uma filosofia de gestão e um compromisso com a excelência. É voltada para o exterior da empresa (baseado na orientação para o cliente) e não para o seu interior (redução de defeitos).

Segundo Cardoso (2006), Feigenbaum é hoje reconhecido como pioneiro no estudo dos custos da qualidade.

Do lado japonês, Kaoru Ishikawa (1982) e Genichi Taguchi (1979) são dois nomes sonantes.

Ishikawa foi o pioneiro. Deu um cunho japonês aos ensinamentos de Deming e de Juran e criou as sete famosas ferramentas do controlo estatístico da qualidade. Foi também o grande inspirador dos círculos da qualidade. Ishikawa (1982) aprendeu as noções básicas de controlo de qualidade com os norteamericanos. Com base nessas lições soube desenvolver uma estratégia de qualidade para o Japão. Com atrás referido, uma das suas principais contribuições foi a criação dos seus sete instrumentos do controlo de qualidade (na sua opinião cerca de 95% dos problemas da qualidade podem ser resolvidos com estas sete ferramentas):

- 1- Análise de Pareto;
- 2- Diagramas de causa-feito;
- 3- Histogramas;
- 4- Falhas de controlo;
- 5- Diagramas de escada;
- 6- Gráficos de controlo;
- 7- Fluxos de controlo

Mas, o nome de Ishikawa, segundo Pires (2000), como atrás se focou, está associado principalmente ao conceito de círculos de qualidade. O sucesso desta ideia, fora do Japão, surpreendeu-o. Ou seja, ele julgava que qualquer país que não tivesse tradição budista ou confucionista iria rejeitar esta técnica. No entanto, hoje existem mais de 250 mil círculos de qualidade registados no Japão e mais de 3500 casos de empresas que os aplicaram em mais de 50 países.

Taguchi (1979), por sua vez, prestou um forte impulso à promoção do design industrial, que marcou a segunda vaga do movimento da qualidade no Japão após a primeira fase assente no controlo estatístico. A sua filosofia é relativa a todo o ciclo de produção desde o design até à transformação em produto acabado. Ele define a qualidade em termos das perdas geradas por esse produto para a sociedade. Essas perdas podem ser estimadas em função do tempo que compreende a fase de expedição de um produto até ao final da sua

vida útil. São medidas em dólares de forma a permitir que os engenheiros comuniquem com os especialistas através de uma linguagem comum.

No essencial, de acordo com Pires (2000), todas as abordagens ressaltam o seguinte:

- Necessidade de melhorias contínuas;
- A qualidade começa num conjunto de atitudes pelas quais a gestão tem a responsabilidade máxima;
- A mudança de atitudes, a todos os níveis, de uma organização leva tempo e necessita de ser gerida a longo prazo.

1.2.2 – Qualidade: Definição / Conceito

Não é fácil definir qualidade. Esta definição terá de partir de alguns conceitos básicos e depois ser adaptada a cada caso concreto. (Cardoso, 2006).

Mais importante que encontrar uma definição académica de qualidade, é identificar alguns princípios fundamentais de qualidade e a seguir, definir e implementar rotinas e outras práticas que ajudem, dentro das organizações, a atingi-los.

1.º Princípio – Orientar a organização no sentido da satisfação dos clientes (Não basta ser diferente, é necessário satisfazer o cliente. O produto ou serviço terão que oferecer uma relação qualidade/preço melhor aos olhos do cliente.);

2.º Princípio – Oferecer produtos e serviços que superem as expectativas dos clientes (Para superar permanentemente as expectativas dos clientes tem que se inovar não só no que se oferece mas também na forma como se oferece. A criatividade é fundamental.);

3.º Princípio – A qualidade implica a melhoria contínua (Melhorar continuamente os processos empresariais para produzir cada vez melhores produtos e serviços a menor custo é outro objectivo que tem de estar sempre presente a quem busca a qualidade).

1.2.3 – Qualidade: Produção / Serviços

Para se conseguir qualquer tipo de melhoria ao nível da qualidade há, antes de mais, que identificar claramente os seus objectivos. Para se alcançar o sucesso terão de se envolver todas as partes que intervêm na sua concretização,

fazendo-as acompanhar no dia-a-dia a melhoria dos processos em que intervêm. Para que este envolvimento ocorra, para que se sintam motivadas, as pessoas envolvidas deverão sentir-se parte do projecto e sentir que contribuem para o seu avanço, sendo informados das suas várias fases. Assim, os colaboradores da organização também se sentirão como prestadores / produtores de um serviço, actuando numa base de cliente / fornecedor relativamente à chefia que os lidera – o que aumenta a sua auto-estima, com resultados positivos para todos.

Embora, de acordo com Pires (2000), se reconheça que a qualidade tem uma componente subjectiva, por vezes difícil de medir com precisão, do ponto de vista do controlo de qualidade ou da garantia da qualidade, esta necessita ser objectivada e quantificada de forma mensurável, de outro modo não existirá possibilidade de controlo, mesmo as características subjectivas devem, na medida do possível, ter alguma forma de medição ou comparação.

A qualidade dos serviços é muito mais que uma moda. Os que não pensam assim estão enganados, pois as empresas só vencerão se apostarem nesta componente da sua actividade. A qualidade tem vindo a assumir uma condição mais significativa da sua importância: a qualidade já não se discute, porque sem ela a organização não sobrevive, ela é inquestionável. (Pires, 2000)

Para este autor não basta dominar as técnicas que os livros e acções de formação nos ensinam para se conseguir prestar um serviço de excelência. A fim de conseguir prestar esse serviço é necessário gostar de servir os outros não considerando o serviço uma actividade “menor”, mas antes assumir a nobreza que há em tornar a vida mais fácil aos outros.

A competitividade hoje em dia e cada vez mais no futuro, não se vai basear em políticas de preços, mas em qualidade de serviços e na capacidade para alcançar elevados níveis de fiabilidade e garantia nos serviços. O cliente não se limitará a exigir altos níveis de qualidade, mas também uma organização que esteja sempre atenta e pronta a ouvi-lo, redesenhando o serviço à sua medida, prestando-lhe com elevadas doses de personalização e avaliando constantemente o seu comportamento para que possa reagir para recuperar o cliente quando se verifique um desvio entre os seus anseios e o que ele

encontra. Com tal, não é suficiente definir o que dar ao cliente mas sim como se deve dar, isto é, que características deve ter a organização.

O centro da qualidade dentro das organizações são as pessoas, há um ênfase muito importante no **como**. A qualidade está baseada em conseguir que quer a equipa de gestão como o pessoal estejam convencidos da sua grande importância para se alcançar a plena satisfação do cliente e para o próprio desenvolvimento interno da organização. Efectivamente, se o objectivo é aumentar a qualidade de satisfação do cliente, será necessário enfatizar o **quê** e o **como**. Depois, a implementação de um sistema de qualidade deve ser acompanhado pela implementação de um processo de melhoria contínua na organização, que ofereça ao cliente níveis de fiabilidade e garantia de serviços constantes.

1.2.3.1 – Instituições de Acolhimento vs Qualidade de Vida

O presente estudo visa as Instituições de Acolhimentos a Idosos, podendo-se afirmar que as mesmas prestam um serviço. Serviço este destinado aos idosos que são os seus clientes. Como tal também elas se devem preocupar com a garantia da qualidade.

Para Silva (2008), a gestão da qualidade das respostas sociais já não é uma opção, mas sim uma necessidade sentida pelas instituições, que comprometidas pelo bem-estar dos seus clientes, fomentam o trabalho de qualidade, em que a participação, o saber e o compromisso de todos, a descentralização, a transparência da gestão, a eficácia e eficiência, concorrem directamente para uma gestão qualificada do todo da instituição. Privilegiar uma visão holística do sistema e desenvolver um conjunto de actividades coordenadas para dirigir e controlar, é apostar na qualidade total, qualidade que está atenta a todas as partes interessadas, aos resultados, ao valor que se produz, à gestão por processos, ao cliente, à melhoria contínua e à aplicação de normas que definem padrões de qualidade.

A qualidade deve aqui ser entendida de duas formas, a qualidade dos serviços prestados e a qualidade de vida que pretendem dar aos seus residentes.

O que entender então por qualidade de vida? É um conceito relativamente novo, tanto na sua utilização genérica como a outros níveis, entre os quais o domínio da saúde, de acordo com Coimbra e tal (1999).

Fagulha et al (2000) afirmam que não há um consenso quanto à definição de qualidade de vida. Apesar da multiplicidade de definições encontradas na vasta bibliografia sobre esta temática, parece que é na multidimensionalidade do conceito, envolvendo componentes objectivas e subjectivas (bem-estar psicológico, bem-estar físico, bem-estar social e bem-estar financeiro e material), que se situa o ponto de concordância. Parece também unânime que o conceito de qualidade de vida é um conceito dinâmico, alterando-se de acordo com o tempo e as situações vivenciadas.

Para Coimbra et al (1999) poder-se-á afirmar que a qualidade de vida é uma percepção global da vida pessoal, para a qual contribuem diversos domínios e componentes. Estes vão desde a educação, individualidade, saúde, bem-estar físico, material e social, relações com outras pessoas, desenvolvimento e relações pessoais, actividades cívicas e de recreação, etc.

Pela sua subjectividade, complexidade e pluralidade, segundo Coimbra e tal, torna-se difícil definir e avaliar a qualidade de vida.

A qualidade de vida na velhice tem uma importante dimensão psicossocial, isto é, quando trabalhado o tema dos idosos é colocada a ênfase na dimensão do bem-estar psicológico (estado de espírito, felicidade, boa vida, etc.). Segundo Fontaine (2000) uma parte da literatura gerontológica tem trabalhado os conceitos de envelhecimento bem sucedido, envelhecimento positivo e qualidade de vida sob o enfoque da satisfação de vida e também como uma dimensão chave na avaliação do estado de saúde dos idosos.

A ideia geral é que para retardar a mortalidade pode-se administrar qualquer tipo de tratamento, no entanto, quando estes prolongam a vida do idoso mas pioram a sua qualidade de vida, a família e o próprio doente podem questionar-se sobre os custos e os ganhos dessa sobrevida.

Convém, de agora em diante, não só continuar a dar tempo ao tempo, mas também dar qualidade ao tempo. (Fontaine, 2000).

1.2.4 - Sistema de Gestão de Qualidade

A palavra sistema, referindo Pires (2000), é hoje bastante utilizada em vários campos do conhecimento, tais como, sistemas de gestão; sistemas de produção; sistemas de marketing; sistemas de informação; etc.

O que se entende então por sistema? São várias componentes elementares e independentes que interactivam e formam um todo coerente com um objectivo comum.

E um Sistema de Gestão da Qualidade? É o conjunto de medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser conseguido a um custo razoável.

Um Sistema de Gestão da Qualidade tem então como objectivos:

- a) Fornecer uma abordagem sistemática de todas as actividades que possam afectar a qualidade desde a concepção ao fabrico, desde o estudo de mercado até à assistência pós-venda;
- b) Privilegiar as actividades de prevenção em vez de confiar apenas na inspecção;
- c) Fornecer uma evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada.

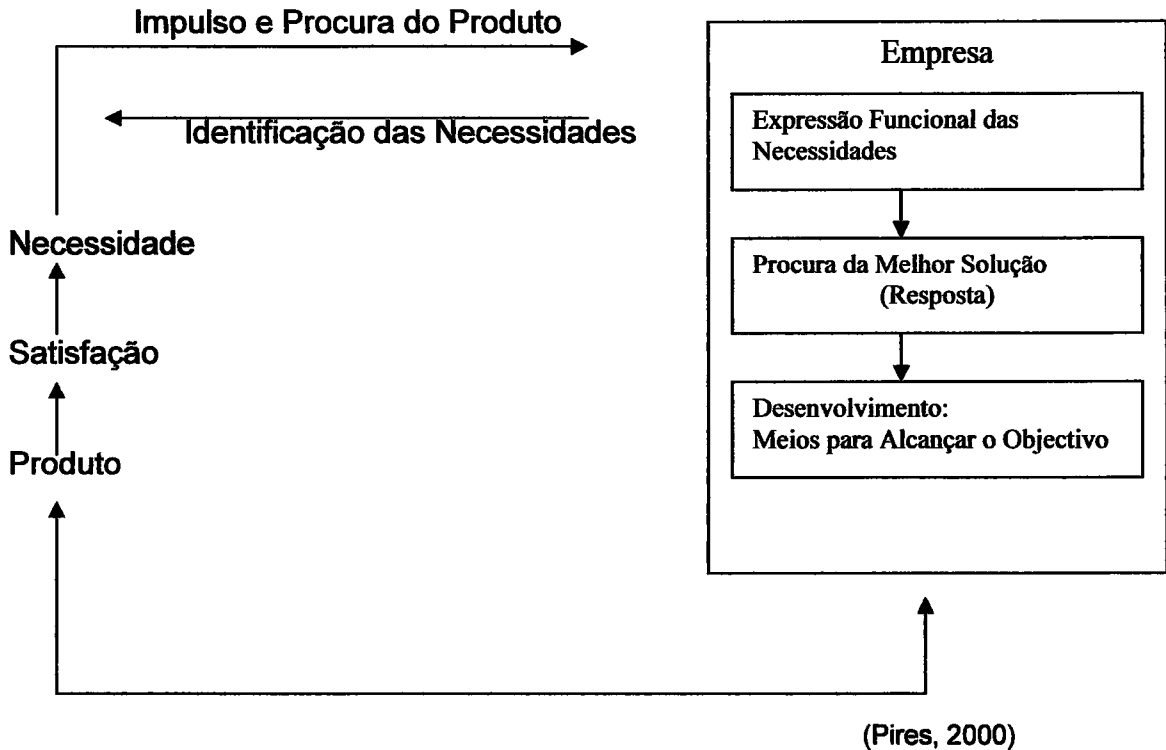
Os procedimentos do Sistema de Gestão da Qualidade não devem então ser sentidos pelas pessoas como burocráticos ou difíceis de gerir, pires (2000) considera que devem sim ser sentidos como fonte de ajuda e orientação para a resolução dos problemas. Para se conseguir entender e cumprir o atrás referido, deve ser consultado o manual da qualidade (documento fundamental) que pode e deve conter não só a definição da política, autoridade e responsabilidade como também todos os procedimentos do sistema.

Começar a introduzir um Sistema de Gestão da Qualidade não implica necessariamente que se tenham que realizar mudanças na estrutura da organização. No entanto, à medida que o processo vai avançando, tornar-se-á imprescindível introduzir alterações profundas nos sistemas de gestão.

A qualidade já não deve ser entendida como a qualidade de um produto ou de um serviço, mas antes de todas as formas através dos quais a organização

satisfaz as necessidades e expectativas dos seus clientes, do seu pessoal e da sociedade em geral.

Ciclo da Qualidade



A qualidade de um produto / serviço está, intrinsecamente, ligada a duas componentes fundamentais:

- Satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores;
- Ser oferecida a um preço que o consumidor esteja disposto ou possa, pagar.

Garantir a qualidade é uma tarefa complexa por duas razões:

1. Por um lado, porque os consumidores podem entender a qualidade de diversas maneiras;
2. Por outro, porque a qualidade assume cada vez mais uma abrangência maior e necessita de utilizar conhecimentos provenientes de mais áreas do conhecimento.

A norma utilizada na elaboração dos modelos de gestão de qualidade é a NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade. A Organização Internacional de Normalização (ISO) é uma organização não governamental

sediada em Genebra, criada em 1974 e responsável pela elaboração e aplicação dos standards internacionais da qualidade. Em resultado da integração das normas de qualidade de 111 países, nasceram as ISO 9000, um conjunto de cinco normas para a gestão e certificação da qualidade. Estas surgem historicamente, como forma de garantirem aos grandes compradores e detentores de poder, a confiança necessária de que os sistemas complexos operariam bem em serviço, Pires (2000).

As normas de garantia da qualidade podem ser divididas em dois grandes grupos:

- Aquelas que se destinam a serem usadas como documentos contratuais (exemplo: NP EN ISO 9001/9002/9003);
- Aquelas outras que estabelecem orientações para o desenvolvimento do sistema da qualidade (exemplo: NP EN ISO 9004-1/9004-2).

Segundo Pires (2000), as normas portuguesas referidas são idênticas às normas da ISO (Organização Internacional de Normalização), o que lhes garante uma utilização potencial muito alargada. Esta sua característica determina também que as normas estejam escritas de uma forma genérica mas precisa, não contendo por isso requisitos endereçados a nenhum sector em particular.

2- Problema e Objectivos

Com este trabalho pretendemos responder a uma questão em particular:

- Em que fase da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade se encontram os lares de idosos do concelho de Évora e quais as consequências para a qualidade de vida dos seus residentes?

Sendo que para obtermos resposta a esta questão definimos como objectivos para o nosso trabalho:

- Avaliar o grau de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Verificar a sua contribuição para a qualidade de vida dos idosos residentes.

2.1 - Metodologia

Seguindo Gil (1991), o método seleccionado para a pesquisa foi o método dedutivo. Este, de acordo com a acepção clássica é o que parte do geral e desce ao particular. O raciocínio dedutivo parte de princípios considerados como verdadeiros e indiscutíveis para chegar a conclusões de maneira puramente formal em virtude unicamente da sua lógica. O protótipo de raciocínio dedutivo é o silogismo que a partir de duas preposições chamadas premissas, retira uma terceira, nelas logicamente implicada, chamada de conclusão.

2.2 - Universo

O objecto do presente estudo foram os equipamentos de terceira idade de carácter permanente, ou seja, lares residenciais para idosos do concelho de Évora.

Delimitando o estudo ao concelho de Évora onde existem no total 17 lares legalmente estabelecidos, em que 11 são instituições particulares sem fins lucrativos (IPSS) e 6 são de natureza particular com fins lucrativos, definiu-se considerar todo o universo para o estudo.

Foram avaliados apenas os 11 que são pertencentes a Instituições de Solidariedade Social sem fins lucrativos pois os restantes 6 não permitiram que o estudo fosse efectuado.

Nos lares estudados vimos que têm em média, 27 idosos internos num universo que varia entre 8 e 140. Estes, na sua maioria oriundos de classes sociais baixas (antigos trabalhadores rurais) e em que a média de idades ronda os 85 anos.

Os quadros de pessoal adequam-se ao número de idosos internados, seguindo linhas de orientação emanadas pelos serviços de segurança social no guião de orientação para lares de idosos, datado de 1997, onde se indica o pessoal necessário para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento dos mesmos.

Passamos então a descrever esses números:

- Um director técnico por estabelecimento que poderá ser a meio tempo quando capacidade inferior a 40 utentes;
- Um enfermeiro por cada 40 utentes ou por cada 20 consoante grau de dependência;
- Um ajudante de acção directa por cada 8 idosos, ou por cada 5 caso haja situações de dependência severas;
- Um ajudante de vigilância nocturna por cada 20 idosos;
- Um encarregado de serviços gerais quando estabelecimento com capacidade igual ou superior a 40 utentes;
- Um animador cultural a tempo parcial;
- Um cozinheiro por estabelecimento;
- Um ajudante de cozinha por cada 20 utentes;
- Um trabalhador auxiliar por cada 40 utentes ou por cada 15 no caso de situações de dependência;
- Um administrativo;
- Uma lavadeira;
- Uma costureira;
- Um motorista.

Quando as Instituições dispõem de mais valências, tais como Centro de Dia ou Serviço de Apoio Domiciliário, o quadro de pessoal tem de se adequar, mas a base mantém-se.

2.3 – Procedimentos

A avaliação foi realizada mediante aplicação de entrevistas e da técnica da observação directa.

A entrevista foi construída com o apoio da co-orientadora e tendo como principal ponto de partida os requisitos para a qualificação de nível C. Seleccionámos 2 dimensões (Gestão da Qualidade* e Qualidade de Vida**) e para as estudar, foram seleccionadas algumas variáveis que, embora indicadas no manual da qualidade para o Centro de Dia, são as mesmas que utilizadas para a avaliação da qualidade nos lares de idosos.

São estas:

- Competência técnica *;
- Política e estratégia *;
- Responsabilidade *;
- Fiabilidade e credibilidade *;
- Comunicação afectiva e social **;
- Actividades ocupacionais **;
- Actividades da vida diária **.

As questões foram elaboradas em torno destas variáveis e aplicadas directamente pelo investigador aos Directores Técnicos / Responsáveis das Instituições estudadas. O guião de entrevista, em anexo (I), obedece à estrutura apresentada no quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões Estudadas

Dimensão 1)	Variáveis	Questões
Gestão da Qualidade	Fiabilidade e credibilidade	7, 8, 10, 18
	Competência técnica	1, 5, 12, 15, 16, 17
	Responsabilidade	2, 13, 14, 19
	Política e estratégia	3, 4
Dimensão 2)	Variáveis	Questões
Qualidade de Vida	Comunicação afectiva e social	6 a), 6 b)
	Actividades de vida diária	7 b), 9
	Actividades ocupacionais	11

As instituições foram contactadas por carta, onde lhes foi explicado em que consistia o estudo e lhes foi garantido o anonimato, bem como lhes foi pedido apoio para que o estudo fosse o mais completo possível.

Estas cartas foram enviadas no início do ano de 2007 e só em meados do ano é que as entrevistas foram aplicadas, pois foi quando obtivemos a autorização dos 11 lares sem fins lucrativos e a não aprovação dos restantes 6 com fins lucrativos. A recolha de dados demorou cerca de 2 meses. Ou seja, só no final do ano de 2007 é que os dados estavam todos recolhidos e prontos a ser tratados.

Para além deste instrumento de avaliação utilizado, foi também utilizado um instrumento de observação. Isto é, foi construída uma grelha, com base nas existentes no referido manual da qualidade, que orientou a investigador na sua aplicação da técnica de observação directa (anexo III). Esta grelha consta de 22 itens que avaliam e concedem às estruturas residenciais uma certificação de qualidade de nível C. Cada um destes itens foi classificado em dois detalhes, isto é, verifica-se / não se verifica. Com este instrumento de observação pretendemos verificar os passos que estão a ser dados para a definição de uma política da qualidade.

Esta grelha foi preenchida em cada Instituição visitada, após a aplicação da entrevista. Foi feita uma visita guiada ao investigador e foram facultados documentos necessários para o preenchimento da mesma.

2.4 - Análise de Dados

Utilizou-se a técnica da análise de conteúdo nas entrevistas realizadas. Esta, segundo Bardin (1977), é uma técnica de investigação que, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, tem como finalidade a interpretação das mesmas.

Esta técnica desenvolve-se em três fases:

- a) Pré-análise, ou a fase da organização;
- b) Exploração do material com respectiva codificação, enumeração e classificação;
- c) Tratamento dos dados, inferência e interpretação com o objectivo de tornar os dados válidos e significativos.

Depois de recolhidos os dados, foram definidos indicadores por cada questão. Como são questões abertas, esses indicadores foram escolhidos pelo n.º de vezes que as mesmas respostas se repetiam. Após esta definição, os indicadores foram codificados (havendo sempre uma categoria de não resposta), enumerados e classificados. O sistema de categorização é apresentado no anexo II.

Após estas duas fases e já com os dados organizados, foi possível construir as tabelas de frequência que deram origem a gráficos descritivos dos resultados obtidos.

Não é aplicado nenhum teste estatístico, pois o objectivo deste trabalho não é a comparação dos resultados obtidos, mas sim a percepção da realidade dos Lares de idosos do Concelho de Évora face à Qualidade, pois trata-se de um estudo de análise descritiva.

3 - Resultados

Iremos ilustrar os resultados com gráficos obtidos após análise dos resultados apurados com as entrevistas realizadas.

Com os gráficos abaixo representados, temos uma visão global do tratamento efectuado aos dados recolhidos (em anexo: guião de entrevista; análise de conteúdo e tabelas de frequência de todas as questões onde se encontram os indicadores do nosso estudo).

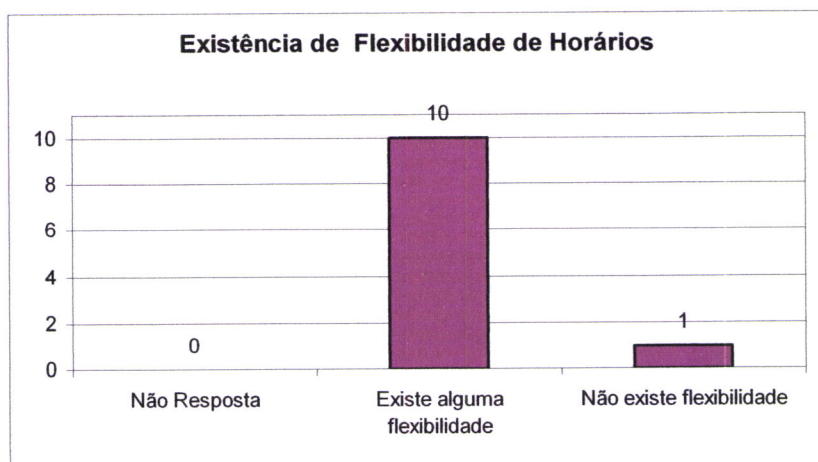


Figura 1 – Respostas à questão: Existe flexibilidade de horários para os residentes?

Com a questão apresentada na figura 1, pretendíamos averiguar se nas estruturas para idosos existentes no concelho de Évora existe algum tipo de flexibilidade no que concerne aos horários pré-estabelecidos para o bom funcionamento da residência.

Horários esses que são essencialmente definidos para as tomas de refeições, para os levantes e higiènes no caso de idosos mais dependentes, para a saída e/ou entrada de residentes e para as visitas aos idosos.

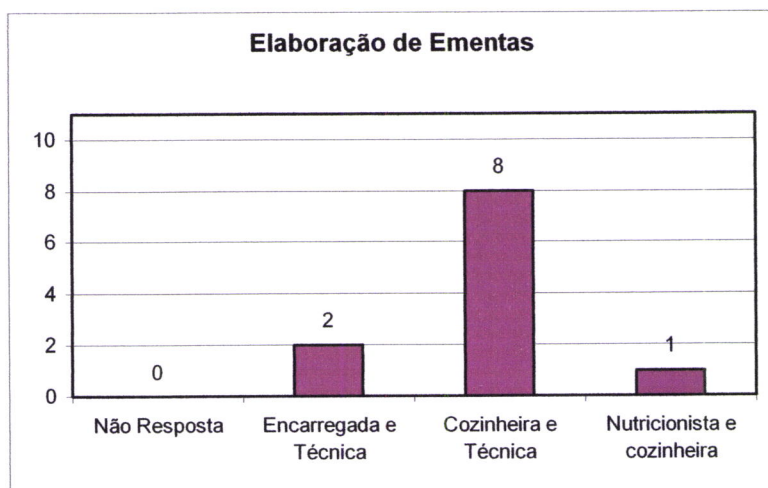


Figura 2 – Respostas à questão: As ementas são elaboradas por quem? É pedida a opinião dos idosos em relação às refeições que constam das ementas?

Ao aplicar esta questão pretendíamos saber quem elabora as ementas nos lares de idosos estudados. Reparamos então que na sua maioria, é a própria Directora Técnica juntamente com a Cozinheira quem as elabora.

Embora nos tenha sido dito que têm em atenção todas as regras a seguir na alimentação dos idosos, verificamos que a situação ideal, que é a de uma Nutricionista as elaborar, se verifica apenas numa das estruturas visitadas.

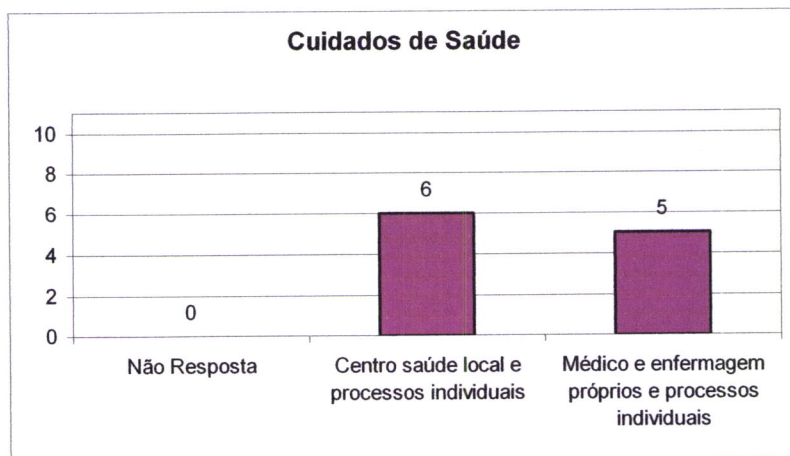


Figura 3 – Respostas à questão: Como se processam os cuidados de saúde? Existe equipa médica e de enfermagem? Existe processo de saúde individual?

Na figura 3, no que concerne aos cuidados de saúde prestados nas residências visitadas, encontrámos um certo equilíbrio nas respostas. Isto é, 5 lares dispõem de médico e enfermagem próprios e 6 utilizam o Serviço Nacional de Saúde. Esta situação verifica-se essencialmente nos lares das freguesias rurais, onde é facilitado o trabalho com o Centro de Saúde de Évora e também onde os lares têm uma dimensão menor.

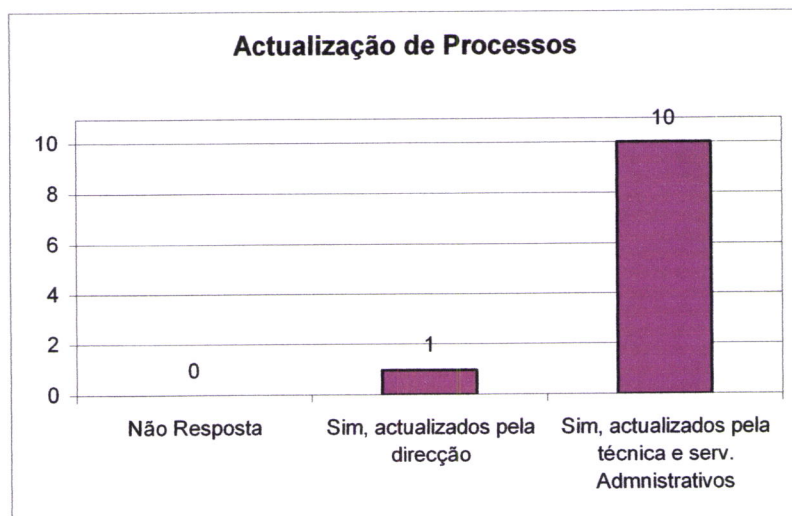


Figura 4 – Respostas à questão: São mantidos e actualizados os processos individuais dos residentes e funcionários?

Com a figura 4 pretendemos saber qual a situação relativamente aos processos, estes a serem entendidos como processos individuais dos utentes,

revela que na sua maioria as Instituições já têm Técnicos e Administrativos competentes e nos quais é depositada confiança pelos membros da Direcção para manter os processos actualizados, sendo condição imposta pela Segurança Social.

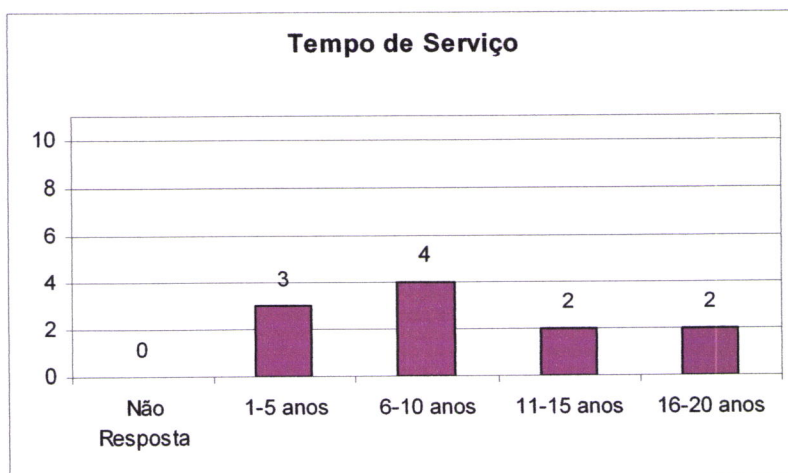


Figura 5 – Respostas à questão: Há quanto tempo desempenha funções nesta Instituição?

A questão ilustrada na figura 5 apenas nos revela que antes não se investia tanto em recursos humanos qualificados, especialmente a figura da Directora Técnica. Só recentemente houve investimento nesta área, pois assumiu-se a importância da sua presença numa Instituição. Dos 11 Directores Técnicos/Responsáveis, somente 1/3 possui mais de 10 anos de serviço.

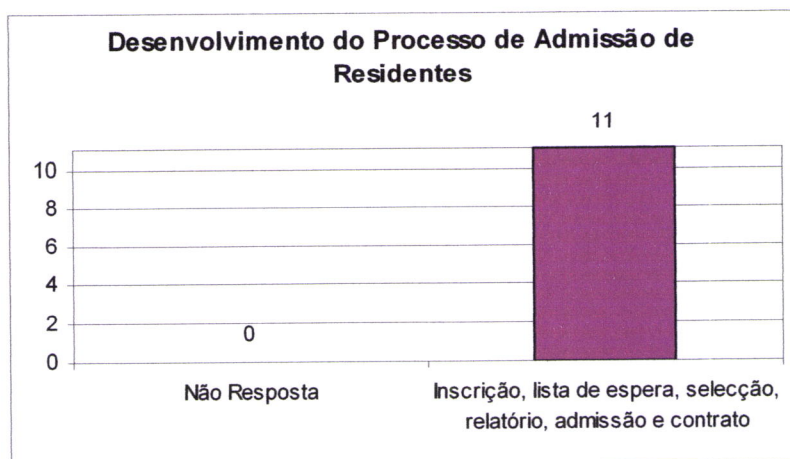


Figura 6 – Respostas à questão: Como se desenvolve o processo de candidatura, admissão e acolhimento de um novo residente?

Quanto ao desenvolvimento do processo de admissão de residentes, verificamos que todas as Instituições seguem os mesmos procedimentos. Ou seja, começam por receber a inscrição dos interessados, essa inscrição será colocada numa lista de espera de onde sairá na ocasião de haver uma vaga. Far-se-á um relatório sobre o indivíduo inscrito, o qual se entrega à Direcção que após estudar o assunto delibera e autoriza a sua entrada. A partir daí é comunicado o dia da entrada, é recebido pela Directora Técnica que lhe faz o acolhimento e é celebrado um contrato de prestação de serviços com o lar, o utente e o responsável pelo mesmo.

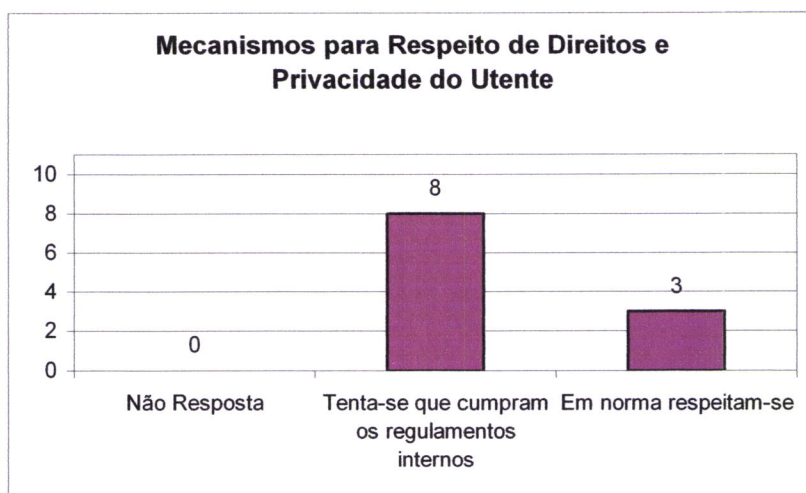


Figura 7 – Respostas à questão: Que mecanismos estão instituídos para que sejam respeitados os direitos e a privacidade dos utentes?

Ao colocar a questão acima retratada pretendíamos que nos respondessem como mantém o respeito pelos direitos e privacidade dos utentes dentro das Instituições, tanto da parte dos colaboradores como entre os próprios utentes. Obtivemos 8 respostas que indicam os regulamentos internos como mecanismo existente para tal e 3 que apenas dizem que existe respeito entre todos.

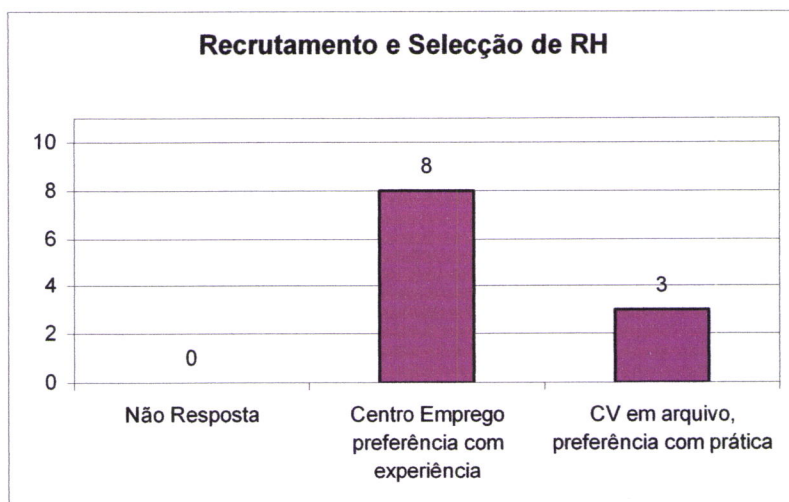


Figura 8 – Respostas à questão: Relativamente aos RH da Organização, como se processa o recrutamento e selecção? Valorizam os candidatos com formação na área dos cuidados aos idosos?

Na figura 8 verificamos que há uma grande recorrência ao Centro de Emprego de Évora quando é necessário contratar recursos humanos. Aposta-se que será feita uma pré-selecção logo à partida pelos técnicos de emprego. Devemos notar no entanto uma questão, ambas as respostas focam a experiência como necessária, mas nenhum refere a existência de formação adequada à função.

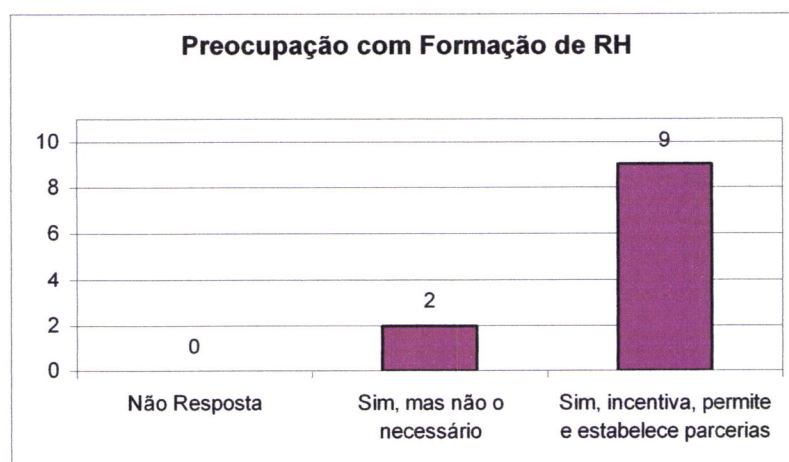


Figura 9 – Respostas à questão: Que preocupações tem a Organização com a formação do pessoal? Especifique.

Nota-se na figura 9, ao questionarmos a preocupação com a formação dos RH que esta tem um peso significativo no funcionamento das residências. Isto é, 9 respostas obtidas afirmam a preocupação com a formação dos seus colaboradores, bem como o incentivo à frequência de acções e o estabelecimento de parcerias para organização de cursos de formação importantes para a melhoria do desempenho dos funcionários.

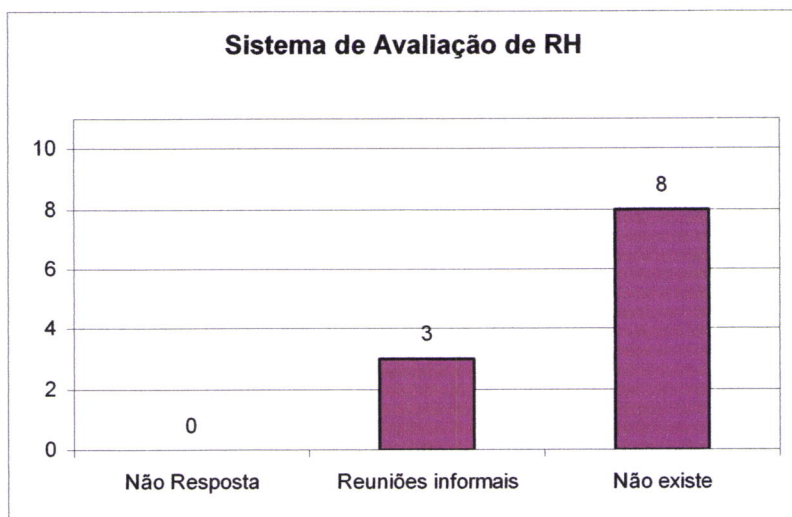


Figura 10 – Respostas à questão: Existe sistema de avaliação formal de funcionários? Como se processa?

Com esta questão que ilustramos na figura 10, verificamos que na sua maioria, nenhuma instituição avalia o desempenho dos seus colaboradores de uma forma mais formal. Existem apenas 3 Instituições que afirmaram reunir informalmente com as partes envolvidas e, informalmente, faz-se uma avaliação de desempenho.

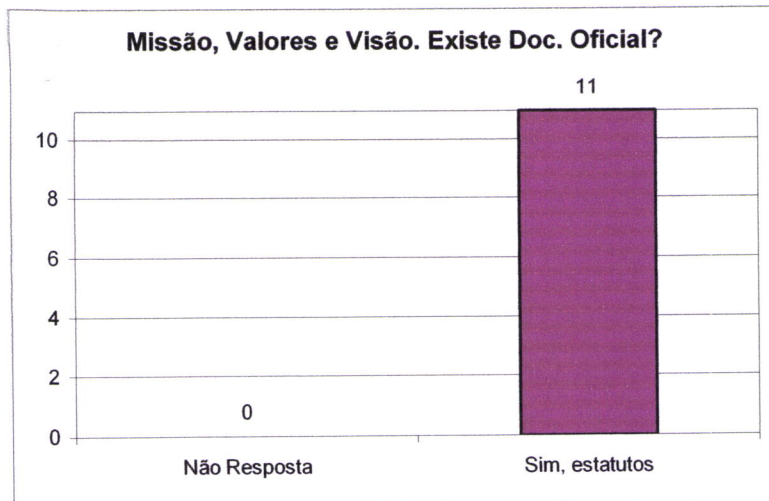


Figura 11 – Respostas à questão: Estão definidas a missão, visão e valores da Organização? Existe algum documento escrito com a descrição dos mesmos?

Todas as organizações devem definir a sua missão, os seus valores e a sua visão num documento oficial. Com a questão colocada na figura 11, verificámos isso realmente ao obtermos unanimidade de respostas e vemos que todas elas têm um documento oficial que são os Estatutos.

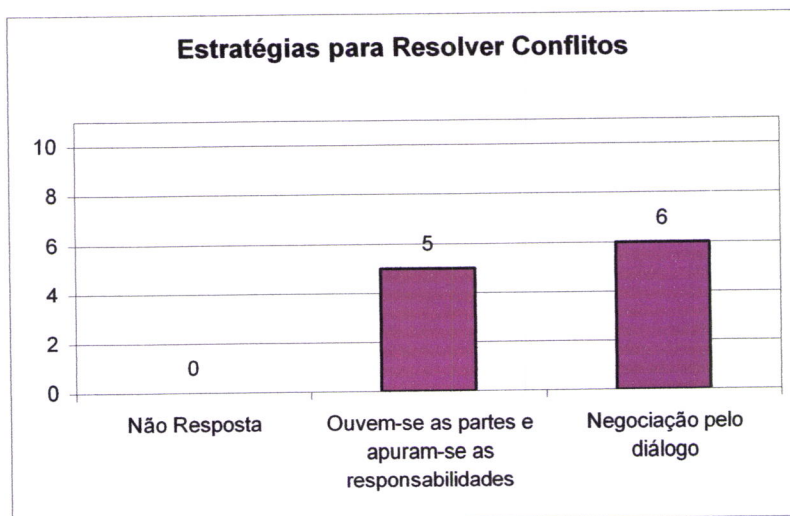


Figura 12 – Respostas à questão: Quando ocorrem situações de conflito entre residentes, que estratégias são utilizadas para as solucionar?

O conflito surge naturalmente entre indivíduos que partilham o mesmo espaço. Tendo esta ideia como ponto de partida, pretendemos saber com a questão

acima representada na figura 12 quais as estratégias existentes nas Instituições visitadas para os resolver.

Após a aplicação da entrevista apurámos 5 respostas onde as partes implicadas no conflito são ouvidas e depois apurada a responsabilidade de quem o iniciou. As restantes 6 respostas optam pelo diálogo, tentando resolver o conflito por essa via.

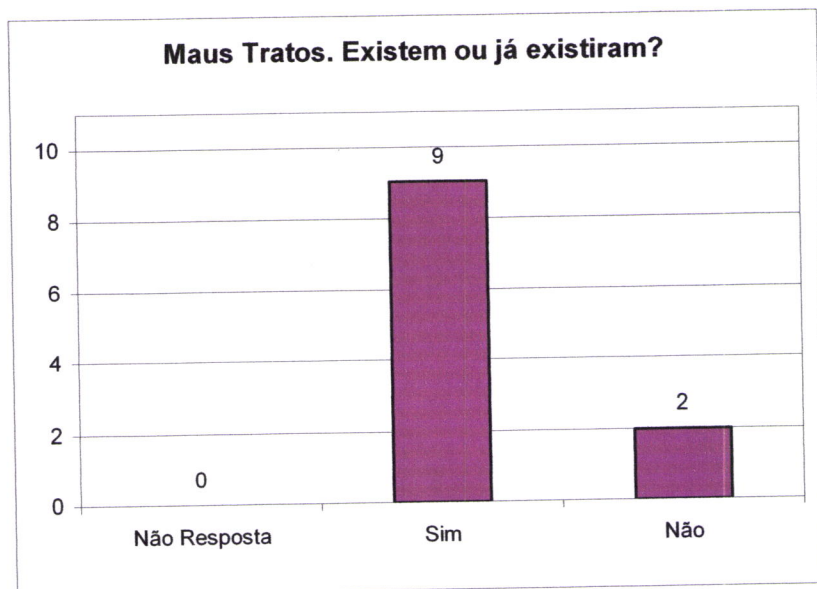


Figura 13 – Respostas à questão: Já alguma vez se deu conta de alguma situação de maus-tratos? Em caso afirmativo que medidas foram tomadas para resolver a situação?

A questão dos maus-tratos, tanto físicos como psicológicos, é muito discutida actualmente. Pretendemos saber ao aplicar esta questão, se existem ou já existiram algumas situações nas Organizações estudadas.

Concluimos que sim e até com bastante expressão, pois obtivemos 9 respostas positivas.

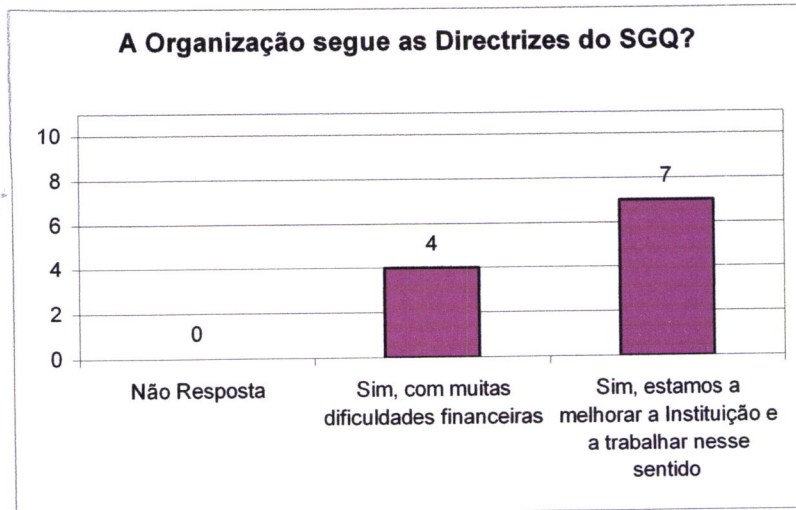


Figura 14 – Respostas à questão: A sua Organização segue as directrizes inerentes a um sistema de gestão de qualidade?

Com a questão n.º 19, ilustrada na figura 15, pretendemos averiguar se as Organizações seguem as directrizes do sistema de gestão de qualidade ou não.

Estas directrizes mostram-nos aquilo que existe ou o que falta implementar para que a Instituição possa obter o certificado da Qualidade.

De acordo com as respostas obtidas, vimos que todas as respostas são positivas, mas 4 das Instituições referem que as dificuldades económicas condicionam o seu trabalho.

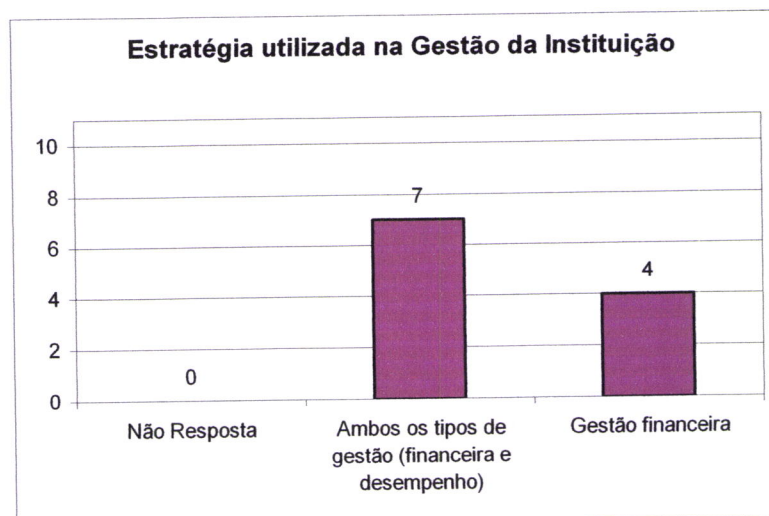


Figura 15 – Respostas à questão: Qual é a estratégia utilizada na gestão da Instituição?

Todas as Organizações têm uma estratégia definida. Quisemos com esta questão saber qual o tipo de estratégia que as Instituições estudadas têm definida e concluímos que a maioria, ou seja, 7 Instituições já se preocupam não só com a gestão financeira mas também com uma gestão de desempenho.

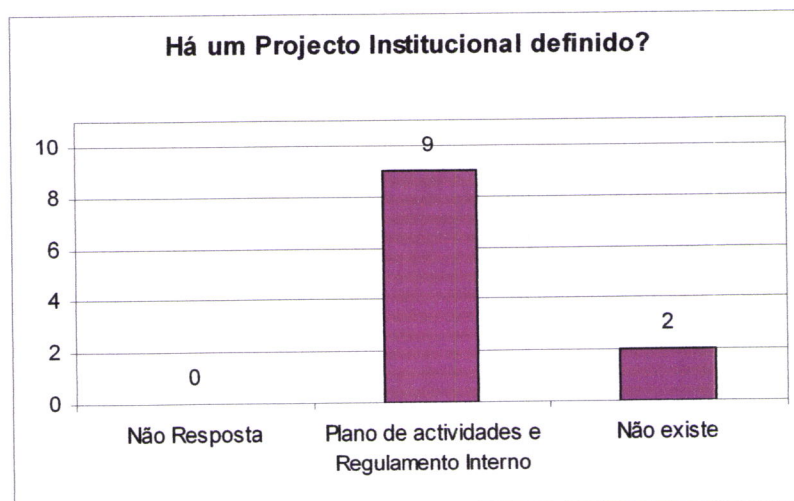


Figura 16 – Respostas à questão: Existe um projecto institucional definido? Há algum documento escrito com o mesmo?

Ficámos com esta questão a saber que a maioria das Organizações têm um projecto institucional definido. Este consta nos planos de actividades anuais e nos regulamentos internos de cada valência dentro da Instituição. No caso deste estudo são os Regulamentos Internos para Lar de Idosos.

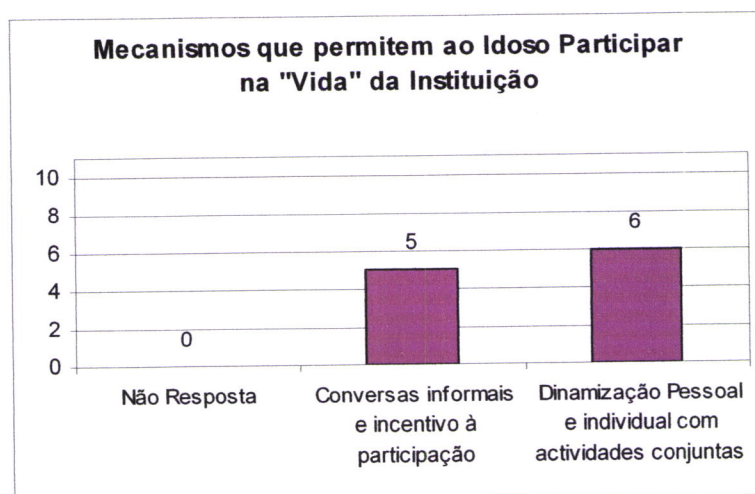


Figura 17 – Respostas à questão: Quais os mecanismos estabelecidos pela Instituição para permitir aos idosos participarem na vida da mesma?

Com a questão 6 a) queríamos perceber quais os mecanismos existentes que permitem ao Idoso poder participar activamente na vida da Instituição. Verificámos que existe uma espécie de “empate” nas 11 Instituições visitadas, ou seja, 5 alegam que mantêm conversas informais com os idosos e que os incentivam à participação de actividades diversas. As restantes 6 fazem uma dinamização pessoal e individual com os seus utentes e desenvolvem depois actividades conjuntas entre eles de acordo com os seus interesses.

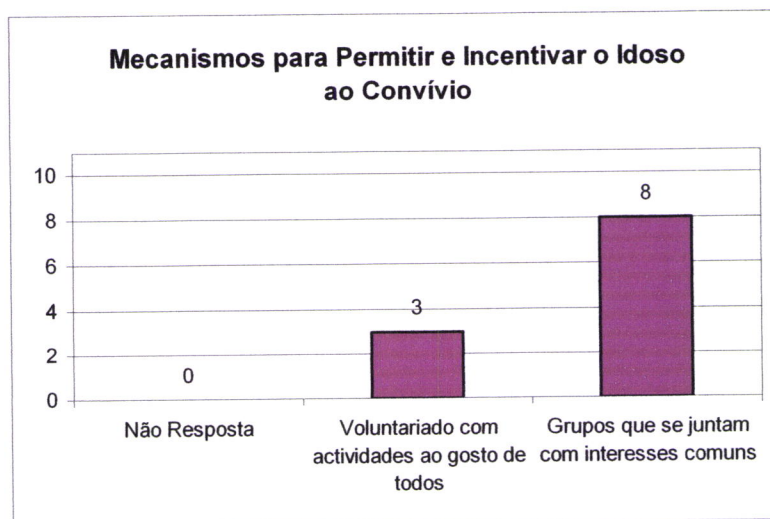


Figura 18 – Respostas à questão: Que mecanismos estão estabelecidos para permitir e incentivar os idosos a conviver uns com os outros?

Já em relação aos mecanismos para permitir e incentivar o Idoso ao convívio, obtivemos apenas 3 respostas em que são voluntários que se ocupam com o preparar actividades ao gosto dos utentes e as restantes 8 que registam os interesses comuns dos seus idosos e que são eles mesmo que juntando-se em grupos com interesses comuns, convivem entre si.

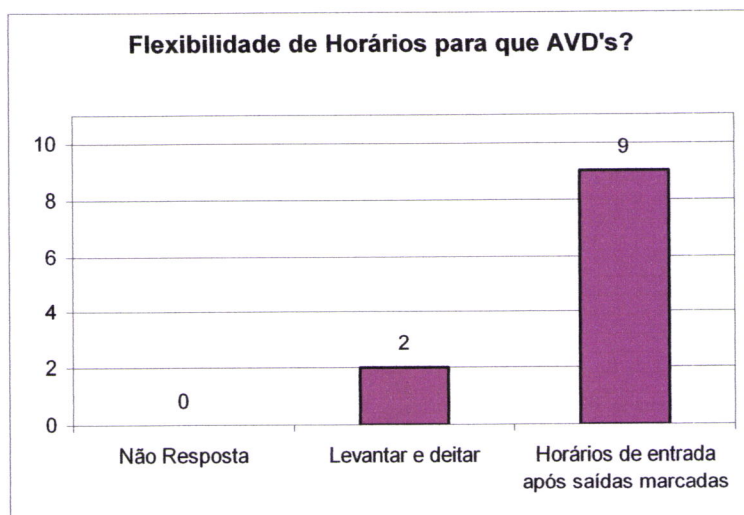


Figura 19 – Respostas à questão: Para que actividades da vida diária existe alguma flexibilidade de horários?

Voltando ao assunto da flexibilidade de horários, com a questão tratada na figura 19, pretendemos então saber para que actividades da vida diária existe então essa mesma flexibilidade. A grande maioria das respostas, ou seja 9, focam que existe uma maior flexibilidade nos horários de entrada na Instituição após saídas previamente marcadas e avisadas com a antecedência necessária.

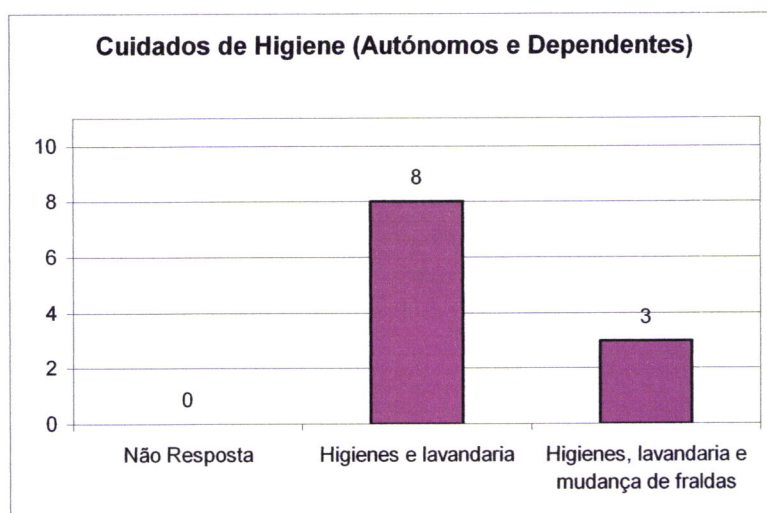


Figura 20 – Respostas à questão: Em relação à higiene dos residentes, que cuidados estão instituídos tendo em conta o grau de dependência dos mesmos?

A questão n.º 9 aqui tratada na figura 20 é a que se prende com a higiene dos idosos quer sejam autónomos quer se encontrem em situação de dependência. A maior parte das respostas, isto é, 8 referem que os cuidados de higiene maiores se prendem com as higiènes diárias feitas essencialmente de manhã ao levantar e o cuidado com as roupas dos idosos na lavandaria.

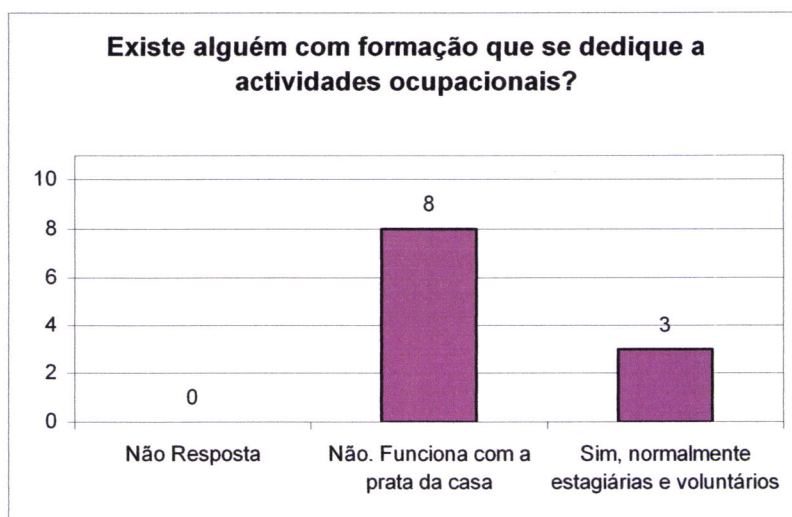


Figura 21 – Respostas à questão: Existe alguém que se dedique a desenvolver actividades com os idosos? Que tipo de pessoal e com que formação?

Com a questão acima retratada, tentamos perceber se as Instituições investem em profissionais de animação para o desenvolvimento de actividades ocupacionais e verificamos que esse facto não é uma questão prioritária para as Instituições aqui estudadas, sendo que 8 ainda não têm ninguém com formação e as restantes 3 embora já tenham são essencialmente profissionais voluntários ou estagiários de cursos de animação.

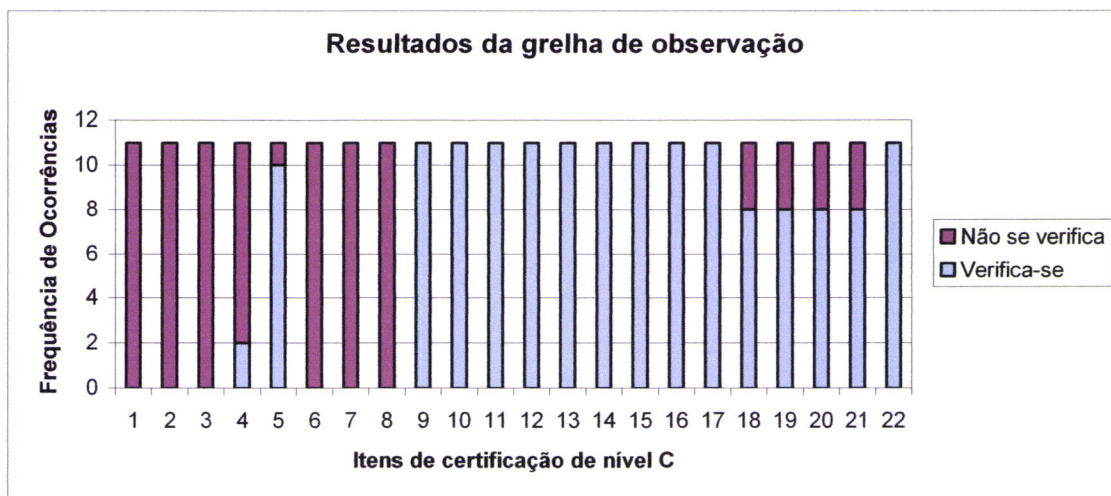


Figura 22 – Ilustração das frequências encontradas através da grelha de observação

De acordo com a figura 22 (dados no anexo III), verificamos que existem 6 itens que nenhum lar dos estudados tem ainda em vigor, ou seja, nenhum dispõe de organograma da Instituição, não há relatórios de verificação de objectivos definidos, não existe plano de qualidade, não está definida uma metodologia de recrutamento e selecção de recursos humanos, não está disponível um manual de acolhimento para novos colaboradores e não estão disponíveis legislação/normas relativas à segurança, higiene e saúde no trabalho.

Existe 1 item que dois lares já aplicam que é a definição de funções e responsabilidade dos colaboradores e outro que só 1 estrutura não aplica e que se prende com a formação adequada do director técnico. Há 4 itens que três das estruturas estudadas já aplicam, sendo eles a existência do HACCP (sistema para análise e controlo dos riscos sanitários em produção alimentar) nas cozinhas, existência de sinalética adequada, planos de emergência e evacuação e o controlo de acesso ao edifício.

No entanto encontramos uma maioria de 10 itens que são aplicados por todos os lares de idosos estudados e que são:

- Existência de seguros de acidentes de trabalho;
- Relatório financeiro anual;
- Livro de reclamações;
- Existência de contrato de prestação de serviços;
- Ementas e dietas afixadas;

- Horários afixados;
- Horário de funcionamento estabelecido e afixado;
- Tabelas de comparticipação da segurança social;
- Regulamento interno;
- Existência de lista de espera para admissão.

4 – Discussão

Quando estudamos as dimensões gestão da qualidade e qualidade de vida, temos diversas variáveis que pretendemos operacionalizar para assim conseguirmos traduzi-las em conceitos mensuráveis, sendo assim possível relacionar as variáveis entre si e concluir se os resultados obtidos são semelhantes aos resultados esperados (Quivy et al, 1992).

Ao tratarmos os dados da variável fiabilidade e credibilidade, vimos que esta se verifica na maioria dos lares de idosos inquiridos, ou seja, existe flexibilidade de horários em 10 dos 11 estudados. Esta prende-se essencialmente com a flexibilidade existente nos horários de entradas e saídas previamente marcadas pelos utentes. Existe uma relação entre esta variável e a variável actividades da vida diária, nomeadamente no que se refere à flexibilidade encontrada nas actividades de levantar e deitar ou nos horários estabelecidos para entrar e sair da Instituição, sendo que as respostas vão de encontro ao esperado como uma boa prática no Manual de Acolhimento do Grupo CID (2005).

Ainda dentro da variável fiabilidade e credibilidade verificamos que também a maioria das estruturas estudadas mantém os processos actualizados, sabendo que estes processos são os dos utentes e dos respectivos colaboradores.

Também no que concerne aos cuidados de saúde, embora só 5 lares dos estudados disponham de médico e enfermagem próprios, não podemos dizer que os restantes 6 não tenham essa preocupação. No entanto, como têm dimensões mais reduzidas e se encontram em zonas rurais do concelho, mantêm uma estreita rede de cuidados estabelecida com o Centro de Saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Dentro desta variável a única questão que não é realmente a preferencial dentro do Modelo de Gestão de Qualidade, é a que se prende com a elaboração das ementas, uma vez que apenas 1 das Instituições inquiridas já

dispõe de nutricionista. As restantes 10, embora demonstrem preocupação na sua elaboração, quem mantém essa função é a directora técnica com a cozinheira.

Relativamente à variável competência técnica, temos 6 questões na entrevista que pretendem mostrar-nos se a mesma se verifica ou não nas instituições estudadas. Quanto ao tempo de serviço dos responsáveis, vimos que não tem qualquer incidência nos resultados, pois temos directores técnicos que estão nas Instituições apenas há cerca de 1 ano e outros há cerca de 16 e as restantes respostas não demonstram qualquer diferença. Todas as Instituições desenvolvem o processo de admissão de utentes da mesma forma, seguindo as directrizes dos serviços competentes (Segurança Social), ou seja passa primeiro por ser feita a inscrição do futuro utente e colocada na lista de espera, caso exista. Quando surge uma vaga é seleccionada uma ficha à qual se dá um parecer. Este é enviado à Direcção da Instituição que aceita ou não a admissão dessa pessoa. Caso seja aceite, contacta-se o interessado e dão-se-lhe todas as informações necessárias para proceder à admissão. Quando todo este processo está concluído, faz-se o acolhimento do já utente e assina-se o contrato de prestação de serviços com o utente e o responsável do mesmo.

Também ficamos a perceber que a maioria das Instituições dispõe de regulamento interno, no qual se prevê a melhor forma de proceder para que o respeito pelos direitos e privacidade dos utentes se verifique.

Já no que concerne aos recursos humanos das instituições, embora se verifique a existência de preocupação com a sua formação, ainda não existe em nenhuma das estudadas um processo de avaliação de desempenho formal. Para a variável responsabilidade foram também seleccionadas algumas questões que permitem averiguar se esta está presente ou não nas Instituições estudadas. Para começar verificamos que todas dispõem de estatutos próprios, onde se encontram definidos a sua missão, os seus valores e a sua visão. Na presença de conflitos todas as Instituições optam pela política do diálogo na sua resolução, embora só cerca de metade avance para o apuramento de responsabilidades e possíveis repreensões. Quando se questiona a existência de maus-tratos aos idosos, quer sejam de origem física quer de origem psíquica, vimos que 9 das instituições estudadas afirmam ter ou já ter tido

situações de maus-tratos. Ou seja, acontece ou aconteceu na maioria das instituições estudadas e este facto se prende, possivelmente, com a falta de formação que os recursos humanos destas apresentam, existindo aqui uma relação com a variável competência técnica. Estes resultados são preocupantes e poderão colocar em causa a existência de qualidade de vida nas Instituições onde os mesmos aconteceram ou acontecem.

Relativamente ao sistema de gestão de qualidade, quando questionados os responsáveis das Instituições pela sua implementação, todos afirmam preocupar-se em seguir as suas directrizes mas ainda não na sua totalidade, isto porque se deparam com um elevado nível de exigências e com graves dificuldades económicas.

Com a variável política e estratégia pretendemos saber como é que as Instituições definem a sua estratégia de gestão e até que ponto esta influencia o seu trabalho, verificando após a aplicação da entrevista que a maioria já utiliza a gestão de desempenho a par da gestão financeira e que já se preocupam em definir um projecto institucional, que por norma está presente ou nos regulamentos internos ou nos planos de actividades anuais.

Quando pretendemos estudar a dimensão qualidade de vida, definimos também importantes variáveis que deram origem a algumas questões que pretendem demonstrar se os dados obtidos são realmente semelhantes aos esperados. Relativamente à variável comunicação afectiva e social colocam-se 2 questões que pretendem verificar a existência de mecanismos de incentivo ao convívio entre idosos e para com o funcionamento diário da Instituição. Este aspecto é para o autor Grogger (1995) essencial, uma vez que para o mesmo é ele que faz com que a integração do idoso na instituição seja positiva. Nestas questões os resultados obtidos não foram os esperados, pois verifica-se que o que ainda prevalece enquanto mecanismo são conversas informais e pequenos grupos com interesses comuns, dinamizados pelos funcionários das Instituições. Verificamos também aqui a existência de uma relação entre esta variável e a variável actividades ocupacionais, em que os resultados obtidos são que a maioria das Instituições afirma ainda não dispor de profissionais de animação nos seus quadros, valendo-se apenas da “prata da Casa”.

Podemos nesta fase do estudo contrapor alguns dos resultados obtidos na aplicação das entrevistas com os obtidos pela aplicação da grelha de observação.

Podemos verificar que existe uma concordância de respostas na entrevista com o efectivamente observado. Podemos verificar isso quando observamos que o facto de não haver um sistema formal de avaliação de desempenho dos recursos humanos se reflecte pela não existência de um manual de acolhimento para novos colaboradores, ou o facto do HACCP ainda não estar implementado em todos os lares estudados também se reflectir na inexistência de nutricionistas na elaboração das suas ementas. Também podemos observar que a não implementação de uma metodologia de recrutamento e selecção de colaboradores se prende com a forte recorrência aos centros de emprego quando é necessário proceder à contratação de pessoal. Esta recorrência deve-se à eficácia no recrutamento por parte dos serviços do Instituto de Emprego e Formação Profissional uma vez que têm previamente inscritos por perfis profissionais e qualificações, possíveis colaboradores.

Face aos resultados obtidos, vimos que embora estejam a ser seguidas algumas directrizes para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade focadas no manual de gestão da qualidade (Instituto de Segurança Social, 2006), nenhum lar aqui estudado o tem implementado. Ou seja, nenhum tem certificação de qualidade.

E porquê é que isto acontece? Em parte porque as exigências que a sua implementação tem inerentes, são dispendiosas e as instituições não têm meios financeiros para o conseguir. Podemos constatar que o mesmo acontece nos Estados Unidos da América, onde e de acordo com Brownlee, M (2006) existem respostas sociais de segunda classe que se debatem com problemas financeiros e com a dificuldade de implementar serviços de qualidade. Também nos EUA mas segundo um outro autor, Osborn D. (2006), a qualidade de serviços nas estruturas residenciais para pessoas idosas prende-se essencialmente com três aspectos, a estrutura física adequada, o equipamento em perfeitas condições e os recursos humanos qualificados, os quais também implicam elevados gastos.

Verificamos então que as directrizes do Sistema de Gestão da Qualidade aplicadas nas instituições estudadas são essencialmente aquelas que se prendem com o bem-estar do idoso (saúde, higiene, alimentação e convívio), que são relativamente acessíveis economicamente e que são asseguradas pelos responsáveis / directores técnicos, bem como com todos os processos de admissão de novos residentes e de recursos humanos, tendo por base as directrizes dos manuais da qualidade recentemente publicados bem como exemplos vindos de outros países da Europa (Care Homes for Older People, 2005).

Através das variáveis em estudo, constatamos que as instituições estão cada vez mais atentas às necessidades dos seus utentes e que começa a ser uma preocupação oferecer aos idosos residentes o respeito pela sua dignidade, autonomia e privacidade, bem como o incentivo à participação em actividades ocupacionais, embora ainda sem a maior parte das instituições dispor de profissionais capacitados para o desenvolvimento destas. No entanto, parece-nos que as Instituições focadas estão a trabalhar no caminho da satisfação e bem-estar dos seus residentes, de forma a poder assegurar a sua qualidade de vida e a não fazer um corte tão abrupto com a vida anterior ao ingresso na residência.

Segundo Sousa et al (2004), para os idosos viver na sua própria casa é uma dimensão integral da sua independência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal. A residência de anos tem várias funções profundas na vida de qualquer pessoa, especialmente num idoso. Isto é, traz-lhe segurança objectiva contra a adversidade do meio ambiente e segurança subjectiva contra o medo. Traz-lhe também um sentimento de identidade pois a decoração, os móveis e o ambiente reflectem a sua individualidade. É um depósito de lembranças, permitindo a continuidade entre o passado e o presente. Para os mesmos autores, a mudança de local prejudica a funcionalidade nas actividades de vida diária, já que envolve uma readaptação num período em que estas capacidades estão diminuídas.

Posto isto, será então assim tão importante o desenvolvimento de um Sistema de Gestão da Qualidade?

Às Instituições aqui estudadas, deixamos o alerta sobre essa importância pois, futuramente, a celebração de novos acordos de cooperação bem como a sua comparticipação estatal, passará pelo cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C, estabelecido no modelo de gestão da qualidade (2006). Este modelo já existe para os Centros de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, mas para os Lares de Idosos ainda não foi publicado. No entanto, as directrizes existentes para o Centro de Dia são em tudo semelhantes com as que existem para os Lares de idosos, tendo estas sido observadas no documento que ainda é válido para a certificação da qualidade dos Lares, ou seja, o Plano Avô, focado neste trabalho por Amorim (2002).

5 - Limitações

As limitações encontradas ao longo da pesquisa prenderam-se essencialmente com a não permissão de efectuar o estudo nos lares de idosos privados com fins lucrativos. De certa forma ficou por observar se essas residências já tem ou não um sistema de qualidade implementado e se realmente já é uma realidade ou não no concelho de Évora e se assumem uma organização diferente dos Lares de Idosos pertencentes às IPSS.

6 - Conclusões

No final do estudo verificamos que o Sistema de Gestão da Qualidade ainda não é uma realidade nos lares de idosos do concelho de Évora. Ou seja, nenhum lar apresenta Certificação de Qualidade.

Assim sendo, o cerne da questão, onde reside a dificuldade de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade nas respostas sociais estudadas, encontra-se na não implementação dos requisitos legais na sua totalidade. Ou seja, na dificuldade de cumprir todos os requisitos, mesmo os do nível C, que são os menos exigentes.

Quando questionados sobre o porquê da não aplicação do modelo na sua totalidade, a maioria das respostas reside essencialmente nas dificuldades económico -financeiras. Sendo que os principais défices sentidos se prendem com as estruturas físicas as quais implicam grandes gastos para que fiquem de acordo com as normas. Relativamente aos meios humanos e serviços a

questão já não se coloca da mesma forma, ou seja, é mais fácil para as organizações responderem às exigências dos manuais nestes pontos pois não implicam tantos gastos financeiros.

Apesar de tudo, verificamos que as instituições têm cada vez mais presente o facto da qualidade ser fulcral para um envelhecimento de sucesso. Começa a surgir a preocupação de seguir as directrizes do Sistema de Gestão da Qualidade enumeradas nos manuais. Esta prende-se essencialmente com o aumento do nível de exigência dos nossos “novos velhos” e com o futuro próximo das Instituições Particulares de Solidariedade Social poder passar pela obtenção da certificação do nível C, sem a qual poderão deixar de ser comparticipadas pelo Estado e eventualmente terem de cessar a sua actividade.

As directrizes seguidas prendem-se principalmente com aquelas que garantem o bem-estar dos idosos, embora nos fique a preocupação relativa à questão dos maus-tratos, pois a grande maioria dos entrevistados afirmou já terem existido ou existirem ainda.

No entanto, verificámos que as directrizes seguidas neste momento são as seguintes:

- Preocupação com a prestação de cuidados de saúde;
- Os cuidados de higiene prestados a todos os idosos residentes, desde os mais dependentes aos menos dependentes, incluindo aqui os cuidados com as roupas em termos de serviço de lavandaria;
- O cuidado na escolha das ementas, na confecção das refeições e nas horas a que são dadas;
- Tentativa de proporcionar aos utentes actividades diversas, tais como comemorações de datas festivas, visitas anuais à escolha dos mesmos, celebração de aniversários e diferentes projectos em parcerias com outras entidades da comunidade envolvente.

No entanto e embora estas sejam muito importantes, existem prioridades a melhorar, tais como:

- Construção do organograma da Instituição;
- Definição de um plano de qualidade;
- Definição de funções e responsabilidades dos colaboradores;

- **Aplicação da totalidade das normas/legislação relativa à segurança, higiene e saúde no trabalho.**

7 - Referências Bibliográficas

- 1) Associação de Municípios do Distrito de Évora. Retirado em 11 de Novembro de 2008, de http://www.amde.pt/pagegen.asp?SYS_PAGE_ID=448472
- 2) Amorim, A. (2002). O plano avô: medida estratégica para a qualificação dos serviços. *Futurando*, 5/6/7, pp. 43-50.
- 3) António, S. (2001). Problemas sociais contemporâneos. Lisboa: Universidade Aberta.
- 4) Arca, B. R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In Osório A. R. & Pinto F. C. (Eds) *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.
- 5) Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- 6) Brownlee, M. (2006). A guide for managing the “secon-tier” nursing home. Retirado em 02 de Dezembro de 2008, de <http://www.nursinghomemagazine.com>
- 7) Cardoso, J. F. (s.d.) Os mestres da Qualidade. Retirado em 14 de Julho de 2008, de <http://www.centroatl.pt/edigest/edições/ed25cap1.html>
- 8) Coimbra, J. A., Brito, I. S., (1999). Qualidade de Vida do Idoso. *Referência*, 3, pp. 29 – 30.
- 9) Crosby, P. B. (1985). The quality man. *BBC Education and Training*.
- 10) Deming, W. E. (1982). Quality, Productivity and Competitive Position. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- 11) Department of Health, (2005). Care Homes for Older People – National Minimum Standards for Adult Placement Schemes. London: Older People and Disability Division Policy Management Unit 2.
- 12) Fagulha, T., Duarte, M. & Miranda, M. (2000). A qualidade de vida: uma nova dimensão psicológica. *Revista da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação*, 25, pp. 5-17.
- 13) Feigenbaum, A. V. (1988). A global view of quality strategies. *Quality Press*, p. 79.

- 14) Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade – demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- 15) Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 16) Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas na pesquisa social*. S. Paulo: Ed. Atlas.
- 17) Góis, D. (2007, 01 de Janeiro). Uma breve história das Misericórdias portuguesas. Retirado em 14 de Julho de 2008, de <http://goisvive.blogspot.com/2007/01/uma-breve-histria-das-misericrdias.html>
- 18) Grogger, L. (1995). A nursing home can be a home. *Journal of Aging Studies*, 2, pp. 137 – 153.
- 19) Grupo CID (2005). *Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto de Segurança Social, IP.
- 20) Grupo Mello (s. d.). José de Melo Residências e Serviços. Retirado em 14 de Julho de 2008, de <http://www.jmellors.pt/jmrs/default.aspx>
- 21) Instituto de Segurança Social (2006). *Modelo de Avaliação da Qualidade no Centro de Dia*. Lisboa: Instituto de Segurança Social, IP.
- 22) Instituto Português da Qualidade (1997). *ISO 9000 para pequenas empresas: o que fazer*. Conselhos do ISO/TC, p. 176
- 23) Ishikawa, K. (1982). *Guide to quality control*. Tóquio: Asian *Productivity Press*.
- 24) Juran, J. M. (1974). *Quality control handbook*. Reino Unido: McGraw-Hill
- 25) Moreira, C. D., (1994). *Planeamento e estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais e Políticas.
- 26) Kano, M., Seraku, N. & Takahashi, F. (1984). Attractive quality and must-be quality. *Quality*, 14, 39 – 44.
- 27) Osborn, D.S. (2006). *Healthcare for your facilities*. Retirado em 02 de Dezembro de 2008, de <http://secure.b-on.pt/V/P488CEVVLXKDVPFUR9YHG5P79U4PG69UMIMH1FC1...>
- 28) Osório, A. R; Pinto F. C. (2007). *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.

- 29) Paschoal, S. M. P. (2006). Desafios da Longevidade: Qualidade de Vida. In Pessini, L. & Barchifontaine C. P. (Eds), *Bioética e Longevidade Humana*. S. Paulo: Edições Loyola.
- 30) Perísta, H. (2001). Envelhecimento e condições de vida. *Futurando*, 2, pp. 6-9.
- 31) Pimentel, L. G (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto Editora.
- 32) Pires, A. (2000). Qualidade – sistemas de gestão da qualidade. Lisboa: Editora Sílabo.
- 33) Quivy, R, Capenhoudt, L. V. (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- 34) Reed, J; Cook. G et al, (2003). Making a move: care-home residents, experiences of relocation. *Aging and Society*, 23, pp. 225-241.
- 35) Silva, C. (2008). A Qualidade das Respostas Sociais – um futuro sustentável. *Pretextos*, 30, pp. 3-4.
- 36) Sousa, L; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar – Ideias no Papel, SA.
- 37) Taguchi, G. (1979). Introduction to off line quality control. Angoya: Central Japan Quality Control Association
- 38) Tribus, M. (1990). ASQ. *Statistics Division Newsletter*, 3, p. 2
- 39) Vogalaere, P. (2005). Fisiologia do Envelhecimento. Curso de Mestrado Saúde e Bem-Estar das Pessoas Idosas: Universidade de Évora

ANEXOS

ANEXO I

Guião de Entrevista (Director Técnico)

- 1- Há quanto tempo desempenha funções nesta Organização?
- 2- Estão definidos a missão, valores e visão da organização? Existe um documento escrito com a descrição dos mesmos?
- 3- Qual a estratégia utilizada na gestão da organização? (Estratégia puramente financeira ou baseada na gestão de desempenho?)
- 4- Existe um projecto institucional definido? Há algum documento escrito? (Entendendo-se um doc. onde conste a história, ambiente geográfico, orientações respeitantes a actividades, destinatários, projecto médico, etc.)
- 5- Como se desenvolve o processo de candidatura, admissão e acolhimento de um novo residente?
- 6- a) Quais os mecanismos estabelecidos pela instituição para permitir e incentivar os idosos a participarem na vida da mesma?
b) Que mecanismos estão estabelecidos para permitir e incentivar os idosos a conviver uns com os outros?
- 7- a) Existe flexibilidade de horários para os residentes? b) Para que actividades da vida quotidiana?
- 8- As ementas são elaboradas por quem? É pedida a opinião dos idosos em relação às refeições que constam das ementas?
- 9- Em relação há higiene e apresentação dos residentes que cuidados estão instituídos, tendo em conta os diferentes graus de dependência dos mesmos?
- 10- Como se processam os cuidados de saúde? Existe equipa médica e de enfermagem? Existe processo individual de saúde por residente?
- 11- Existe alguém que se dedique a desenvolver actividades diversas com os idosos residentes? Que tipo de pessoal e com que formação?
- 12- Que mecanismos estão instituídos para que sejam respeitados os direitos e a privacidade dos utentes?
- 13- Quando ocorrem situações de conflito entre residentes, que estratégias são utilizadas para os solucionar?
- 14- Já alguma vez deu conta de alguma situação de maus-tratos a residentes? Em caso afirmativo, que medidas foram tomadas para resolver a situação?

- 15- Relativamente aos RH da organização, como se processa o recrutamento e selecção? Valorizam os candidatos com formação na área dos cuidados aos idosos?
- 16- Que preocupações tem a organização com a formação do pessoal? Especifique (dão formação, incentivam a frequentar acções de formação, estabelecem parcerias para organização de formação, etc)
- 17- Existe algum sistema de avaliação formal dos funcionários? Como se processa?
- 18- São mantidos actualizados os processos individuais dos residentes e funcionários?
- 19- Considera que a sua organização segue as directrizes inerentes a um sistema de gestão de qualidade? Especifique, por favor.

ANEXO II

Entrevistas

Variáveis	Variável 1				Variável 2					
Questões	7-a	8	10	18	1	5	12	15	16	17
Códigos	0-1-2	0-1-2-3	0-1-2	0-1-2	0-1-2-3-4	0-1	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
3	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1
4	2	2	1	2	3	1	2	2	2	2
5	1	2	2	1	4	1	2	1	2	2
6	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
7	1	2	2	1	3	1	1	2	2	2
8	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2
9	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2
10	1	3	2	1	2	1	1	2	2	2
11	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1

Entrevistas

Variáveis	Variável 3				Variável 4		Variável 5		Variável 6		Variável 7
Questões	2	13	14	19	3	4	6-a	6-b	7-b	9	11
Códigos	0-1	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2
4	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
5	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2
6	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1
7	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1
8	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1
9	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1
10	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
11	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1

Tabelas de Frequência

Variável 1 - Fiabilidade e Credibilidade

Quadro 2 – Tabela de Frequências da Questão 7a)

Questão n.º 7a) – Existe flexibilidade de horários para os residentes?			
Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Existe alguma flexibilidade	1	10	90,91
Não existe flexibilidade	2	1	9,09
		11	100,00

Quadro n.º 3 – Tabela de Frequência da Questão 8

Questão n.º 8 – As ementas são elaboradas por quem? É pedida a opinião dos idosos em relação às refeições que constam das ementas?			
Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Encarregada e Técnica	1	2	18,18
Cozinheira e Técnica	2	8	72,73
Nutricionista e cozinheira	3	1	9,09
		11	100,00

Quadro n.º 4 – Tabela de Frequência da Questão 10

Questão n.º 10 – Como se processam cuidados de saúde? Existe equipa médica e de enfermagem? Existe processo de saúde individual?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Centro saúde local e processos de saúde individuais	1	6	54,55
Médico e enfermagem Próprios e processos de saúde individuais	2	5	45,45
		11	100,00

Quadro n.º 5 – Tabela de Frequência da Questão 18

Questão n.º 18 – São mantidos actualizados os processos individuais dos residentes e funcionários?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Sim, actualizados pela Direcção	1	1	9,09
Sim, actualizados pela técnica e Serviços Administrativos.	2	10	90,91
		11	100,00

Variável 2 Competência Técnica

Quadro 6 – Tabela de Frequências da Questão 1

Questão n.º 1 – Há quanto tempo desempenha funções nesta Instituição?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
1-5 anos	1	3	27,27
6-10 anos	2	4	36,36
11-15 anos	3	2	18,18
16-20 anos	4	2	18,18
		11	100,00

Quadro 7 - Tabela de Frequências da Questão 5

Questão n.º 5 – Como se desenvolve o processo de candidatura, admissão e acolhimento de um novo residente?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Inscrição, lista de espera, selecção, relatório, admissão e contrato	1	11	100,00
		11	100,00

Quadro 8 – Tabela de Frequências da Questão 12

Questão n.º 12 – Que mecanismos estão instituídos para que sejam respeitados os direitos e privacidade dos utentes?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Tenta-se que cumpram os regulamentos internos.	1	8	72,73
Em norma existe respeito dentro da organização.	2	3	27,27
		11	100,00

Quadro 9 - Tabela de Frequências da Questão 15

Questão n.º 15 – Relativamente aos RH da Organização, como se processa o recrutamento e selecção? Valorizam os candidatos com formação na área dos cuidados aos idosos?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Centro Emprego e preferência com experiência.	1	8	72,73
CV em arquivo e de preferência com prática.	2	3	27,27
		11	100,00

Quadro 10 - Tabela de Frequências da Questão 16

Questão n.º 16 – Que preocupações tem a Organização com a formação do pessoal? Especifique.

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Sim, mas não o necessário	1	2	18,18
Sim, incentiva e permite a frequência de acções. Estabelece parcerias.	2	9	81,82
		11	100,00

Quadro 11 – Tabela de Frequências da Questão 17

Questão n.º 17 – Existe sistema de avaliação formal de funcionários? Como se processa?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Reuniões informais	1	3	27,27
Não existe	2	8	72,73
		11	100,00

Variável 3 - Responsabilidade

Quadro 12 - Tabela de Frequências da Questão 2

Questão n.º 2 – Estão definidos a missão, valores e visão da Organização? Existe algum doc. escrito com a descrição dos mesmos?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Sim, estatutos	1	11	100,00
		11	100,00

Quadro 13 - Tabela de Frequências da Questão 13

Questão n.º 13 – Quando ocorrem situações de conflito entre residentes, que estratégias são utilizadas para as solucionar?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Ouvem-se as partes e apuram-se responsabilidades.	1	5	45,45
Negociação pelo diálogo.	2	6	54,55
		11	100,00

Quadro 14 - Tabela de Frequências da Questão 14

Questão n.º 14 – Já alguma vez se deu conta de alguma situação de maus-tratos? Em caso afirmativo, que medidas foram tomadas para resolver a situação.

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Sim. Processo de averiguações e medidas necessárias.	1	9	81,82
Não	2	2	18,18
		11	100,00

Quadro 15 - Tabela de Frequências da Questão 19

Questão n.º 19 – A sua organização segue as directrizes inerentes a um Sistema de Gestão da Qualidade?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Sim, com muitas dificuldades financeiras	1	4	36,36
Sim, estamos a Inst. está a trabalhar nesse sentido	2	7	63,64
		11	100,00

Variável 4 - Política e Estratégia

Quadro 16 - Tabela de Frequências da Questão 3

Questão n.º 3 – Qual a estratégia utilizada na gestão da Instituição?			
Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Ambos os tipos de gestão (financeira e de desempenho)	1	7	63,64
Gestão financeira	2	4	36,36
		11	100,00

Quadro 17 - Tabela de Frequências da Questão 4

Questão n.º 4 – Existe um projecto institucional definido? Há algum documento escrito com o mesmo?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Plano de actividades e Regulamento Interno	1	9	81,82
Não existe	2	2	18,18
		11	100,00

Variável 5 - Comunicação Afectiva e Social

Quadro 18 - Tabela de Frequências da Questão 6a)

Questão n.º 6a) – Quais os mecanismos estabelecidos pela Instituição para permitir aos idosos participarem na vida da mesma?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Conversas informais e incentivo à participação.	1	5	45,45
Dinamização pessoal e individual com actividades conjuntas.	2	6	54,55
		11	100,00

Quadro 19 - Tabela de Frequências da Questão 6b)

Questão n.º 6b) – Que mecanismos estão estabelecidos para permitir e incentivar os idosos a conviver uns com os outros?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Voluntariado com actividades conjuntas ao gosto de todos.	1	3	27,27
Grupos que se juntam com interesses comuns	2	8	72,73
		11	100,00

Variável 6 – Actividades da Vida Diária

Quadro 20 - Tabela de Frequências da Questão 7b)

Questão n.º 7b) – Para que actividades da vida diária existe alguma flexibilidade de horários?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Levantar e deitar	1	2	18,18
Horários de entrada após saídas previamente marcadas.	2	9	81,82
		11	100,00

Quadro 21 - Tabela de Frequências da Questão 9

Questão n.º 9 – Em relação à higiene dos residentes, que cuidados estão instituídos tendo em conta o grau de dependência dos mesmos?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Higienes e lavandaria	1	8	72,73
Higienes, lavandaria e mudança de fraldas a dependentes.	2	3	27,27
		11	100,00

Variável 7 - Atividades Ocupacionais

Quadro 22 - Tabela de Frequências da Questão 11

Questão n.º 11 – Existe alguém que se dedique a desenvolver actividades com os idosos? Que tipo de pessoal e com que formação?

Indicadores	Código	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não Resposta	0	0	0,00
Não. Funciona com a “prata” da casa	1	8	72,73
Sim, normalmente estagiárias de animação e voluntários	2	3	27,27
		11	100,00

ANEXO III

Grelha de Observação

A Observar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Organograma da Instituição	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Relatórios de verificação de objectivos definidos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Plano de Qualidade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definição de funções e responsabilidades dos colaboradores	x	x	x	x	x	x	✓	✓	x	x	x
Director Técnico com formação adequada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Metodologia de recrutamento e selecção RH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Manual de acolhimento para novos colaboradores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Legislação/normas relativa à segurança, higiene e saúde no trabalho	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Seguro de acidentes de trabalho	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Relatório financeiro anual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Livro de reclamações	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contrato de prestação de serviços	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ementas e dietas afixadas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Horários afixados	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Horário de funcionamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tabelas de comparticipação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Regulamento Interno	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cozinha – HACCP	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Sinalética	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Plano de emergência e evacuação	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Controlo de acesso ao edifício	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓
Lista de espera para admissão	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ - Verifica-se x - Não se verifica