



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. João de Deus
Barcelos

Relatório de Desempenho Organizacional

2022

Índice

1. Conquistas e Resultados	7
1.1 Indicadores assistenciais Internamento.....	7
1.1.1 Movimento Hospitalar	7
1.2 Melhoria/Inovação.....	8
1.2.1 Benchmarking/Benchlearning (Critérios 42, 50).....	8
1.2.2 Projetos Inovação/Melhoria (Critérios 44, 48)	9
1.3 Dados assistenciais ambulatorio.....	11
2. Resultados dos Inquéritos de Satisfação e Elogios Recebidos (Critérios 24, 25, 44, 45)	16
2.1 Resultados Globais dos Inquéritos de Avaliação (Com Análise dos Relatórios dos Inquéritos de Avaliação).....	16
2.2 Elogios recebidos.....	27
3. Análise dos processos-chave (Critérios 05, 07, 09,10, 12, 21, 28,30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39,4 2, 43)	27
4. Gestão de Sugestões, Reclamações e Fichas de Melhoria (Critérios 44)	45
4.1 Sugestões e Reclamações (Critérios 14, 17)	45
4.2 Fichas de Melhoria (Critérios 48)	47
4.3 Áreas de melhoria identificadas.....	47
5. Políticas e Compromissos.....	48
5.1 Avaliação da política de prevenção de abusos e maus tratos (Critérios 13, 14, 16, 22, 23)	48
5.2 Avaliação da política de confidencialidade (Critérios 23)	49
5.3 Avaliação da política de ética e bem-estar (Critérios 18, 19)	50
5.4 Avaliação da política de participação (Critérios 15, 26, 27, 28, 30)	51
5.5 Avaliação da política de Reconhecimento e Envolvimento (Critérios 08,11).....	53
5.2 Responsabilidade Social (Critérios 06).....	54
6. Avaliação do desempenho da Instituição em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus Utentes	55
7. Avaliação da não discriminação no acesso aos serviços e avaliação do desempenho quanto à facilitação aos seus clientes do acesso a pessoas que os representem e/ou pessoas de apoio (Critério 20)	58
8. Identificação das barreiras ao acesso aos programas e serviços assim como à continuidade ininterrupta dos programas (Critério 36).....	59
9. Conclusão (Critérios 01, 02, 03, 04, 05, 39, 40, 41, 42)	62



10. Reporte do RDO (Critérios 46, 47, 48).....	63
--	----

ANEXOS

Anexo I – Relatório Anual de Avaliação de Desempenho

Anexo II – Relatório Anual de Formação



Abreviaturas e siglas

CCISM- Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

CSSJD-B – Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos

FM – Ficha de Melhoria

PII – Plano Individual de Intervenção

QV – Qualidade de Vida

RNCCISM- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

RSHT - Relatório Segurança e Higiene no Trabalho



Índice de gráficos

Gráfico 1: taxa de ocupação 2022	7
Gráfico 2: Freguesias abrangidas.....	11
Gráfico 3: Estado civil e situação familiar	12
Gráfico 4: diagnósticos.....	12
Gráfico 5: Indicadores de atividade assistencial	13
Gráfico 6: Visitas realizadas	14
Gráfico 7: Números de dias de internamento/Redução do número de dias de internamento	14
Gráfico 8: situação face ao emprego	15
Gráfico 9: Ocupação	15
Gráfico 10: Satisfação dos colaboradores – Amostra 82.....	16
Gráfico 11: Tendência satisfação colaboradores	17
Gráfico 12: Avaliação de desempenho	17
Gráfico 13: Tendência da avaliação de desempenho	18
Gráfico 14: Satisfação de utentes- Amostra 143.....	19
Gráfico 15: Tendência da satisfação dos utentes.....	19
Gráfico 16: Satisfação utentes apoio domiciliário- Amostra 15.....	20
Gráfico 17: Tendência satisfação global utentes apoio domiciliário	20
Gráfico 18: Satisfação cuidadores – Amostra 63.....	21
Gráfico 19 tendência da satisfação dos cuidadores	22
Gráfico 20: Satisfação global voluntários- amostra 8.....	22
Gráfico 21: tendência da satisfação dos voluntários.....	22
Gráfico 22: Satisfação global parceiros- amostra 12	23
Gráfico 23: Tendência Satisfação global de parceiros	24
Gráfico 24: Avaliação de parcerias- amostra 28.....	24
Gráfico 25: Tendência Avaliação das parcerias.....	25
Gráfico 26: Satisfação global fornecedores- amostra 9.....	25
Gráfico 27: Tendência Satisfação Global Fornecedores.....	26
Gráfico 28: tendência Avaliação dos fornecedores- amostra 8	26
Gráfico 29: número de sugestões.....	46
Gráfico 30: Proponente das sugestões	46
Gráfico 31: Fonte das Sugestões	46
Gráfico 32: Oportunidades de envolvimento na vida institucional.....	53
Gráfico 33: avaliação de expectativas.....	57
Gráfico 34: % de utentes que considera que tem oportunidade de se envolver no seu PI.....	57
Gráfico 35: Número de facilitações	59
Gráfico 36: Tendência QV IS Empowerment	61
Gráfico 37: taxa de sucesso	62
Gráfico 38: Taxa de sucesso da política da qualidade.....	63
Gráfico 39 % de Colaboradores/Stakeholders/Utentes/ Cuidadores/ Voluntário/Fornecedores que avaliam como positiva a informação fornecida relativamente aos Resultados de desempenho da Instituição	63



Índice de tabelas

Tabela 1: Projetos de melhoria/Inovação	11
Tabela 2: Elogios recebidos.....	27
Tabela 3: Resultados PQ_ 01 GESTÃO.....	28
Tabela 4: Resultados PQ_ 02 GAF.....	29
Tabela 5: Resultados PQ_ 03 GESTÃO DE PESSOAS.....	30
Tabela 6: Resultados PQ_ 05 GESTÃO DE RECURSOS.....	31
Tabela 7: Resultados PQ_ 06 GESTÃO DE MEDICAMENTO	32
Tabela 8: Resultados PQ_ 12 GESTÃO DA FORMAÇÃO.....	32
Tabela 9: Avaliação do impacto do plano anual de formação.....	33
Tabela 10: Resultados PQ_ 14 PSICOGERIATRIA	35
Tabela 11: taxa de prevalência de quedas PQ_14.....	35
Tabela 12: avaliação do empowerment/autonomia PQ_14.....	36
Tabela 13: Avaliação da promoção da inclusão social PQ_14	37
Tabela 14: Resultados PQ_ 16 APOIO MÁXIMO.....	38
Tabela 15: Avaliação da promoção da inclusão social PQ-16.....	39
Tabela 16: Resultados PQ_ 17 APOIO MODERADO.....	40
Tabela 17: Resultados PQ_ 21 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL CCISM.....	42
Tabela 18: Resultados PQ_ 24 EQUIPA DE APOIO DOMICILIÁRIO EM SAÚDE MENTAL.....	44
Tabela 19 fichas de melhoria.....	47
Tabela 20: áreas de melhoria identificadas.....	48
Tabela 21: Avaliação da política de prevenção de abusos e maus tratos.....	48
Tabela 22: Avaliação da política de confidencialidade	49
Tabela 23: Avaliação da política de ética e bem-estar.....	50
Tabela 24: Avaliação da política de participação	52



Nota introdutória

Apresentamos o Relatório de Desempenho Organizacional da Casa de Saúde São João Deus-Barcelos (CSSJD-B) referente ao ano de 2022. Este documento tem como objetivo fornecer uma visão abrangente do desempenho da instituição em diversos aspetos, incluindo indicadores assistenciais, eficiência operacional, sustentabilidade financeira, qualidade das práticas institucionais, melhoria e inovação, entre outros.

Através deste documento, pretende-se apresentar um panorama do momento atual, destacando os pontos positivos e identificando oportunidades de melhoria futuras.

Serão apresentados os principais indicadores e resultados alcançados, bem como análises qualitativas dos mesmos, destacando os principais desafios enfrentados e as estratégias adotadas para os superar. Além disso, serão apresentadas recomendações e ações propostas para aprimorar o desempenho da instituição, visando sempre a procura pela melhoria nos serviços prestados aos nossos utentes.

É importante reforçar que este relatório é um instrumento de gestão estratégico, tendo como objetivo fornecer dados para uma reflexão crítica sobre o presente e o futuro da CSSJD-B. Ele representa também um compromisso de transmissão de informação clara e transparente às partes interessadas sejam eles colaboradores, utentes, familiares, parceiros, voluntários, fornecedores ou a comunidade em geral.

Estamos empenhados na promoção da melhoria contínua, procurando sempre a excelência na assistência aos nossos utentes, garantindo a sustentabilidade financeira da organização.

Agradecemos a todos que contribuíram de forma empenhada para a consecução dos objetivos estratégicos propostos, contribuindo assim para o desenvolvimento e fortalecimento da CSSJD-B.



1. Conquistas e Resultados

1.1 Indicadores assistenciais Internamento

Os indicadores assistenciais são ferramentas fundamentais na gestão de uma instituição de saúde, fornecem informações quantitativas e qualitativas sobre a qualidade e eficiência dos cuidados prestado aos utentes e sobre dinâmicas basilares da organização. Da análise dos dados fornecidos, surgem preciosos outputs que auxiliam na tomada de decisões estratégicas e operacionais, permitem a identificação de oportunidades de melhoria e possibilitam a monitorização do desempenho da instituição ao longo do tempo.

1.1.1 Movimento Hospitalar

Durante o ano de 2022 a CSSJD-B registou 108 internamentos e 96 altas, a taxa de ocupação institucional foi de 96%, resultado superior ao obtido nos dois anos anteriores, marcados de forma contundente pela COVID 19.



GRÁFICO 1: TAXA DE OCUPAÇÃO 2022



1.2 Melhoria/Inovação

A melhoria e a inovação são entendidas pela CSSJD-B como elementos essenciais para o progresso e o sucesso. No contexto atual da constante evolução das expectativas dos utentes, famílias e stakeholders, nas tecnologias e nas políticas de saúde, a capacidade de melhorar continuamente e inovar, são fundamentais para garantir a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade dos nossos serviços. A melhoria e a inovação permitem aprimorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes através da identificação e correção de lacunas nos processos, da implementação de práticas baseadas em evidências, do acompanhamento de indicadores de desempenho e da adoção de abordagens inovadoras, permitindo alcançar resultados clínicos e assistenciais superiores, com redução de erros e o aumento da segurança dos utentes, derivando no aumento da sua satisfação. Esta abordagem contribuirá para uma cultura de aprendizagem e inovação, adaptação a mudanças, competitividade e eficiência operacional.

1.2.1 Benchmarking/Benchlearning (Critérios 42, 50)

Atenta à importância estratégica e mais-valia das ações de Benchlearning/Benchmarking para a criação de *outputs* promotores de oportunidades de melhoria para a Instituição, foram desenvolvidos 7 projetos de Melhoria/Inovação que possibilitaram a troca de experiências e/ou a comparação de resultados com outras Instituições, estes projetos serão apresentados de forma mais detalhada no capítulo seguinte - *Projetos Inovação/Melhoria*.

No âmbito da presença na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCISM) das Unidades Renascer e Oceano, são realizadas trimestralmente, visitas de acompanhamento pela Equipa Coordenadora Local, das quais resultam relatórios com sugestões de desenvolvimento e oportunidades melhoria. Considera-se que o facto de uma entidade independente, que conhece outras organizações e que de alguma forma compara desempenhos, seja também um fator facilitador para a comparação de práticas e resultados. Os resultados da Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos (CSSJD-B) são também analisados e comparados anualmente no contexto da análise de desempenho organizacional dos estabelecimentos do Instituto São João Deus (ISJD). A regularidade desta iniciativa permite a



discussão de resultados e o desenvolvimento de iniciativas de benchlearning e benchmarking entre estabelecimentos com serviços semelhantes.

1.2.2 Projetos Inovação/Melhoria (Critérios 44, 48)

Durante o ano de 2022 foram desenvolvidos 10 projetos de Inovação/Melhoria na CSSJD-B, destacando-se 7 com ações de Benchlearning/Benchmarking. Este número de projetos reflete o compromisso institucional na procura da melhoria contínua, desafiando e estimulando a reflexão das equipas na procura da promoção do bem-estar dos utentes.

Inovação/Melhoria		
Nome	Serviço/Unidade	Descrição Sumária
Quedas em Psicogeriatría	Irmão Elias	Melhorar o desempenho global da resposta da unidade no que concerne à problemática das quedas na população geriátrica, através de ações de Benchlearning com uma unidade de internamento semelhante, pertencente ao ISJD, neste caso a Casa de Saúde do Telhal.
Capacitar para Cuidar	São Ricardo	Ações de Benchlearning com unidade de Apoio Máximo da casa de Casa de Saúde do Telhal, para a construção de protocolo de tratamento de feridas ulceradas.
Ocupação Estruturada Intra Unidade	São José	Com a finalidade de promover a atividade ocupacional dos utentes que permanecem no interior das unidades, desenvolveram-se ações de Benchlearning com as Casas de Saúde de São José e do Telhal visando a capacitação dos colaboradores.



Conta Gotas	Residências Autónomas	Ação de Benchlearning com a RESULTIMA para melhoria das praticas ambientais no contexto das RA.
Sala de Estimulação Sensorial/Snoezelen	São Rafael	Fomentar a partilha de boas praticas na utilização de uma sala de estimulação sensorial, através da troca de experiências com a MAPADI (Povoa Varzim) por meio de ações de Benchlearning
Vamos Cuidar da Casa Comum	São João Ávila	Procurar estratégias para a promoção da Política Ambiental institucional através de uma ação de Benchlearning com uma entidade externa, neste caso a RESULTIMA.
Benchmarking Cuidando	Projeto Cuidando	Comparar a metodologia de intervenção e resultados de desempenho do projeto Cuidando com outra equipa de apoio domiciliário da RNCCI neste caso o projeto ConSentido das Irmãs Hospitaleiras.
Escolho Eu	São José	Promoção do empowerment e autoestima dos utentes, permitindo a escolha sobre as atividades a serem desenvolvidas na Unidade, com especial foco na celebração do seu dia de aniversario.
Reativa-te	São João Deus	Promoção da atividade física contribuindo para uma melhor sensação de bem-estar e Saúde Mental dos participantes.
Hora do Enfermeiro	São João Deus	Promover Saúde Mental e a QV dos utentes internados na Unidade incrementando intervenções de enfermagem diferenciadas e atividades ocupacionais estruturadas com o



beneficiários da resposta (23), seguindo-se os beneficiários sem qualquer tipo de rendimento (15), apesar de a maioria das pessoas se encontrar em idade ativa. 25% dos beneficiários não tem qualquer tipo de rendimento no momento da admissão, o que os coloca numa situação de exclusão social grave, com impacto direto na capacidade para gerirem a doença de forma adequada.

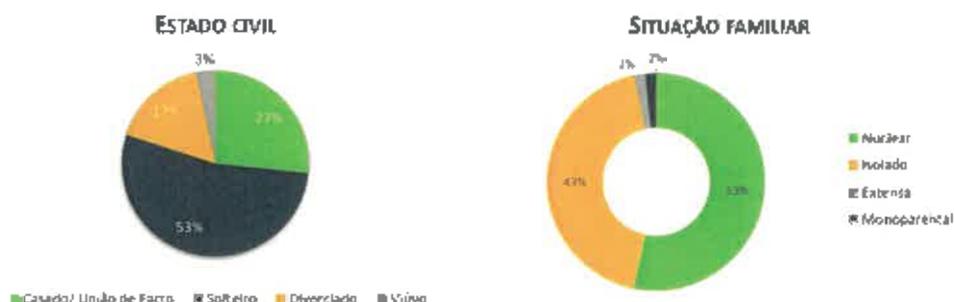


GRÁFICO 3: ESTADO CIVIL E SITUAÇÃO FAMILIAR.

As perturbações psicóticas são a patologia mais comum entre os beneficiários acompanhados (28), seguindo-se as perturbações de humor (23). Estes dois problemas de saúde encontram-se entre os principais responsáveis pela perda de anos de vida vividos com qualidade, uma vez que conduzem a níveis elevados de incapacidade.

DIAGNÓSTICOS

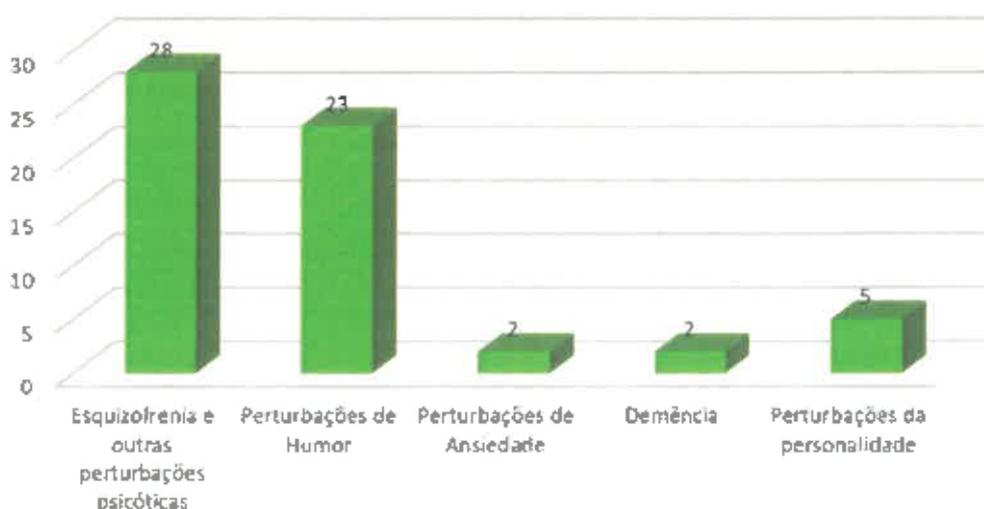


GRÁFICO 4: DIAGNÓSTICOS



Ao longo de 2022 foram referenciadas 51 pessoas, das quais 21 foram integradas em acompanhamento. No total, ao longo do ano, foram acompanhadas 60 pessoas, das quais 29 tiveram alta. A maioria das altas ocorreu no final de 2022, motivo pelo qual não foi possível integrar novos beneficiários, para além dos 21 identificados. Barcelos evidencia uma maior maturidade, apresentando números mais elevados em todos os indicadores da atividade.

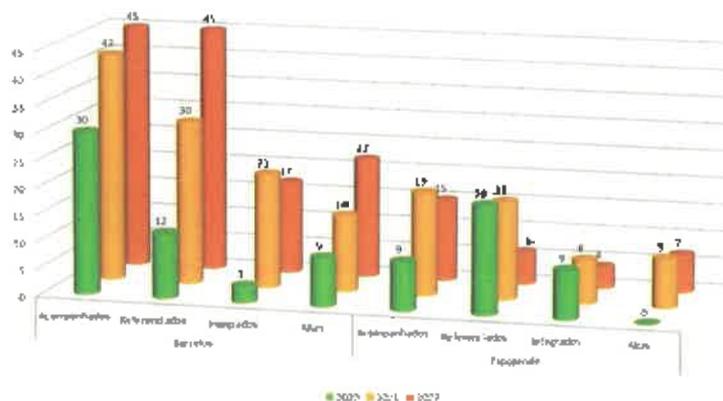


GRÁFICO 5: INDICADORES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Verifica-se globalmente um maior número de referenciarções, o que conseqüentemente permite um maior número de beneficiários integrados, acompanhados e com alta. Numa análise mais abrangente, é possível observar uma tendência crescente em Barcelos, ao longo dos últimos 3 anos. Já em Esposende a tendência tem sido em sentido decrescente, na maioria dos indicadores da atividade. Em 2022 foram realizadas menos 156 visitas que em 2021, o que se traduz numa redução de 22%. Contribuirá ainda para este resultado a complexidade dos casos acompanhados e a morosidade dos processos de facilitação de emprego, bem como pelo decréscimo de beneficiários em acompanhamento em Esposende, com impacto direto no número de visitas/saída e conseqüentemente por mês.



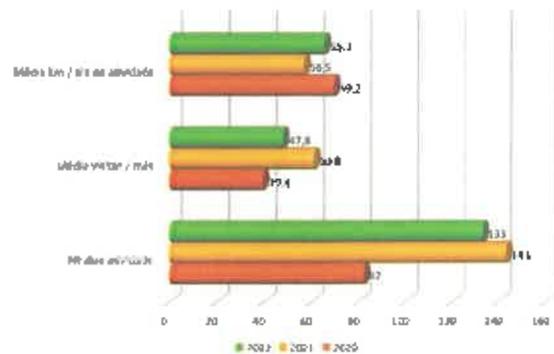


GRÁFICO 6: VISITAS REALIZADAS

Em 2022 constata-se uma redução de 75% no número de internamentos e 88% no número de dias de internamento. No ano que antecedeu a integração na resposta era possível contabilizar 1434 dias de internamento, valor que reduziu para 504 dias durante o período de acompanhamento.



GRÁFICO 7: NÚMEROS DE DIAS DE INTERNAMENTO/REDUÇÃO DO NÚMERO DE DIAS DE INTERNAMENTO

No final de 2022, 59% dos beneficiários acompanhados encontrava-se a desenvolver algum tipo de ocupação estruturada. Destes, 22 beneficiários encontram-se empregados ou em formação profissional de longa duração. Considerando a importância da ocupação, e mais especificamente do emprego nas questões da inclusão social, considera-se este resultado um bom indicador do sucesso da intervenção realizada. Entre os beneficiários acompanhados é possível constatar que apesar dos esforços realizados, 22% dos beneficiários acompanhados continuam desempregados. Os níveis de escolaridade baixos, aliados à falta de oportunidades adequadas ao perfil de cada indivíduo, torna a empregabilidade um desafio. Revela-se ainda mais desafiante, se considerarmos o tecido empresarial de Barcelos/ Esposende muito



orientado para a têxtil, com forte orientação para a produção e resultados, conduzindo a níveis elevados de stress, pouco adequados a esta população.



GRÁFICO 8: SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

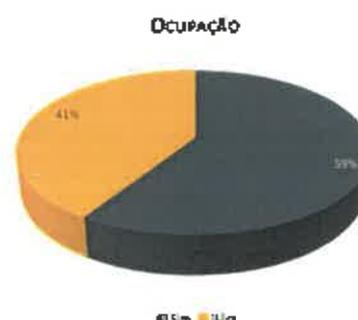


GRÁFICO 9: OCUPAÇÃO

Globalmente a equipa encontra-se satisfeita com os resultados apurados e considera que a intervenção tem vindo a ser bem-sucedida nas várias dimensões avaliadas

2. Resultados dos Inquéritos de Satisfação e Elogios Recebidos (Critérios 24, 44, 45)

Serão apresentados em seguida os resultados da aplicação dos questionários de satisfação dos colaboradores, utentes, famílias, parceiros, fornecedores e voluntários. É feita uma breve análise qualitativa e quantitativa dos mesmos, evidenciando a tendência dos últimos anos nos valores globais de satisfação. Como método de avaliação é usada uma escala pontuada de 1 a 5 sendo 1 “Mau” e 5 “Muito bom”, em que sendo o valor igual ou superior a 3, se considera a avaliação como positiva. A recolha da satisfação das partes interessadas, é um pilar fundamental, para a criação de oportunidades de melhoria, que visem o efetivo aperfeiçoamento das práticas e modelo institucionais.



2.1 Resultados Globais dos Inquéritos de Avaliação (Com Análise dos Relatórios dos Inquéritos de Avaliação)



GRÁFICO 10: SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES – AMOSTRA BZ

A avaliação global positiva foi de 94%, o mesmo valor obtido em 2021. Verifica-se que a tendência da satisfação global dos colaboradores se tem mantido em valores acima dos 90%, o que é um indicativo significativo, em nossa opinião, de um ambiente de trabalho saudável e motivador. Estes resultados são o reflexo do esforço e compromisso institucional, em promover um ambiente de trabalho colaborativo, inclusivo e com oportunidades de desenvolvimento profissional. O feedback dos colaboradores é fundamental para avaliar a qualidade do ambiente de trabalho, identificar oportunidades de melhoria e promover ações para aprimorá-lo sendo um fator essencial para o sucesso e a sustentabilidade de qualquer organização. A bibliografia existente nesta área demonstra que colaboradores satisfeitos tendem a ser mais motivados, produtivos e dedicados ao cuidado dos utentes, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados.

A taxa de participação dos colaboradores no inquérito de satisfação foi de 53%, valor inferior ao registado habitualmente, que se situava acima dos 90%. Este ano foi implementada uma nova metodologia de preenchimento e recolha dos questionários, o processo foi conduzido através do email institucional. Foram detetadas oportunidades de melhoria que serão implementadas nas futuras avaliações da satisfação, com o objetivo de aumentar a taxa de participação e assim ampliar a representatividade do mesmo. Entendemos esta medida como fundamental.



Tendência Satisfação Colaboradores

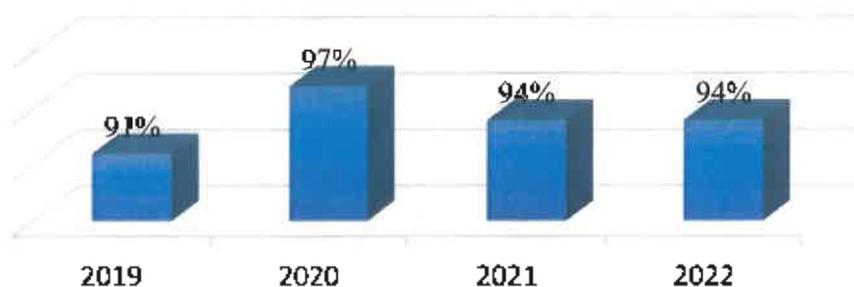


GRÁFICO 11: TENDÊNCIA SATISFAÇÃO COLABORADORES



GRÁFICO 12: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho dos colaboradores foi 100% positiva. O processo de avaliação de desempenho contempla a implementação de planos de desenvolvimento dos colaboradores, ajustados ao seu crescimento pessoal e aprendizagem contínua.



Tendência Avaliação Desempenho

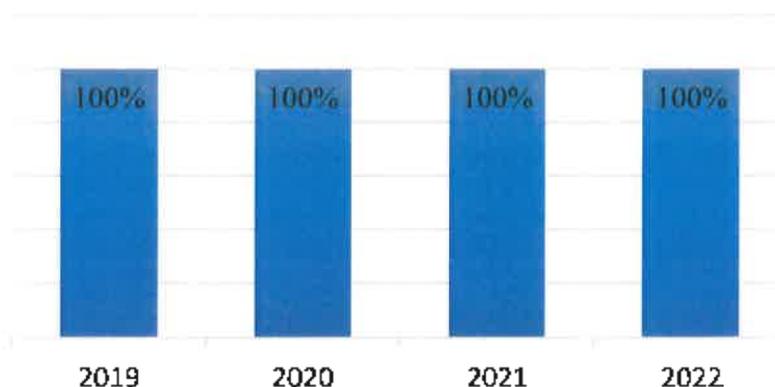


GRÁFICO 13: TENDÊNCIA DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A tendência revela a manutenção de um resultado excelente, 100% de avaliações positivas.

Utentes Internados (Critério 25)

A avaliação da satisfação global dos Utentes foi 99% positiva, representado uma subida de 1% em relação ao resultado do ano passado.

O valor alcançado, demonstra um grau de satisfação muito elevado, reforçando as práticas assistenciais desenvolvidas e o compromisso institucional em prestar cuidados humanizados e com o foco no bem-estar e na qualidade de vida (QV) dos seus utentes.

A satisfação dos utentes tem vindo a se manter em valores muito elevados, algo com o qual nos congratulámos e pretendemos manter.





GRÁFICO 14: SATISFAÇÃO DE UTENTES - AMOSTRA 143

Tendência da Satisfação dos Utentes

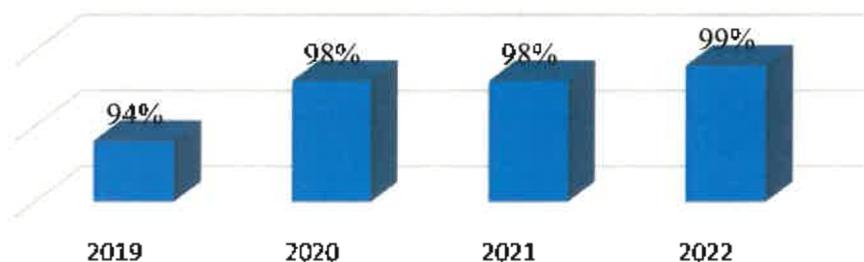


GRÁFICO 15: TENDÊNCIA DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Utentes Apoio Domiciliário

A avaliação da satisfação do utente do Apoio Domiciliário é 100% positiva, salientamos que esta avaliação se situa, na sua totalidade, no nível “Bom” e “Muito Bom”.



SATISFAÇÃO UTENTES APOIO DOMICILIÁRIO

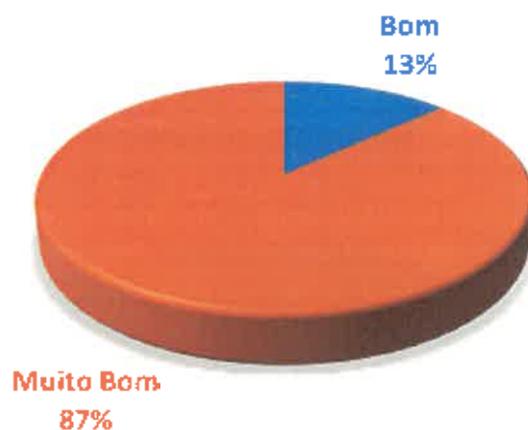


GRÁFICO 16: SATISFAÇÃO UTENTES APOIO DOMICILIÁRIO- AMOSTRA 15

Tendência Satisfação global Utentes Apoio Domiciliário

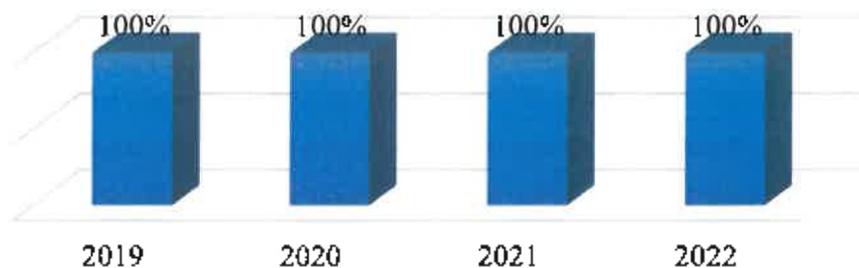


GRÁFICO 17: TENDÊNCIA SATISFAÇÃO GLOBAL UTENTES APOIO DOMICILIÁRIO



Esta avaliação tem-se mantido no valor máximo pelo quarto ano consecutivo.



GRÁFICO 18: SATISFAÇÃO CUIDADORES – AMOSTRA 63

A avaliação da Satisfação dos Cuidadores foi 98% positiva, igualando o resultado alcançado no ano passado, consideramos que a satisfação dos cuidadores se mantém em valores muito elevados. A satisfação das famílias é um fator crucial na prestação de serviços de saúde, representa a confiança e a aprovação dos cuidados recebidos por parte dos pacientes e da própria família no contacto com a instituição. O resultado obtido demonstra o esforço que a CSSJD-B desenvolve para que exista uma forte ligação com os cuidadores, promovendo o seu envolvimento e participação nas dinâmicas Institucionais, assim como na transmissão de informação fidedigna sobre a condição dos pacientes.

Famílias satisfeitas tendem a ter uma perceção positiva em relação à instituição de saúde, o que pode influenciar a perspetiva dos próprios utentes e a recomendação da instituição a outras pessoas.

Reconhecemos a importância de manter um alto padrão de satisfação dos cuidadores e continuaremos a investir em políticas e práticas que visem garantir a qualidade do atendimento, mantendo o compromisso em ouvir as suas opiniões, necessidades e expectativas, e em promover ações concretas para aprimorar a sua experiência no contacto com a CSSJD-B.



Tendência da Satisfação dos Cuidadores

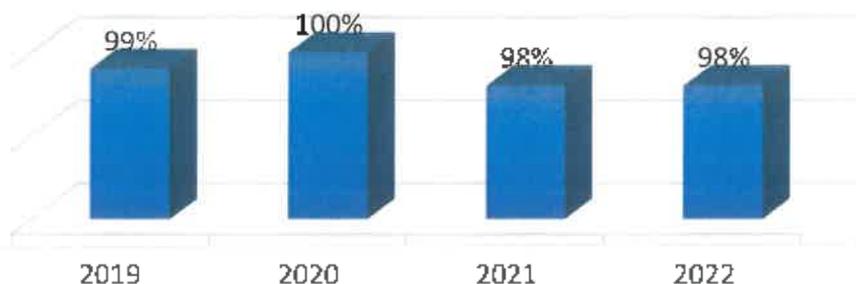


GRÁFICO 19 TENDÊNCIA DA SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES

Voluntários SATISFAÇÃO GLOBAL VOLUNTÁRIOS

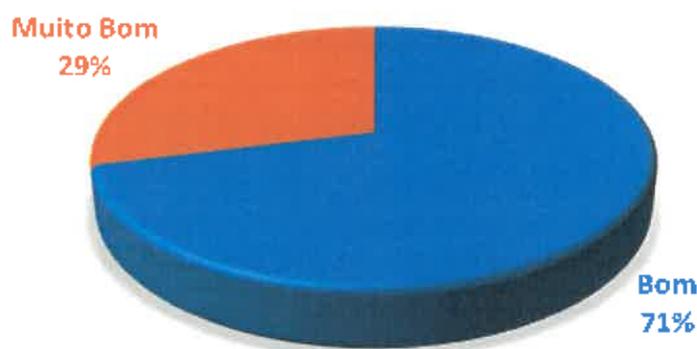


GRÁFICO 20: SATISFAÇÃO GLOBAL VOLUNTÁRIOS- AMOSTRA B

A avaliação da satisfação dos Voluntários foi 100% positiva, sendo que se situa no nível “Bom” e “Muito Bom”.

Tendência Satisfação Voluntários



GRÁFICO 21: TENDÊNCIA DA SATISFAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS



A tendência tem-se vindo a manter no valor máximo. Este resultado dá corpo à gestão de proximidade mantida com os voluntários, que são considerados como uma parte integrante do dia-a-dia da organização, contribuindo para o bem-estar dos utentes, a sua participação e colaboração nas diferentes dinâmicas institucionais é promovida e considerada uma mais-valia.

Parceiros

SATISFAÇÃO GLOBAL PARCEIROS



GRÁFICO 22: SATISFAÇÃO GLOBAL PARCEIROS- AMOSTRA 12

A avaliação global da satisfação dos Parceiros foi 100% positiva. Destaca-se que todos os parceiros avaliam a parceria entre o nível "Bom" e o "Muito Bom", um claro sinal de um relacionamento sólido e produtivo. Estes resultados são fruto do trabalho conjunto e da boa colaboração entre a CSSJD-B e os seus parceiros, que têm sido fundamentais para alcançarmos as metas propostas e os nossos objetivos estratégicos. Acreditamos que esta sinergia é um dos pilares do nosso sucesso e estamos comprometidos em mantê-la em constante evolução. Valorizamos a confiança depositada pelos nossos parceiros na instituição, e reconhecemos a importância de ouvir as suas opiniões, necessidades e expectativas, para desta forma, melhorarmos continuamente os nossos serviços e aprimorarmos o nosso desempenho. O feedback recebido dos nossos parceiros tem sido essencial para identificarmos oportunidades de melhoria e implementarmos ações corretivas e preventivas.



Tendência Satisfação Global Parceiros

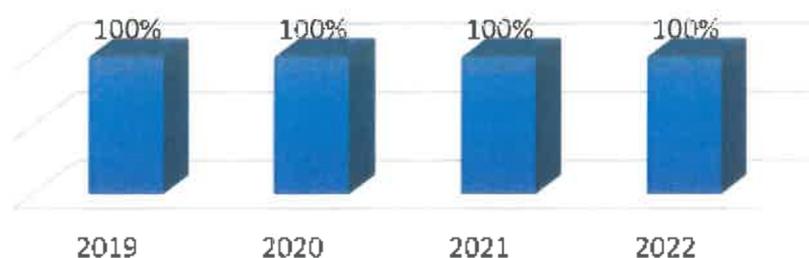


GRÁFICO 2.3: TENDÊNCIA SATISFAÇÃO GLOBAL DE PARCEIROS

A tendência dos últimos quatro anos encontra-se no valor máximo.

Avaliação das Parcerias



GRÁFICO 2.4: AVALIAÇÃO DE PARCERIAS-AMOSTRA ZB

O valor acrescentado das parcerias foi 82%> = *de acordo com o esperado*. Representa uma subida em relação ao valor alcançado em 2021 de 10%. As parcerias foram sendo retomadas progressivamente, depois de muitas delas terem ficado inativas durante a pandemia COVID-19. Esperamos que esta tendência de subida se mantenha no próximo ano, com o completo retomar de todas as parcerias, evidenciando ainda mais o entendimento, que as parcerias habitualmente desenvolvidas, representam para a organização e para os utentes uma mais-



valia para a promoção da sua QV, procurando assegurar um acréscimo de intervenções que vá além das proporcionadas pelas respostas intrainstitucionais, promovendo uma articulação com outras instituições e com a comunidade para esse efeito.

Tendência Avaliação das Parcerias

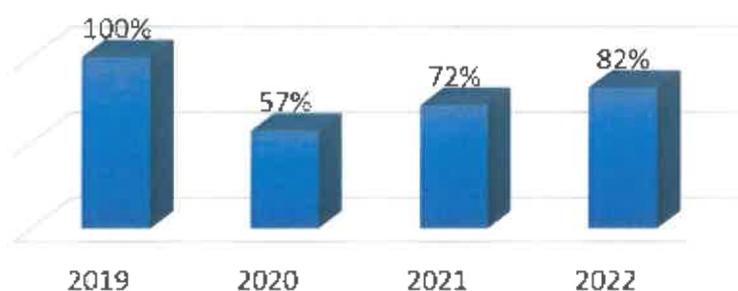


GRÁFICO 25: TENDÊNCIA AVALIAÇÃO DAS PARCERIAS

Fornecedores

SATISFAÇÃO GLOBAL FORNECEDORES

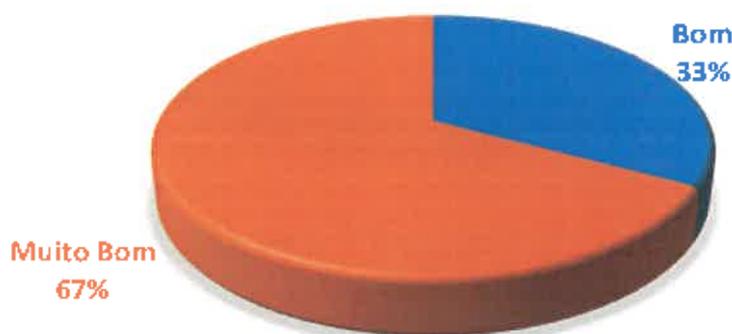


GRÁFICO 26: SATISFAÇÃO GLOBAL FORNECEDORES- AMOSTRA 9

A avaliação da satisfação dos Fornecedores foi 100% positiva, de salientar que esta avaliação se situa entre o "Bom" e o "Muito Bom". A tendência tem-se vindo a manter no valor máximo. Estes resultados positivos são reflexo do nosso compromisso em estabelecer relacionamentos de confiança e transparência com os nossos fornecedores, baseados na qualidade,



confiabilidade e cumprimento de prazos. Valorizamos a relação com os nossos fornecedores e reconhecemos a importância de manter um diálogo aberto, ouvir as suas necessidades e expectativas, e trabalhar em conjunto para atender aos requisitos e desafios do contexto atual. Destacamos a importância dos nossos fornecedores para o sucesso institucional pela qualidade dos produtos e serviços que nos têm fornecido.

Tendência Satisfação Global Fornecedores

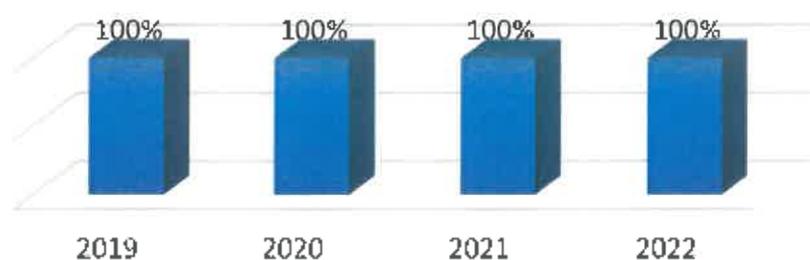


GRÁFICO 27: TENDÊNCIA SATISFAÇÃO GLOBAL FORNECEDORES

Avaliação Global dos Fornecedores

A avaliação dos Fornecedores foi 100% positiva, validando a boa sinergia existentes entre ambas as partes. A tendência tem-se vindo a manter no valor máximo.

Tendência Avaliação Global Fornecedores

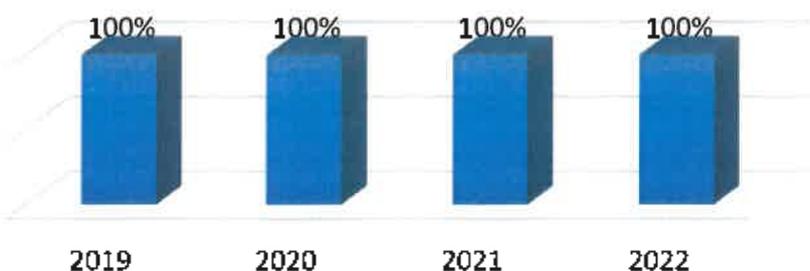


GRÁFICO 28: TENDÊNCIA AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES- AMOSTRA 8



2.2 Elogios recebidos

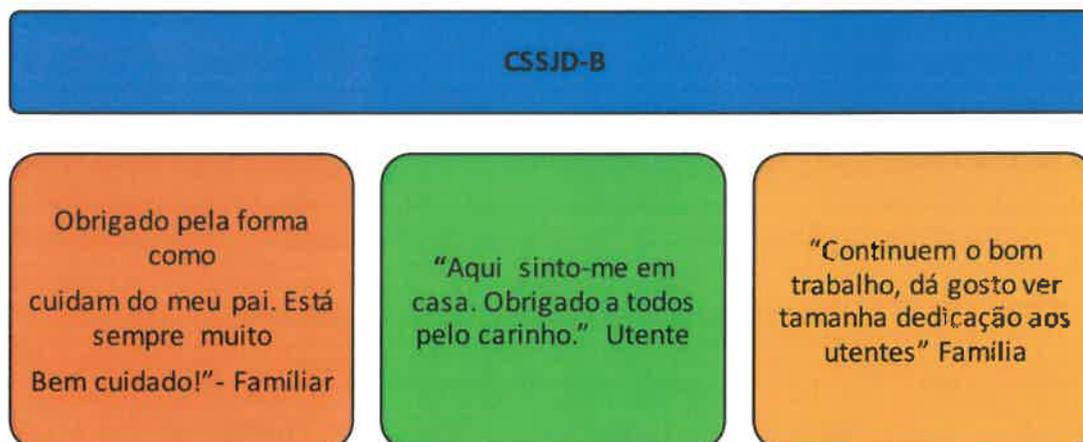


TABELA 2: ELOGIOS RECEBIDOS

3. Análise dos processos-chaves

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_01 Gestão (Critérios 38)	Taxa de eficácia das medidas resultantes das fichas de melhoria fechadas	95%	100%
	Taxa de concretização dos projetos de melhoria	95%	90%
	% de Utentes internados que recomendariam a Instituição	87%	89%
	% de colaboradores com avaliação >= suficiente na comunicação com a hierarquia	95%	94%
	% de Stakeholders com avaliação global igual ou superior a "bom"	95%	100%
	% de Cuidadores/Famílias com avaliação global de satisfação >= "bom"	95%	92%



	Valor acrescentado das parcerias (>= de acordo com o esperado)	95%	82%
	Taxa de Sucesso da Política da Qualidade	85%	82%
	Nº de melhorias decorrentes de atividades de Benchmarking/learning.	8	18

TABELA 3: RESULTADOS PQ_ 01 GESTÃO

O indicador *Valor acrescentado das parcerias (>= de acordo com o esperado)* não foi atingido, a análise deste resultado já foi efetuada anteriormente neste documento.

Os resultados obtidos na avaliação da satisfação das partes interessadas são positivos, apesar de dois indicadores não terem atingido as metas definidas, os resultados apurados situam-se muito perto das mesmas, sendo por isso, considerados valorizáveis e representativos de boas práticas.

Parte dos projetos de melhoria institucionais estiveram dirigidos ao Benchmarking/Benchmarking, alguns destes projetos viram o seu prazo de duração ser aumentado, para que desta forma, respondessem melhor aos objetivos propostos e aos constrangimentos verificados na articulação com algumas organizações pelo contexto epidemiológico existente em 2021. Todos foram concluídos durante o ano de 2022. O resultado de 90% no indicador *Taxa de concretização dos projetos de melhoria* é considerado demonstrativo do empenho institucional na procura da melhoria e inovação das práticas instituídas na CSSJD-B, mesmo não tendo atingido a meta proposta de 95%.

O indicador *Taxa de eficácia das medidas resultantes das fichas de melhoria fechadas* teve o resultado de 100%. Destacam-se neste resultado as Fichas de Melhoria (FM) que derivam das não conformidades ou oportunidades de melhoria detetadas no Relatório Segurança e Higiene no Trabalho (RSHT) e da Auditoria Externa EQUASS 2018, todas as intervenções previstas para o ano de 2022 foram eficazes.

O resultado do indicador *Taxa de Sucesso da Política da Qualidade* será analisado na conclusão deste documento.



Tendo em conta a avaliação qualitativa e quantitativa dos resultados, é um Processo que avaliamos com sucesso.

Processo	Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sat	Out	Nov	Dez
PQ_02 GAF (Critérios 38, 42)	N.º de dias entre a faturação mensal (EFR) e a data limite	0	-1	-6	-5	-5	-4	-4	-7	-4	2	-2	-4	-4
	N.º de dias de faturação particular mensal (utentes/famílias) e a data limite	0	-8	-14	-11	-9	-12	-11	-9	-11	-8	-10	-11	0

TABELA 4: RESULTADOS PQ_02 GAF

Conforme podemos verificar, no processo GAF, as metas foram atingidas muito além das definidas, demonstrando mais uma vez a eficiência do processo.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_03 Gestão	% de colaboradores com avaliação de desempenho igual ou superior a "Satisfaz" ou "satisfatório"	95%	95%
	% de colaboradores com avaliação de satisfação igual ou superior a "suficiente"	95%	94%



de Pessoas (Critério s 07, 09, 10, 12, 38)	% de projetos de voluntariado com avaliação média igual ou superior a suficiente	95%	100%
	% de Colaboradores com Fichas de Desenvolvimento >= "De Acordo com o Esperado"	95%	100%
	% de voluntários com avaliação de satisfação igual ou superior a "suficiente"	95%	100%

TABELA 5: RESULTADOS PQ_ 03 GESTÃO DE PESSOAS

Todos os indicadores foram atingidos à exceção do indicador *% de colaboradores com avaliação de satisfação igual ou superior a "suficiente"* cujo resultado ficou 1% abaixo da meta definida, no entanto, consideramos este valor demonstrativo de um elevado grau de satisfação por parte dos colaboradores. A Segurança e Higiene no Trabalho é um ponto fundamental na satisfação dos intervenientes, sendo por isso de enorme importância a monitorização do RSHT. Foi realizada para cada Não Conformidade ou Oportunidade de Melhoria detetada no RSHT, uma FM de forma a serem realizadas as respetivas correções e/ou ações corretivas.

Relativamente à motivação dos Colaboradores encontra-se com uma avaliação média de 5.82 (numa escala de 0-6) definida nas Avaliações de Desempenho. Na questão "2.6 Motivação", espelhada no Inquérito de Satisfação dos Colaboradores, a mesmo teve um resultado de 87%. São valores deveras satisfatório, materializando o compromisso de "fazer bem o bem" tal como se encontra definido na missão do ISJD

Verifica-se que a avaliação do desempenho dos colaboradores da CSSJD-B está num nível muito elevado, evidenciando que os colaboradores possuem competências e capacidades para a promoção da QV dos utentes.

A satisfação dos voluntários manteve-se igual ao ano anterior, com uma avaliação global 100% positiva, assim como o resultado do indicador *% de projetos de voluntariado com avaliação média igual ou superior a suficiente*, foi o valor máximo.



A política de Recrutamento e Retenção foi respeitada e cumprida ao longo do ano sendo avaliada com sucesso, é de realçar que todo o recrutamento foi balizado pelo procedimento em causa, não necessitando o mesmo de ser atualizado.

Tendo em conta esses resultados podemos dizer que o Processo Gestão de Pessoas obteve sucesso e esse mesmo sucesso é fruto de um verdadeiro trabalho de equipa multidisciplinar e que soube nos momentos mais difíceis provar a sua polivalência e solidariedade entre os sectores.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_05 Gestão de Recursos (Critérios 21, 38)	% de fornecedores com avaliação de desempenho igual ou superior a "Satisfaz"	95%	100%
	% de Fornecedores com avaliação global de satisfação igual ou superior a "suficiente"	95%	100%
	% de fornecedores com avaliação >= Bom na facilidade de contacto c/ a Instituição	95%	100%
	N.º de Ocorrências com Fornecedores	0	0

TABELA 6: RESULTADOS PQ_05 GESTÃO DE RECURSOS

Pode-se verificar, pelos resultados atingidos, que a relação com os Fornecedores é positiva e com elevado grau de satisfação. Todos os indicadores foram atingidos, sendo destacada uma avaliação 100% positiva. Ao longo de 2022 não existiram ocorrências com fornecedores.

Processo	Indicador	Meta	Resultado
----------	-----------	------	-----------



PQ_06 Gestão de Medicamento s e DM(Critérios 38)	(Valor semestral médio de aquisição de MDM destruídos / Valor do stock médio de MDM) *100	0.1%	0.1%
---	---	------	------

TABELA 7: RESULTADOS PQ_06 GESTÃO DE MEDICAMENTO

Em relação ao processo chave Gestão de Medicamentos e Dispositivos Médicos, a meta foi atingida. É de referir que existe uma grande articulação e esforço entre os colaboradores do AMDM e das unidades para que se verifique uma diminuição das situações de destruição de medicamentos e dispositivos médicos, por fim do seu prazo de validade. Pode-se afirmar que o Processo-Chave em causa, é avaliado positivamente, demonstrando a eficiência do mesmo.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_12 Gestão da Formação(Crit érios 38)	% Colaboradores com formação em identidade institucional	60%	21%
	% de formandos com aproveitamento	95%	100%
	Nº Médio de Horas de formação por colaborador	40	26.9
	% de formandos com avaliação global de satisfação >= a "suficiente"	95%	100%

TABELA 8: RESULTADOS PQ_12 GESTÃO DA FORMAÇÃO



No processo em causa 50% dos indicadores foram atingidos. O “Nº de Médias de Hora de formação por colaborador” ficou aquém da meta estipulada. É um resultado enquadrado nos resultados anteriores e que ao longo de 2023 iremos tentar implementar estratégias (formação online, formações externas, etc.) de forma a aumentar esse resultado. Outro indicador que ficou aquém foi o “% Colaboradores com formação em identidade institucional”, foi um indicador que sofreu uma alteração de inputs (as temáticas que alimentavam esses indicadores eram mais abrangentes), iremos aguardar os resultados do ano 2023 de forma a perceber se teremos que modificar a meta ou sugerir/refletir (a nível da Sede) o modo de “alimentar” este indicador.

É de realçar que as formações realizadas o aproveitamento e satisfação dos formandos foi de 100%. Outro valor bastante satisfatório (explorado no “relatório Anual da Formação”) foi o “% de Colaboradores abrangidos” com o resultado de 94%.

Ano: 2022		Estabelecimento: ISJD - Casa de Saúde de São João de Deus - Barcelos	
Avaliação do Impacto do Plano Anual de Formação			
Indicadores	Meta	Resultado	
% colaboradores com avaliação de satisfação positiva na formação ministrada (D_11_08_V02)	>= 90%	99,86%	
Avaliação de impacto positiva na ação de formação “Suporte Básico de Vida”	>= 80%	100%	
% de formandos com aproveitamento >= Suficiente em ações com avaliação	>= 80%	100%	
% de utentes com avaliação de satisfação >= suficiente no item «Qualidade das intervenções prestadas» (R_01_12_V09)	>= 90%	100%	
Nota qualitativa da 1.ª avaliação de desempenho realizada após a admissão.	>= “Expectável”	100%	
Taxa de Concretização (% de indicadores atingidos)		100%	

TABELA 9: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PLANO ANUAL DE FORMAÇÃO

A Taxa de Impacto do Plano Anual de Formação foi de 100%, é um valor que nos satisfaz.

Dessa forma consideramos que o Plano de Formação de 2022 (com um volume de horas total de 3906 – Anexo II) teve sucesso.

Tendo em conta o exposto, evidencia-se um Plano de Formação que vai ao encontro do levantamento de necessidades de formação dos colaboradores.



Analisando tudo o acima exposto, pode-se concluir que existiu eficácia nas atividades formativas e que o desempenho do Processo-Chave foi positivo.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_14 Psicogeriatría Crterios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de objetivos Alcanados PII	85%	85%
	% de concretização do PII	85%	85%
	Avaliação média das expectativas PII	9	9
	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	95%	100%
	% de utentes que mantêm ou melhoram o Equilíbrio	85%	97%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a inclusão Social	80%	81%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	75%	76%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	70%	73%
	% de utentes que participam em atividades de referncia da Unidade	95%	100%
% de utentes com resposta positiva na questão "No âmbito do internamento considera que	80%	100%	



	tem oportunidade de fazer escolhas e tomar decisões”		
	Taxa de Prevalência de Quedas	<15%	19%

TABELA 10: RESULTADOS PQ_14 PSICOGERIATRIA

Relativamente aos indicadores que permitem avaliar o desempenho do PQ_14 Psicogeriatría presente na Unidade Irmão Elias Almeida, os resultados demonstram que, em 2022, todas as metas foram atingidas à exceção da “Taxa de Prevalência de Quedas”, onde se obteve um resultado de 19% (8 quedas) numa meta definida de $\leq 15\%$.

Quando fazemos a comparação destes dados com os anos anteriores verificamos que:

Taxa de Prevalência de Quedas	2019		2020		2021		2022		2023	
	Meta	R	Meta	R	Meta	R	Meta	R	Meta	
	25%	56%	25%	21%	25%	16%	15%	19%	15%	

TABELA 11: TAXA DE PREVALÊNCIA DE QUEDAS PQ_14

Assim, embora a meta definida até 2021 fosse de 25%, observa-se que houve uma redução de quedas ao longo dos anos: 2019 – total de 19 quedas (56%) em 30 utentes assistidos; 2020 - total de 7 quedas (21%) em 38 utentes abrangidos; 2021 – ano em que ocorreu o menor nº de quedas, com 3 quedas (16%) em 31 utentes abrangidos. Apesar do decréscimo entre 2019 e 2020, e numa lógica de melhoria contínua, desenvolveu-se, em articulação com a Casa de Saúde do Telhal o projeto de benchlearning “Quedas em Psicogeriatría”. Deste projeto, que decorreu em 2021 e 2022, surgiram as seguintes acções concretas:

- Aquisição de sapatos antiderrapantes;
- Criação de uma sinalética personalizada, que foi afixada nos locais identificados como de maior risco para a ocorrência de queda no espaço físico da unidade;
- Exploração da temática das quedas em Reunião Comunitária, com os utentes, e Multidisciplinar, com a equipa, sobre a temática das quedas;



- Elaboração de um póster contendo a informação mais relevante sob a temática das quedas, que foi afixado no placard informativo da unidade.

Associou-se também esta diminuição do nº de quedas em 2021 ao facto de ter sido um ano atípico, em plena época de pandemia por Sars-Cov-19, os utentes estavam restritos à unidade e divididos em 2 grupos, o que facilitava uma maior supervisão dos mesmos.

Promoção da Autonomia/Empowerment

Os indicadores associados à promoção da Autonomia foram todos atingidos, podendo afirmar que a Promoção do Empowerment/Autonomia se considera com Sucesso.

Indicador	Meta	Resultado
% de utentes que mantêm ou melhoram a Capacidade Cognitiva (escala ACE-R)	70%	73%
% de respostas SIM na questão 11 do Questionário de Satisfação do Utente: "No âmbito do internamento, considera que tem oportunidade de fazer escolhas e tomar decisões?"	80%	100%
Avaliação média das expectativas no PII	9,0	9,0
Sucesso na Promoção da Autonomia/Empowerment	POSITIVO	
Nota: Para afirmar que houve Sucesso é necessário que sejam atingidos 50% das metas		

TABELA 12: AVALIAÇÃO DO EMPOWERMENT/AUTONOMIA PQ_14

PROMOÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL

Tendo em conta os dados abaixo apresentados podemos afirmar que a Promoção da IS teve Sucesso.

Indicador	Meta	Resultado
% de utentes que participaram em atividades de referência da Unidade	95%	100%
% de utentes que mantêm ou melhoram a dimensão Inclusão Social na escala Gencat (pontuação direta)	80%	81%



Nota: Para afirmar que houve Sucesso é necessário que sejam atingidos 50% das metas

TABELA 13: AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL PQ_14

Os restantes indicadores foram atingidos comprovando uma boa adequação entre as intervenções desenvolvidas e as metas estabelecidas. É de destacar o bom resultado obtido no indicador da QV, todas as atividades desenvolvidas no seio da equipa multidisciplinar contribuíram de forma decisiva para o atingimento desta meta, melhorando em 6% o resultado obtido em 2021.

Pelo exposto considera-se bem-sucedida a implementação do PQ_14 Psicogeriatrica na Unidade Irmão Elias Almeida.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_16	% de objetivos totalmente alcançados PII	85%	92%
Saúde Mental	% de concretização do PII	85%	93%
	Avaliação média das expectativas PII	8	9
Longo Internamento	% de utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	85%	95%
Apoio Máximo Critérios	% utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	91%	85%
05, 29, 30, 31, 32, 33,	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	85%	82%



34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	80%	89%
	% de utentes que participaram em atividades de referência da Unidade	95%	92%
	Taxa da Prevalência de Quedas	<10%	12%

TABELA 14: RESULTADOS PQ_16 APOIO MÁXIMO

Os resultados apresentados no âmbito do Processo Saúde Mental - Longo Internamento - Apoio Máximo (PQ-16) decorrem da atividade das Unidades S. Ricardo Pampuri e S. João Grande. Em ambas as Unidades é realizada uma avaliação dos resultados individualizada de forma a que surjam oportunidades de melhoria e estratégias adequadas ao contexto específico.

Podemos verificar que na avaliação dos resultados integrados das duas Unidades, 4 indicadores não foram atingidos, obtendo, no entanto, valores que as equipas consideram bastante significativos. Em relação ao indicador da QV o mesmo não foi atingido por um diferencial de 3%, em parte explicado pelo aparecimento de doenças súbitas em alguns utentes mais idosos. O resultado obtido considera-se globalmente demonstrativo de uma intervenção orientada para a promoção do bem-estar dos utentes, que se assume como basilar no dia-a-dia das Unidades.

Promoção da Inclusão Social (IS)

Indicador	Meta	Resultado
% de utentes que participaram em atividades de referência da Unidade	95%	92%
% de utentes que mantêm ou melhoram a dimensão Inclusão Social na escala Gencat (pontuação direta)	91%	85%



Sucesso na Promoção da Inclusão Social

NEGATIVO

Nota: Para afirmar que houve Sucesso é necessário que sejam atingidos 50% das metas

TABELA 15: AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL PQ-16

O indicador “% utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social” não foi atingido apesar da participação dos utentes em várias atividades na comunidade, o resultado de 85% é considerado positivo pelas equipas, merecendo, no entanto, uma reflexão sobre a possibilidade de melhoria nas intervenções delineadas para o ano de 2023. A meta estabelecida de 91% é considerada demasiado elevada, tendo sido já ajustada para 2023, dada a tipologia da população.

O indicador “Taxa de Prevalência de Quedas” não foi atingido, mas regista uma melhoria em relação aos resultados obtidos em anos anteriores, tem existido um grande investimento nesta área, desde ações de Benchlearning com outras instituições de saúde, ações formativas, uniformização de registo e procedimentos associados à temática e discussão em contexto de reuniões da equipa multidisciplinar. A condição psicopatológica associado a alguns antecedentes pessoais de doença crónica, explicam em parte, as quedas ocorridas. A equipa encontra-se motivada para a melhoria destes resultados.

O indicador da Autonomia foi claramente atingido, demonstrando o investimento que esta área major de intervenção, mereceu por parte da equipa multidisciplinar.

Os indicadores referentes ao Plano Individual de Intervenção (PII) foram atingidos, corroborando a conceção de PII's adequado às expetativas e capacidades dos utentes.

As equipas congratulam-se com o resultado expressivo no indicador de satisfação dos utentes, sinal de que existe uma perceção clara sobre a mais valia dos cuidados prestados assim como a todo o investimento de humanização subjacente aos mesmos. A relação empática e de proximidade promovida pelas equipas fica evidenciada.

Atendendo ao exposto considera-se a implementação do Processo Saúde Mental - Longo Internamento - Apoio Máximo (PQ-16) bem-sucedido.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
----------	-----------	------	------------



PQ_17 Saúde Mental	% de objetivos totalmente alcançados PII	88%	89%
	% de concretização do PII	87%	88%
	Avaliação média das expectativas PII	8	8
Longo intername nto	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	90%	84%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	90%	97%
Apoio Moderado	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	85%	97%
Critérios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	85%	94%

TABELA 16: RESULTADOS PQ_17 APOIO MODERADO

Em 2022, o Processo PQ_17 Saúde Mental Longo Internamento Apoio Moderado atingiu e superou a maioria das metas propostas, à exceção da definida para o indicador % de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom". A meta definida foi de 90%, tendo o resultado apurado ficado nos 84%. A equipa considera que para estes resultados terão contribuído as alterações realizadas às rotinas dos utentes e da própria Unidade devidos às restrições imposta pelo contexto pandémico, com impacto direto em algumas escolhas que até então eram autonomamente realizadas. Será ainda de considerar que no final do ano integraram a Unidade alguns utentes, que tinham como expectativa voltar ao domicílio e que têm demonstrado alguma dificuldade na adaptação a esta nova realidade, o que certamente se reflete na avaliação do contexto. Será ainda de considerar as questões relacionadas com a qualidade das instalações. Atendendo aos motivos elencados, a equipa considera, no entanto, que o resultado apurado é satisfatório.



Os resultados relativos à Promoção da QV, Inclusão Social e Autonomia/Empowerment demonstram que as estratégias desenvolvidas têm vindo a ser bem-sucedidas, uma vez que as metas propostas, embora já elevadas, foram atingidas e até ultrapassadas, situando-se sempre acima dos 90%. Mesmo em momentos em que os utentes se mantinham mais isolados por questões epidemiológicas, a equipa encontrou formas de promover a QV, dinamizando momentos muito valorizados por todos, como a encomenda de comida do exterior. A Inclusão Social foi também conseguida com a dinamização de atividades de grupo no exterior, que foram propostas pelos utentes e orientadas pela equipa. Consideram-se por isso que os resultados apurados são muito satisfatórios.

Quando realizada uma análise comparativa aos resultados dos últimos três anos percebe-se que este é um processo que tem vindo a produzir resultados consistentemente positivos. Os indicadores que menos parecem oscilar são os relativos à concretização dos PII's dos utentes e à promoção do empowerment, verificando-se uma homogeneidade nos resultados ao longo do tempo. Ao nível da QV e Inclusão Social, percebe-se o impacto da Covid-19, nos resultados de 2020, contudo nos anos seguintes verifica-se uma franca recuperação, demonstrando a eficácia das estratégias desenvolvidas para contornar o isolamento inicial. Os resultados relativos à satisfação têm vindo a diminuir ao longo dos últimos, sendo necessário uma análise mais profunda da equipa em conjunto com os utentes para definir medidas efetivas para o aumento da satisfação, no entanto tal como referido anteriormente a equipa considera os resultados, ainda assim, positivos. Esta temática será abordada com particular atenção nas próximas reuniões comunitárias.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_21	% de objetivos totalmente alcançados PII	80%	75%
Reabilitação Psicossocial-CCISM	% de concretização do PI	80%	78%
Critérios 05, 29, 30, 31, 32	Avaliação média das expectativas PII	8	8
	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	90%	78%



33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	91%	100%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	75%	60%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	80%	82%

TABELA 17: RESULTADOS PQ_21 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL CCISM

Analisando os resultados dos indicadores do Processo PQ_21 Reabilitação Psicossocial CCISM, constata-se que, em 2022, este não foi bem-sucedido, com quatro dos sete indicadores a não serem atingidos.

Realizada uma análise comparativa aos resultados dos últimos três anos percebe-se que este é um processo que tem vindo a demonstrar uma tendência ascendente em quatro destes indicadores, nomeadamente: % de objetivos totalmente alcançados PII; % de concretização dos PII; % de utentes que mantêm ou melhoram a Inclusão social e % de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment. Ainda assim, a melhoria verificada, embora muito próxima da meta definida, não foi a suficiente para a atingir, nos indicadores relativos à Execução dos PII's. Para esta situação contribuem, como já referido, a inclusão, na maioria dos PII's, de questões sociais, como o conseguir emprego ou uma habitação, que apesar dos esforços da equipa e utentes, não se têm vindo a concretizar.

Há, contudo, três indicadores de processo que quebraram a tendência dos restantes, apresentando resultados inferiores aos últimos dois anos, sendo eles: Avaliação média das expectativas PII; % de Utentes internados com avaliação de global de satisfação igual ou superior a "bom"; % de utentes que mantêm ou melhoram a QV. A equipa considera essencial refletir sobre os motivos que contribuem para esta situação. Prendem-se maioritariamente com: maior reatividade ao tempo limite de permanência na RA; a falta de respostas sociais que facilitem a alta com transição segura para a comunidade, causando estados de maior ansiedade e frustração; ausência de critérios para a permanência na RA e o surgimento de algumas situações de saúde física com impacto na QV. Considerando a QV central na intervenção com o utente, a equipa encontra-se claramente insatisfeita com os resultados apurados. Com vista a



tentar solucionar algumas das questões que têm tido impacto na percepção de QV, na avaliação das expectativas, bem como na satisfação dos utentes, a equipa já reuniu com elementos da ECL, IEFP e Município. Esta reunião teve como objetivo expor a situação social dos utentes com potencial para a alta, que se vêm limitados, por ausência de recursos ou suporte social, para a concretizarem. Por outro lado, há três situações sinalizadas para transição, para respostas com maior nível de supervisão, demonstrando a inadequação da sua permanência na RA, com impacto também nos resultados apurados. A equipa propõe ainda o acompanhamento mais próximos destas avaliações, com vista ao esclarecimento de dúvidas e o desfasamento dos momentos de avaliação, de forma a que a aplicação das escalas e término do tempo de permanência não coincidam.

Os resultados relativos à Promoção da Inclusão Social e Autonomia/Empowerment foram atingidos de forma expressiva, demonstrando um crescimento efetivo, face a anos anteriores. Neste sentido, a equipa considera manter as estratégias que levaram ao atingimento destes resultados, nomeadamente a criação de momentos de suporte ao desenvolvimento ou consolidação de competências, e a facilitação do acesso a atividades na comunidade como foi o caso das formações profissionais nos quais alguns utentes se inscreveram.

Considerando a necessidade de continuar a explorar estratégias que possam influenciar positivamente os resultados dos indicadores propostos para 2023, propõe-se ainda assim um ajuste às metas definidas para estes indicadores de processo.

Processo	Indicadores de Processos	Metas	Resultados
PQ_24 Equipa de Apoio Domiciliário em SM Critérios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de objetivos totalmente alcançados PII	93,0%	89%
	% de concretização dos PII	93%	92%
	Avaliação média das expectativas PII	9	9
	% de beneficiários/as com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	95%	100%
	% de beneficiários/as que mantêm ou melhoram a inclusão social	95%	97%



% de beneficiários/as que mantêm ou melhoram a QV	92%	100%
% de beneficiários/as que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment	95%	97%
% de beneficiários/as que mantêm ou melhoram o bem-estar	80%	88%
% de cuidadores que mantêm ou diminuem a sobrecarga	90%	100%

TABELA 18: RESULTADOS PQ_24 EQUIPA DE APOIO DOMICILIÁRIO EM SAÚDE MENTAL

O processo PQ-24 - Equipa de Apoio Domiciliário em Saúde Mental é composto por 9 indicadores, em que 7 dos quais atingiram e até ultrapassaram as metas definidas, consideram-se o seu desempenho positivo. Há, porém, 2 que não foram totalmente atingidos, tendo ficado muito próximos da meta. Entre os indicadores que não atingiram a meta encontram-se % de objetivos totalmente alcançados PII e % de concretização dos PII.

Relativamente à Execução de PII, os resultados dizem respeito à avaliação final de 34 PII's, dos quais 3 beneficiários viram o PII avaliado sem a intervenção estar finalizada, 1 deles por alteração de residência, para fora dos concelhos de intervenção, e 2 por agudização com internamento e transferência para outra resposta, respetivamente. Nestes casos, a concretização dos PII's obteve resultados muito baixos, tendo sido, ainda assim, contabilizados os ganhos produzidos até ao momento do desligamento do CuiDando.

Realizando uma análise dos três últimos anos, a equipa considera que este processo tem vindo a apresentar resultados consistentemente elevados, demonstrando a sua maturidade e adequabilidade das estratégias utilizadas no desenvolvimento da intervenção com os beneficiários.

Relativamente à Promoção da QV, Inclusão Social e Autonomia/Empowerment, a equipa considera que os resultados expressam o sucesso da intervenção nestas áreas. A alteração das escalas de avaliação não parece ter tido impacto nos resultados, muito pelo contrário, parece realizar de forma mais fidedigna a avaliação destes construtos, revelando de forma eficaz os ganhos produzidos nas vidas dos beneficiários.



Ainda que a equipa se encontre globalmente satisfeita com os resultados apurados para o PQ-24, propõe-se o ajuste das metas relativos à concretização de PII para 2023.

4. Gestão de Sugestões, Reclamações e Fichas de Melhoria (Critérios 44)

As sugestões e reclamações são componentes cruciais de um SGQ, fornecendo feedback valioso para identificar oportunidades de melhoria, identificar problemas funcionais, aumentar a satisfação das partes interessadas ao constatarem que as suas opiniões são valorizadas e despoletam ações por parte da instituição e garantir a conformidade com os procedimentos instituídos. É fundamental estabelecer processos eficazes para a recolha, análise e ação sobre sugestões e reclamações, visando aprimorar continuamente a qualidade dos serviços e processos da organização.

4.1 Sugestões e Reclamações (Critérios 14, 17)

No ano de 2022 foram registadas 219 sugestões, com uma taxa de eficácia das medidas adotadas de 100%.

Este número representa um aumento significativo em relação ao ano transato reforçando as práticas institucionais que visam permitir e estimular, o fácil acesso a mecanismos de elaboração de sugestões, às partes interessadas. Temos verificado que as reuniões das equipas multidisciplinares e a aplicação dos questionários de satisfação são os momentos, em que mais, os colaboradores materializam sugestões. Em relação aos utentes as reuniões comunitárias, desenvolvidas precisamente com o propósito de auscultar a opinião dos mesmos sobre as várias dinâmicas institucionais, são o momento mais profícuo de elaboração de sugestões. Estes contributos proporcionam oportunidades de melhoria valiosas para a CSSID-B. Tendo em conta o exposto consideramos que os procedimentos de gestão de sugestões e reclamações e consequente a gestão das não conformidades, ações corretivas e preventivas mantêm-se pertinentes e adequados, sendo a sua implementação vista com sucesso



Nº de Sugestões



GRÁFICO 29: NÚMERO DE SUGESTÕES

Proponente das sugestões

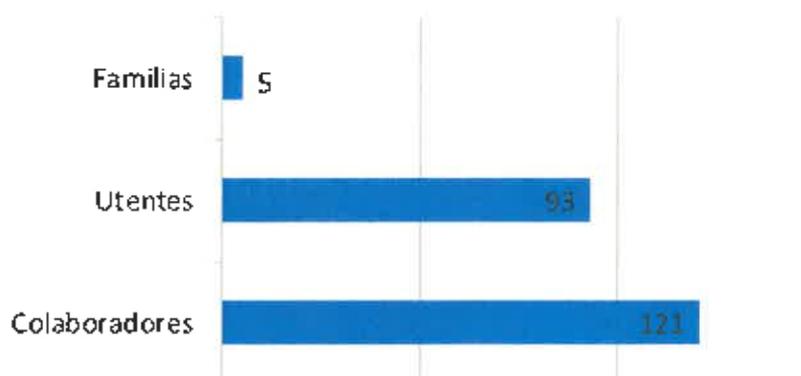


GRÁFICO 30: PROPONENTE DAS SUGESTÕES

Fonte das Sugestões

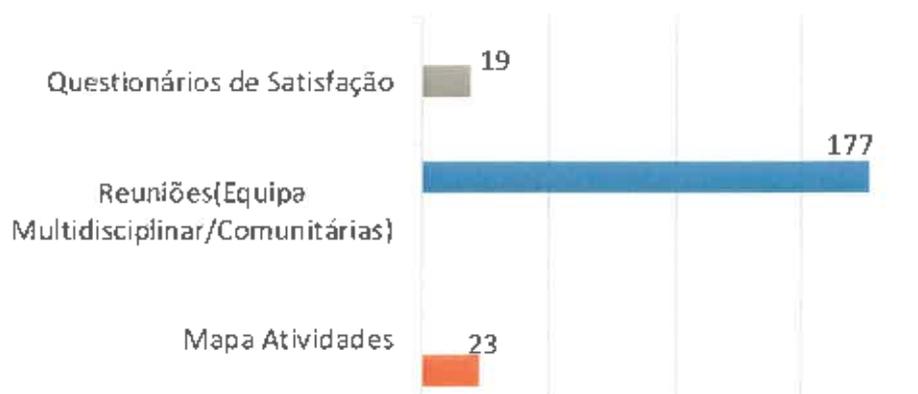


GRÁFICO 31: FONTE DAS SUGESTÕES



Não foram elaboradas Reclamações em 2022.

4.2 Fichas de Melhoria (Critérios 48)

Durante o ano de 2022 foram elaboradas 47 fichas de melhoria (FM).



TABELA 19: FICHAS DE MELHORIA

19 FM com data de verificação durante o ano de 2022 tiveram 100% de eficácia. 8 FM foram consideradas sem substância. As restantes serão avaliadas em 2023 e 2024.

4.3 Áreas de melhoria identificadas

Com base na análise das FM podemos concluir que as áreas de melhoria identificadas estão relacionadas fundamentalmente com:



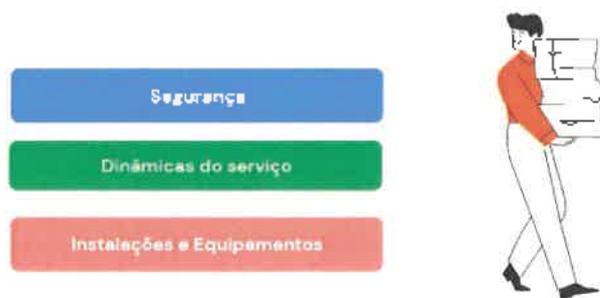


TABELA 20: ÁREAS DE MELHORIA IDENTIFICADAS

5. Políticas e Compromissos

5.1 Avaliação da política de prevenção de abusos e maus tratos (Critérios 13, 14, 16, 22, 23)

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DE ABUSOS E MAUS TRATOS

INDICADORES	META	RESULTADO
Taxa de eficácias das medidas preventivas	95%	100%
N.º de ocorrências de AMT P_03_14	0	1
Avaliação Positiva Q: respeito pelos seus direitos como pessoa humana?	> 95%	100%
Avaliação Positiva Q: foi tratado de forma diligente e respeitosa?	> 95%	94%

Nota: A política considera-se eficaz se forem atingidos 75% dos objetivos

TABELA 21: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DE ABUSOS E MAUS TRATOS

Esta política é abordada e bastante disseminada em reuniões de equipa e comunitárias, esclarecendo utentes e colaboradores sobre todos os aspetos que a mesma integra desde a clarificação dos conceitos de abusos e maus tratos, tipologias e formas de atuação na prevenção.

Entendemos que desta disseminação e alerta, principalmente aos colaboradores, resulta uma consciencialização e atenção muito positiva que pode ser verificada pela taxa de eficácia das medidas preventivas. Esta política é constantemente revista e discutida em sede do ISJD, pelo que se percebe a sua enorme importância e a seriedade com que é conduzida.



As equipas multidisciplinares estão sensibilizadas para as características e necessidades específicas de cada utente, sendo realizados planos de cuidados e intervenções que vão ao encontro das suas necessidades. É feita regularmente a gestão de camas, tendo em conta o potencial de abuso e maus tratos entre utentes.

Foram implementadas medidas de prevenção de abusos e maus tratos: avaliação do risco de queda e de úlceras de pressão; prevenção de queimaduras com a alimentação; alteração dos lugares no refeitório; mudança de quarto; cofre disponível para guarda de valores; gestão tabágica e monetária; gestão de conflitos; gestão ambiental; reuniões de avaliação dos serviços. O indicador “foi tratado de forma diligente e respeitosa?” do inquérito de satisfação dos utentes, ficou a 1% da meta definida pelo que se considera, ainda assim, um resultado bastante significativo.

Pelo exposto a avaliação desta política é considerada não eficaz, no entanto, considera-se que são bem-sucedidas as estratégias implementadas na CSSJD-B para promoção dos direitos dos utentes e prevenção de abusos e maus tratos sendo que a ocorrência de AMT, registada e tratada de forma efetiva, é disso evidência.

5.2 Avaliação da política de confidencialidade (Critérios 23)

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDADE

INDICADORES	META	RESULTADO
Avaliação Positiva Q: A confidencialidade no exercício das intervenções	> 95%	100%
Avaliação Positiva Q: privacidade	> 95%	98%
N.º de reclamações relacionadas com confidencialidade	<= 8 (1/Estabelecimento)	0

Nota: A política considera-se eficaz se forem atingidos 66% dos objetivos

TABELA 22: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDADE

Avaliação desta política é crucial para garantir a proteção dos dados dos utentes e manter a confiança dos mesmos nos procedimentos e processos existentes. Esta avaliação assume



especial importância pois permite identificar possíveis lacunas ou vulnerabilidades e a implementação de medidas adequadas para fortalecer a proteção dos dados e garantir o cumprimento das regulamentações e leis inerentes. A aplicação desta política é parte fundamental da gestão de informações e dados na CSSJD-B, especialmente junto dos colaboradores que lidam com informações sensíveis, como informações médicas, financeiras ou pessoais dos utentes.

Consideramos que a política de confidencialidade foi eficaz tendo sido alcançados 100% das metas estabelecidas.

O respeito pela confidencialidade e privacidade dos utentes continua a ser uma das áreas mais abordadas no seio das equipas multidisciplinares, pelo que este resultado nos deixa bastante satisfeitos e com a consciência que os superiores interesses dos utentes estão a ser salvaguardados.

5.3 Avaliação da política de ética e bem-estar (Critérios 18, 19)

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ÉTICA E BEM-ESTAR

INDICADORES	META	RESULTADO
Avaliação Positiva Q: A confidencialidade no exercício das intervenções	> 95%	100%
% de Utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment	>= 85%	87%
% de Colaboradores com avaliação de satisfação igual ou superior a "suficiente"	> 95%	94%
% de Cuidadores/Famílias com avaliação global de satisfação >= "bom"	> 98%	92%

Nota: A política considera-se eficaz se forem atingidos 75% dos objetivos.

TABELA 23: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ÉTICA E BEM-ESTAR

Esta política é essencial para garantir a integridade e a saúde organizacional, promovendo um ambiente de trabalho ético, saudável e produtivo, através de um conjunto de diretrizes cujo o objetivo é promover o comportamento ético e o bem-estar de todas as partes interessadas.



Foram atingidos 50% dos indicadores pelo que se conclui que a aplicação desta política não foi eficaz, considerámos, no entanto, que os resultados atingidos são muito significativos, situando-se muito perto das metas estabelecidas, validando os procedimentos e intervenções desenvolvidas na CSSJD-B. Somos de opinião que a meta do indicador “% de Cuidadores/Famílias com avaliação global de satisfação = “bom”” se mantém demasiado ambiciosa pois reflete uma avaliação = a “bom” muito perto da totalidade de toda a amostragem dos inquéritos de satisfação das famílias, o valor atingido de 92% manifesta uma avaliação muito significativa que valida em nossa opinião, a boa relação entre a Instituição e as famílias. O resultado obtido no indicador % de Colaboradores com avaliação de satisfação igual ou superior a “suficiente” é considerado positivo e evidência de um bom ambiente laboral. Destacamos o resultado obtido no indicador % de Utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment, de 87%, o que representa uma melhoria em relação ao ano anterior de 4%, atingindo assim, a meta estabelecida.

Os colaboradores da CSSJD-B conhecem e aplicam a Política de Ética e Bem-estar no cumprimento da sua atividade profissional considerando os princípios do Código de Ética do ISJD: respeito pelos direitos e dignidade da pessoa humana; direito à confidencialidade; consentimento informado; promoção da autonomia; respeito pela liberdade de consciência, incluindo liberdade religiosa. Pode-se afirmar que o Código de Ética do ISJD foi implementado e respeitado por todos com sucesso contribuindo para o bem-estar dos utentes e cuidadores. A CSSJD-B tem em **extrema consideração a promoção do bem-estar dos colaboradores**. São promovidas ações de formação no âmbito do desenvolvimento pessoal, promovendo também momentos de socialização entre os colaboradores (comemoração de datas festivas; team building).

5.4 Avaliação da política de participação (Critérios 15, 26, 27, 28, 30)

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO

	N	Resultado
Taxa de Planeamento (Elaboração plano de Atividades)	164/281	58%



Taxa de Prestação (Atividade Relevante)	301/319	94%
Taxa de Avaliação (Questionário de satisfação anual)	158/342	46%
Taxa de Participação dos Utentes (Média das Taxas)	66%	

TABELA 24: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO

Considera-se que os resultados alcançados são satisfatórios, uma vez que as taxas de planeamento e de avaliação são condicionadas pela condição clínica dos clientes e pela sua capacidade em participar. As estratégias desenvolvidas, para que cada vez um maior número de utentes participe no planeamento organizacional - com sugestões para melhoria dos serviços - e na avaliação da CSSJD-B, tem surtido efeito. Contribuindo os mesmos para o desenvolvimento organizacional e melhoria contínua.

A participação de cada utente no seu processo terapêutico individual tem sido abordada na implementação do seu PII, na fase de elaboração, monitorização (pelo feedback da avaliação intercalar) e avaliação final dos PII.

Aquando do preenchimento dos questionários de avaliação da satisfação do utente, a unidade e a instituição têm igualmente em conta as opiniões e sugestões de melhoria dos seus utentes. Realizam-se reuniões comunitárias que de uma forma direta ou indireta são medidas de participação no planeamento e avaliação dos serviços, nomeadamente: Reunião de Autodeterminação, Reunião de Qualidade de Vida e Reunião de Avaliação da Política da Confidencialidade e respetivos procedimentos.

A atividade relevante é o Almoço de Natal, momento de convívio bastante apreciado pelos utentes e que conta com uma grande adesão.

Podemos dizer que é fomentada de forma consistente a autonomia e autodeterminação dos utentes (tendo em conta as capacidades de cada um), dando-lhes oportunidade e incentivo para o envolvimento ativo nas atividades e planeamento dos serviços da CSSJD-B.



5.5 Avaliação da política de Reconhecimento e Envolvimento (Critérios 08,11)

A avaliação da política de reconhecimento e envolvimento do colaborador é uma parte fulcral da gestão de recursos humanos de uma organização. Reconhecer e envolver os colaboradores é essencial para manter a sua motivação, aumentar a produtividade e promover um ambiente de trabalho saudável e positivo. É fundamental que as organizações avaliem regularmente as suas práticas de Reconhecimento e Envolvimento, identificando oportunidades de melhoria e garantindo a efetividade dessas políticas na promoção do bem-estar e o compromisso dos colaboradores, isto é algo que a CSSJD-B tem feito de forma sistemática.

Em 2022 a atividade relevante considerada para medir o envolvimento dos colaboradores foi o jantar de Natal, que este ano contou com uma taxa de participação de 33%, este valor situa-se bastante abaixo da taxa de participação habitual, tal se deverá em grande parte a restrições consequentes ainda da pandemia COVID 19 que limitaram a participação no jantar apenas aos colaboradores e não, como habitualmente, aos seus familiares. Prevendo que em 2023 estes constrangimentos deixarão de existir, é de esperar que a taxa de participação suba novamente para os valores habituais. Através da questão 3.8 *“Oportunidade de Envolvimento na Vida Institucional”* do inquérito de satisfação do colaborador, é possível verificar que 93% dos colaboradores avaliaram esse item de forma positiva.

Esta avaliação tem-se mantido igual ou superior a 90%, sendo um valor bastante satisfatório e **comprovativo do envolvimento dos colaboradores na vida Institucional.**



GRÁFICO 32: OPORTUNIDADES DE ENVÓLVIMENTO NA VIDA INSTITUCIONAL



A Instituição desenvolve várias formas de reconhecimento dos seus colaboradores são delas exemplos: medalha de mérito para colaboradores que desempenhem funções há 25/50 anos, almoço do dia São João de Deus aberto a todos os colaboradores, oferta do cabaz de Natal, oferta do jantar de Natal com possibilidade do colaborador levar a sua família nuclear e oferta de prendas a todos os filhos menores de 12 anos -como anteriormente descrito, excepcionalmente, no ano de 2022 esta medida não se efetivou mas será restituída já em 2023 -possibilidade de formação externa financiada mediante solicitação e enquadramento profissional, garantia de mais 2 dias de férias para colaboradores a partir dos 55 anos, tolerância de ponto Natal/Passagem de Ano.

Existe também um reconhecimento dos colaboradores que assenta num plano formal de progressão na carreira que decorre da aplicação da contratação coletiva. A progressão de carreira faz-se mediante bom e efetivo serviço na categoria imediatamente inferior, validada pela avaliação de desempenho.

É de referir que a questão 3.7 *“Reconhecimento do trabalho, dedicação e esforço”* - do questionário de avaliação da satisfação do colaborador - teve uma avaliação positiva de 76%, é considerada uma avaliação que valida a Política de Reconhecimento implementada.

5.6 Responsabilidade Social (Critérios 06)

A responsabilidade social das instituições é um tema relevante e atual, que reflete a crescente consciencialização sobre o papel das organizações na sociedade. É fundamental que as organizações compreendam a sua responsabilidade social e adotem práticas que contribuam para o bem-estar da comunidade como um todo, a proteção do meio ambiente, a sustentabilidade e a construção de uma sociedade mais justa e equitativa. Esta intervenção assenta em 3 dimensões: Colaboradores, Sociedade e Ambiente.

Colaboradores:

O bem-estar dos colaboradores é uma das dimensões contempladas neste compromisso institucional, este bem-estar é promovido com base nas Políticas de Ética e Bem-Estar; Política de Recrutamento, Retenção, Não Discriminação e Igualdade de Oportunidades e pela Política de Reconhecimento e Envolvimento Ativo dos Colaboradores (descritas e avaliadas neste documento).



Sociedade:

Atenta à comunidade a Instituição desenvolve projetos como o Café Memória, Cuidando e Pro Cuidador, que apoiam utentes e famílias na comunidade, para uma plena inclusão social, formando assim uma rede de suporte técnico que vai para além dos muros institucionais. Aos utentes internados, sem capacidade económica, foram suportadas despesas pessoais como lavagem de roupa e produtos de higiene. Foram também oferecidas roupas aos que não tinham possibilidade económica de as comprar.

Ambiente:

A preocupação ambiental está presente na matriz de trabalho da Instituição evidenciada por exemplo, no combate ao desperdício de água desenvolvido pelos vários serviços, pela separação dos lixos e diminuição da utilização de plástico, indo de encontro ao delineado no Objetivo Estratégico para o quadriénio *“Reduzir a utilização de plástico de uso único”*. Foram desenvolvidos em 2022 dois projetos de melhoria com ações de benchlearning com a RESULIMA, de forma a melhorar as práticas institucionais de proteção ambiental, nomeadamente, na separação dos lixos e eficiência energética.

Pelo exposto, a CSSJD-B reafirma o seu comprometimento com a Política de Responsabilidade Social e assume o compromisso de rever periodicamente o seu desempenho de forma crítica reflexiva, na procura de melhorias na sua intervenção. De acordo com o exposto anteriormente consideramos o nosso compromisso com a Responsabilidade Social, e tendo em conta a nossa dimensão, **com sucesso**.

6. Avaliação do desempenho da Instituição em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus Uteses

A autodeterminação dos utentes é um princípio ético fundamental na prestação de cuidados de saúde, assumindo ainda maior relevância na área da saúde mental. É um conceito que reconhece o direito dos pacientes a tomarem as suas próprias decisões relacionadas aos seus cuidados de saúde com base nas suas preferências, valores e necessidades. Respeitar a autodeterminação dos utentes implica valorizar a sua capacidade de tomar decisões informadas, promover a sua autonomia, dignidade e respeito como ser humano.



As questões “considera que tem oportunidade de fazer escolhas e tomar decisões durante o seu internamento” e “Meios de reclamação e sugestão” presentes no questionário de satisfação dos utentes, obtiveram um resultado positivo, respetivamente, de 93% e 97%, demonstrando a perceção positiva dos utentes relativamente ao seu envolvimento, participação e empoderamento.

Todos os utentes da CSSJD-B foram avaliados por observação clínica e assistencial quanto ao seu estado cognitivo, as suas habilidades e competências pessoais. Desse trabalho resultou uma identificação do potencial da pessoa para se determinar, bem como a necessidade de pessoas de apoio (familiares e/ou técnicos) nos processos de decisão.

O consentimento é obtido após a pessoa ter compreendido o alcance do que se pretende e respeitando a liberdade de decisão, evitando atitudes de coação ou engano, seguindo o código de ética bem como de boas práticas. Quando o utente tem diminuição da capacidade para se determinar, o consentimento é prestado através do representante legal ou de pessoa de apoio. 99% dos utentes avaliam positivamente, através do questionário de satisfação, a *“Informação prestada pelos profissionais de saúde”* evidenciando que existe uma enorme preocupação e respeito relativamente a esta temática.

Existe o cuidado e a preocupação que a informação facultada seja em condições, momentos e espaços adequados para esse efeito, sendo realizados entre outros atendimentos individuais com os utentes, bem como reuniões comunitárias. É sempre tido em conta que a informação transmitida tem de se adaptar ao utente ou família, utilizando linguagem adequada, garantido dessa forma o seu entendimento.

Na elaboração do PII a equipa multidisciplinar tem a preocupação que o utente consiga expressar as suas expectativas e que estas possam ser correspondidas, pela construção de objetivos e o delinear de estratégias exequíveis e que não coloquem em causa o bom funcionamento das Unidades. Evidência desta preocupação e esforço é a avaliação média das expectativas por parte dos utentes, com um resultado de 8.6 em 10 possíveis.





GRÁFICO 33: AVALIAÇÃO DE EXPECTATIVAS

91% dos clientes avaliaram positivamente a questão “*Oportunidade de se envolver no seu PII*”, o resultado obtido valida as estratégias desenvolvidas e evidencia o facto das equipas multidisciplinares terem o PII, como o documento de excelência para direcionar a prestação de cuidados tendo como base as necessidades, problemas e objetivos dos utentes, integrando-os na sua elaboração e conceção, promovendo o seu empowerment e autodeterminação. A avaliação do desempenho da CSSJD-B em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus utentes **é considerada positiva.**



GRÁFICO 34: % DE UTENTES QUE CONSIDERA QUE TEM OPORTUNIDADE DE SE ENVOLVER NO SEU PII



7. Avaliação da não discriminação no acesso aos serviços e avaliação do desempenho quanto à facilitação aos seus clientes do acesso a pessoas que os representem e/ou pessoas de apoio (Critério 20)

A não discriminação no acesso aos serviços de saúde é um princípio fundamental que procura garantir que todas as pessoas, independentemente da sua raça, etnia, religião, gênero, orientação sexual, deficiência ou qualquer outra característica pessoal, tenham acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade. Além disso, é essencial que os serviços de saúde facilitem o acesso a pessoas que possam representar e/ou fornecer apoio aos seus pacientes, como cuidadores, familiares ou outros membros de apoio social. A não discriminação no acesso aos serviços de saúde é um tema relevante e atual no campo da saúde, com implicações significativas para a equidade, qualidade e humanização dos cuidados assistenciais.

Na CSSJD-B todos os internamentos, exceto os efetuados no âmbito da RNCCISM, seguem o procedimento P_03_02 Gestão de Internamentos, a transferência de utentes segue o procedimento P_03_03.

O utente tem direito a igualdade de oportunidades e de tratamento no que se refere ao acesso aos serviços da CSSJD-B. No acesso aos serviços não existe privilégio, benefício, dano, privação de qualquer direito ou dever em razão, nomeadamente, de ascendência, idade, sexo, orientação sexual, estado civil, situação familiar, situação económica, instrução, origem ou condição social, património, capacidade de trabalho reduzida, deficiência, doença crónica, nacionalidade, origem étnica ou raça, território de origem, língua, religião, convicções políticas ou ideológicas e filiação sindical.

Dessa forma, e assente na Política de Direitos e Deveres, **consideramos positiva a avaliação referente da não descriminação no acesso aos serviços.**

Em todas as unidades da CSSJD-B estão disponíveis para as equipas, a identificação dos Representantes Legais / Pessoa Significativa dos utentes, na salvaguarda dos seus direitos individuais e de proteção enquanto cidadãos de pleno direito. Esta informação está também disponível nos serviços de administrativos.

Nos vários serviços estão disponíveis, através de afixação em local de fácil acesso, listagem com contatos de instituições de utilidade pública e/ou estruturas de apoio (por exemplo: bombeiros, PSP, GNR, etc.).



Com o intuito de quantificar a facilitação do acesso a pessoas que os representem ou pessoas que os apoiem, foram identificadas 71 situações, mediadas pelas técnicas do serviço social em relação a vários assuntos, dos quais destacamos: correspondência fiscal dos utentes; declaração de IRS e IMI, necessidade de documentos pessoais/informações clínicas, processos de interdição, diligências relacionadas com Processos Judiciais/proteção jurídica, envio de provas de vida para entidades estrangeiras, regularização de processos no Centro de Emprego, entre outros.

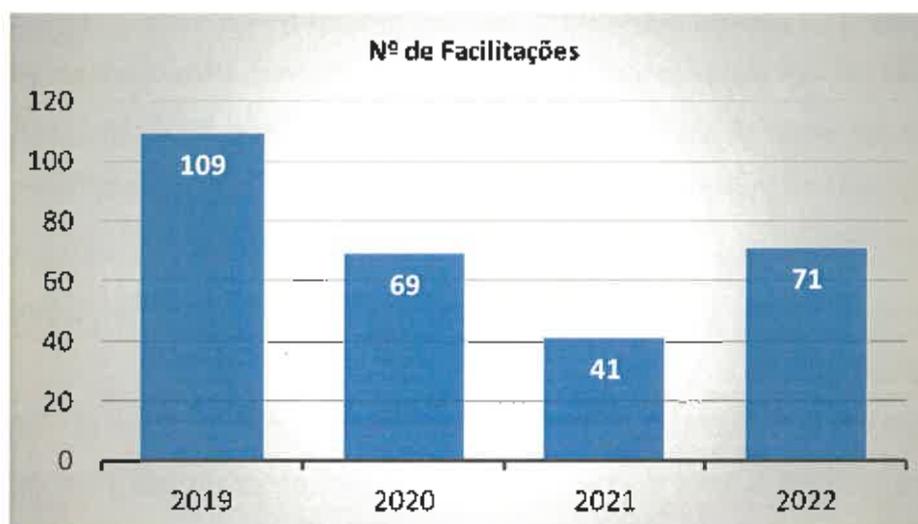


GRÁFICO 35: NÚMERO DE FACILITAÇÕES

Nos contratos de admissão, nas unidades onde é aplicável, é salvaguardada a seguinte cláusula: "Informar e facilitar o acesso a pessoa de apoio e/ou de representação sempre que necessário e solicitado pelo próprio, de forma a promover e criar condições facilitadoras da autodeterminação".

Com o compromisso das práticas descritas consideramos adequado o nosso desempenho.

8. Identificação das barreiras ao acesso aos programas e serviços assim como à continuidade ininterrupta dos programas (Critério 36)

O acesso aos programas e serviços de saúde é um direito fundamental de todos os indivíduos, no entanto, nem sempre é uma realidade para muitas pessoas devido a diversas barreiras. Essas



barreiras podem ser de natureza financeira, geográfica, cultural, social, organizacional ou estrutural e podem dificultar a identificação, acesso e continuidade ininterrupta aos programas e serviços de saúde. A identificação destas barreiras é um importante passo para compreender os desafios enfrentados pelos indivíduos na procura de cuidados de saúde adequados. Ao entender as barreiras existentes, é possível desenvolver estratégias e políticas de saúde mais eficazes para superar esses obstáculos e garantir um acesso equitativo e ininterrupto aos programas e serviços de saúde para todos os indivíduos, independentemente de sua origem socioeconômica, geográfica, cultural ou social.

Esta realidade é algo para o qual a CSSJD-B se encontra sensibilizada e desenvolveu procedimentos e processos que visam garantir o acesso dos utentes aos cuidados e serviços de que mais necessitam. A gestão das vagas é efetuada pelo Diretor de Enfermagem, em articulação com os médicos assistentes e as equipas das unidades, de acordo com o procedimento Transferência de utentes (P_03_03_01) e documentado. No caso do PQ_21 Reabilitação Psicossocial-CCISM, a gestão de vagas é da responsabilidade da RNCCISM e encontra-se definida no respetivo procedimento. A gestão de vagas no Projeto CuiDando é efetuada pelo Coordenador em articulação com a equipa técnica, após análise das fichas de referência e realização da primeira visita domiciliária.

Nas diferentes respostas, os utentes propostos são discutidos pelas equipas, com a preocupação da adequação da tipologia da unidade/ serviço, às necessidades e especificidades de cada utente. Existe registo no processo clínico dos utentes.

A integração comunitária dos utentes é de grande importância estratégica para Instituição. Os projetos Café Memória, CuiDando e Pro Cuidador, assumem-se como uma mais-valia, uma vez que possibilitam um apoio extrainstitucional permanente, que visa permitir a criação de condições para uma plena inclusão comunitária, contribuindo para o processo terapêutico do binómio utente /família.

Foram desenvolvidos 7 projetos de Melhoria/Inovação assentes em dinâmicas de Benchlearning/Benchmarking desenvolvidas com outras Instituições ou mesmo dentro do ISJD na procura de novas aprendizagens que produzissem oportunidades de melhoria e o aperfeiçoamento Institucional na promoção da QV, autonomia e inclusão social dos seus utentes.



O Plano de Parcerias procura assegurar uma continuidade de serviços que vá além das valências intrainstitucionais, promovendo uma articulação com outras instituições e com a comunidade para esse efeito.

O encaminhamento para consultas externas, situações urgentes ou exames é garantido através de uma estreita articulação com as instituições de saúde da área.

Consideramos que, pelo anteriormente exposto, a CSSJD-B garante com sucesso que as pessoas servidas possam ter acesso contínuo a serviços que abrangem desde a intervenção precoce até ao apoio e acompanhamento, respondendo às exigências de mudança ao longo do tempo.

9. Conclusão (Critérios 01, 02, 03, 04, 05, 39, 40, 41, 42)

Neste relatório de desempenho organizacional, pudemos analisar detalhadamente os indicadores e resultados da CSSJD-B ao longo do ano de 2022. Foi possível identificar os pontos fortes da instituição, assim como os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para superá-los.

É possível perceber, que a CSSJD-B atingiu grande parte dos seus objetivos estratégicos com resultados bastante satisfatórios. Destaca-se o fato dos indicadores referentes à QV, Inclusão Social e Empowerment terem melhorado em relação aos resultados atingidos nos três anos anteriores, facto com o qual nos congratulamos e que demonstra categoricamente a aposta numa melhoria contínua de uma prática assistencial centrada no bem-estar dos utentes, bem como na viragem do impacto que a pandemia COVID teve nos anos anteriores.

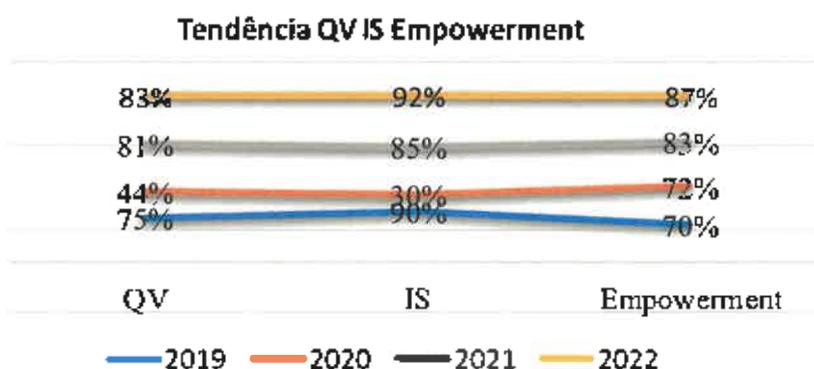


GRÁFICO 36: TENDÊNCIA QV IS EMPOWERMENT



A taxa de sucesso situa-se nos 92%, o que traduz um bom nível de desempenho e uma melhoria em relação ao resultado dos dois anos anteriores, conseguindo se aproximar dos valores pré pandemia, o que evidencia o retomar progressivo de uma dinâmica organizacional sem as restrições epidemiológicas que condicionaram, inevitavelmente, o desempenho da CSSJD-B. Este resultado engloba uma componente de multidisciplinariedade, uma vez que é obtido com base na avaliação dos Mapas de Atividades, inquéritos de satisfação e cumprimento de metas dos PII, onde uma vasta equipa multidisciplinar intervém, além de outras partes interessadas.



GRÁFICO 37: TAXA DE SUCESSO

Os indicadores assistenciais mostraram o compromisso da instituição em oferecer um cuidado com qualidade e segurança aos pacientes, com taxas de ocupação adequadas e índices de satisfação das partes interessadas elevados. Foi possível verificar a importância dada à melhoria contínua e inovação presentes na instituição, com a implementação de novas práticas e processos que visam otimizar a eficiência operacional, aprimorar a qualidade dos cuidados e proporcionar uma experiência positiva aos utentes.

A taxa de sucesso da política da qualidade é um indicador importante para avaliar o desempenho do SGQ numa organização. A política da qualidade é uma declaração formal que estabelece os objetivos e diretrizes gerais para a qualidade e a sua taxa de sucesso está relacionada à efetividade da implementação dessa política validando o sucesso da colocação em prática da Missão, Valores e Visão implementados na Instituição. Podemos afirmar que o resultado de 82%, da mesma em 2022, nos deixa satisfeitos.





GRÁFICO 38: TAXA DE SUCESSO DA POLÍTICA DA QUALIDADE

10. Reporte do RDO (Critérios 46, 47, 48)

Será elaborado um resumo deste relatório cujo o principal objetivo é o de divulgar de forma sucinta e objetiva os resultados do desempenho institucional a todas as partes interessadas. Este processo poderá ser feito através de uma newsletter, afixação de documentos nas áreas comuns do estabelecimento, publicação no site institucional ou envio por email.

É possível perceber pelo gráfico infra que as partes interessadas avaliam de forma muito positiva o acesso à informação sobre o desempenho da CSSJD-B.



GRÁFICO 39: % DE COLABORADORES/STAKEHOLDERS/UTENTES/ CUIDADORES/ VOLUNTÁRIO/FORNECEDORES QUE AVALIAM COMO POSITIVA A INFORMAÇÃO FORNECIDA RELATIVAMENTE AOS RESULTADOS DE DESEMPENHO DA INSTITUIÇÃO



Data	10.11.2023		Aprovação  Diretor do Estabelecimento
------	------------	--	---



Anexo I – Relatório Anual de Avaliação de Desempenho



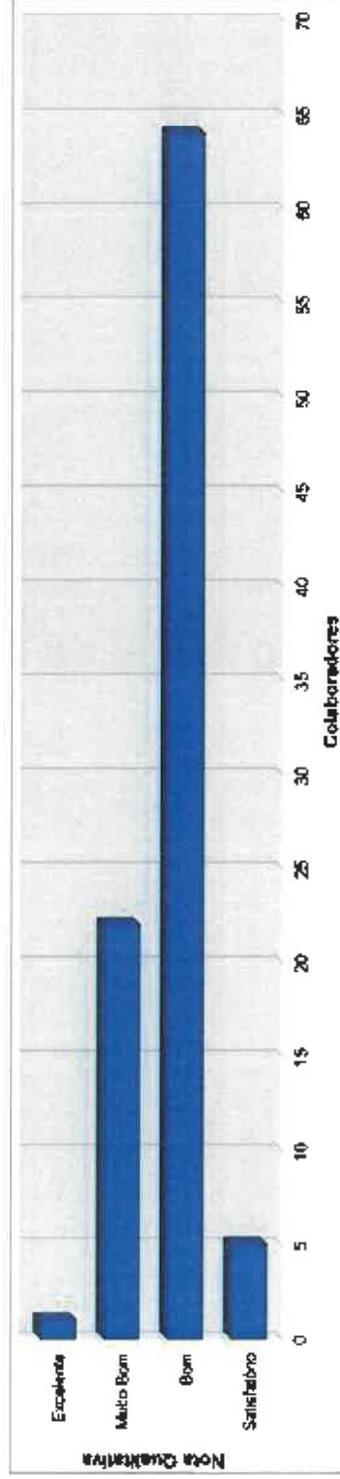


INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Relatório Avaliação Desempenho

2021;2022

Nome Estabelecimento: Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos
Colaboradores avaliados: 92



	Pontuação	Descrição	Nº Avaliações	%
A - Nível Superior	5.71 - 6.00	Excelente	1	1%
A - Nível Superior	5.16 - 5.70	Muito Bom	22	24%
B - Nível Expectável	4.26 - 5.15	Bom	64	70%
B - Nível Expectável	3.11 - 4.25	Satisfatório	5	5%
Total:			92	100%

Anexo II – Relatório Anual de Formação



INSTITUTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATÓRIO ANUAL DA FORMAÇÃO



INSTITUTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CERTIFICADA

Estabelecimento: Instituto S. João de Deus - Casa de Saúde de S. João de Deus - Barcelos

Ano: 2022

1. Dados por Ação (Formação Interna)

Ação	Destinatários	N.º de Formandos	N.º de Formandos Externos	N.º de Formandos Internos	N.º de Turmas	N.º de horas de formação	N.º de horas de formação	Valor de formação	Valor de formação	Valor de formação	N.º de avaliações	Nota média	Nota média	Nota média	N.º de Formandos
Unidade de Saúde	Colaboradores Un. S. Ricardo	20	0	20	1	20	09	0	4,3	4,6	5,0	NA	NA	NA	NA
Formação no Cuidar	Colaboradores ISJD - Barcelos	59	2	61	4	244	09	0	4,4	4,5	5,0	61	61	NA	NA
Manutenção e Utilização de Equipamentos	Colaboradores ISJD - Barcelos	12	0	12	2	24	09	0	5,0	5,0	5,0	2	2	NA	NA
Plano 2022	Colaboradores ISJD - Barcelos	7	0	7	1	14	09	0	5,0	5,0	5,0	2	2	NA	NA
Sistema de Gestão da Qualidade - Da Teoria à Prática	Colaboradores ISJD - Barcelos	18	0	18	7	126	09	0	4,6	4,9	5,0	18	18	NA	NA
Suposta Base de Vida com DGE	Colaboradores ISJD - Barcelos	6	0	6	3	18	09	0	4,7	4,7	5,0	6	6	NA	NA
Metodologia do Plano Individual de Intervenção	Colaboradores de PH	5	1	6	1	6	09	0	5,0	5,0	5,0	6	6	NA	NA
Segurança no Trabalho - Avaliação de Riscos	Colaboradores ISJD - Barcelos	52	1	53	4	212	09	0	4,7	4,8	5,0	53	53	NA	NA
Atuando e Melhorando - Conceitos e Técnicas de Orientação	Colaboradores Un. S. Ricardo	21	0	21	1	21	09	0	4,7	4,7	5,0	NA	NA	NA	NA
Procedimentos Acidentes de Trabalho - Conceitos e Linhas de Ongoing	Colaboradores Un. S. Ricardo	21	0	21	1	21	09	0	4,8	4,8	5,0	NA	NA	NA	NA
Prevenção de Riscos Humanos	Colaboradores Un. S. Ricardo	8	0	8	1	8	09	0	4,5	4,5	5,0	NA	NA	NA	NA
Utilização Ambiental - Gestão de Recursos	Colaboradores ISJD - Barcelos	47	0	47	3	141	09	0	4,6	4,7	5,0	47	47	NA	NA
Referencial QUASS 2018	Colaboradores Un. S. Ricardo	13	0	13	2	26	09	0	4,9	4,9	5,0	NA	NA	NA	NA
Cuidados Básicos de Saúde	Colaboradores Un. S. Ricardo	9	0	9	3	27	09	0	5,0	4,9	5,0	9	9	NA	NA
Medidas de Antropometria - Recuperação	Colaboradores ISJD - Barcelos	19	0	19	1	19	09	0	4,3	4,3	5,0	19	19	NA	NA
Support Básico de Vida	Colaboradores ISJD - Barcelos	16	0	16	1	16	09	0	5,0	5,0	5,0	16	16	NA	NA
Atuação: Fomentar Promoção de Estilos de Vida Saudáveis	Colaboradores ISJD - Barcelos	65	0	65	4	260	09	0	4,4	4,4	5,0	65	65	NA	NA
Bom Práticas na Inspeção com a UEMH	Colaboradores ISJD - Barcelos	40	0	40	4	160	09	0	4,5	4,5	5,0	40	40	NA	NA
PGC - Admissão (1)	Colaboradores ISJD - Barcelos	11	0	11	1	11	09	0	4,9	4,9	5,0	11	11	NA	NA
PGC - Admissão (2)	Colaboradores ISJD - Barcelos	8	0	8	1	8	09	0	4,9	4,9	5,0	8	8	NA	NA
PGC - Formação	Colaboradores ISJD - Barcelos	6	0	6	1	6	09	0	5,0	5,0	5,0	6	6	NA	NA

NA (não aplicável)



INSTITUTO JOÃO DE DEUS

RELATÓRIO ANUAL DA FORMAÇÃO



2. Dados Globais de Formação Anual

N.º total de ações	21
N.º Colaboradores no Elogio de Reconhecimento	158
N.º Total de Colaboradores que frequentaram as ações	127
% de Colaboradores abrangidos	87%
N.º de Formandos aprovados	4
N.º Total de Horas	290
Volumen de Formação Total	3738
N.º locais de realização	0

% Total de desistências	0%
Avaliação global média da formação	4,8
Avaliação média dos formadores / f	4,8
Avaliação média dos formandos / f	5,0
N.º de Reclamações	0
N.º de Formandos em ações / avaliação	408
N.º de Formandos / aproveitamento	408
% de Formandos / aproveitamento	100%

3. Dados por Ação (Formação Externa)

Ação	Debitos/Atas	N.º Total de Formandos	N.º de Horas de Formação	Volumen de Formação
Avaliação Final do Inquérito da Especialidade de Neurologia	Atas 021	1	7	2
III Fórum Neuroclínico	Atas 022	1	2	2
III Fórum Neuroclínico	Atas 023	1	4	4
III Fórum Neuroclínico	Atas 024	1	7	7
III Fórum Neuroclínico	Atas 025	1	7	7
III Fórum Neuroclínico	Atas 026	1	5	5
III Fórum Neuroclínico	Atas 027	1	3,5	3,5
III Fórum Neuroclínico	Atas 028	1	8	8
III Fórum Neuroclínico	Atas 029	1	8	8
III Fórum Neuroclínico	Atas 030	1	3,5	3,5
III Fórum Neuroclínico	Atas 031	1	16	16
III Fórum Neuroclínico	Atas 032	1	8	8
III Fórum Neuroclínico	Atas 033	1	24	24
III Fórum Neuroclínico	Atas 034	1	32	32
III Fórum Neuroclínico	Atas 035	1	4,5	4,5
III Fórum Neuroclínico	Atas 036	1	3	3
III Fórum Neuroclínico	Atas 037	1	7,4	22,5
III Fórum Neuroclínico	Atas 038	1	8	8

RELATÓRIO ANUAL DA FORMAÇÃO



4. Dados Globais da Formação Externa

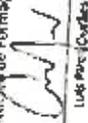
Nº Total de ações	10
Nº Colaboradores no Estabelecimento	345
Nº Total de Colaboradores que frequentaram ações	11
% de Colaboradores abrangidos	8%
Nº Total de Horas	353
Volume de Formação Total	268

5. Indicadores

Nº médio de horas de formação por colaborador	26,9
% de formandos com avaliação global de satisfação >= 4 "suficiente"	100%
% de colaboradores com formação em identidade institucional	100%
	21%

6. Protocolos/Parceiros

Márcia de Formação



Luís Pereira

3. Dados Globais

Nº Total de ações	39
Nº Colaboradores no Estabelecimento*	145
Nº Total de Colaboradores que frequentaram ações	148
% de Colaboradores abrangidos	94%
Nº Total de Horas	443
Volume de Formação Total	3906

7. Avaliação do Plano Anual de Formação

Análise/Observações:

8. Notas

*Os dados apresentados têm como base o número de colaboradores efetivos e contratados no âmbito em 31/12/2023 (incluindo-se férias, licenças e faltas justificadas e/ou não justificadas a um ano). Para efeitos de cálculo, considerou-se ponderação entre colaboradores com horário completo e parcial.





Casa de Saúde S. João de Deus
Avenida Paulo Felisberto, 205
4750-783 Barcelos
Tlf: 253 808 210 | Email: cssjd.barcelos@isjd.pt

www.isjd.pt



ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE
ACREDITAÇÃO



ENTIDADE
CERTIFICADA