



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Casa de Saúde S. José

Relatório de Desempenho Organizacional

2022

Índice

1. Conquistas e Resultados	5
1.1 Indicadores assistenciais Internamento	5
1.1.1 Movimento Hospitalar.....	5
1.2 Melhoria/Inovação	5
1.2.1 Benchmarking/Benchlearning (Critérios 42, 50).....	6
1.2.2 Projetos	7
1.3 Dados assistenciais ambulatório	10
2. Resultados dos Inquéritos e Elogios Recebidos (Critérios 24, 44, 45).....	10
2.1 Resultados Globais dos Inquéritos de Avaliação (Com Análise dos Relatórios dos Inquéritos de Avaliação).....	11
2.2 Elogios recebidos	19
3. Análise dos processos-chaves	20
4. Gestão de Sugestões, Reclamações e Fichas de Melhoria (Critérios 44)	31
4.1 Sugestões e Reclamações (Critérios 14, 17).....	31
4.2 Fichas de Melhoria (Critérios 48).....	32
4.3 Áreas de melhoria identificadas	32
5. Políticas e Compromissos	33
5.1 Avaliação da política de prevenção de abusos e maus tratos (Critérios 13, 14, 16, 22, 23).....	33
5.2 Avaliação da política de confidencialidade (Critérios 23).....	34
5.3 Avaliação da política de ética e bem-estar (Critérios 18, 19).....	34
5.4 Avaliação da política de participação (Critérios 15, 26, 27, 28, 30).....	35
5.5 Avaliação da política de Reconhecimento e Envolvimento (Critérios 08,11).....	36
5.2 Responsabilidade Social (Critérios 06).....	38
6. Avaliação do desempenho da Instituição em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus Utentes.....	40
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)..	42
8. Identificação das barreiras ao acesso aos programas e serviços assim como à continuidade ininterrupta dos programas (Critério 36).....	43
Na área de Cuidados Continuados Integrados:.....	45
9. Conclusão (Critérios 01, 02, 03, 04, 05, 39, 40, 41, 42).....	46
10. Reporte do RDO (Critérios 46, 47, 48)	48



ANEXOS

Anexo I – Relatório Anual de Avaliação de Desempenho

Anexo II – Relatório Anual de Formação



Abreviaturas e siglas

CCI- Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

CSSJ – Casa de Saúde São José

FM – Ficha de Melhoria

PII – Plano Individual de Intervenção

QV – Qualidade de Vida

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SGQ-Sistema Gestão da Qualidade



Nota introdutória

Este relatório tem como objetivo fornecer uma visão abrangente e detalhada do desempenho organizacional alcançado durante o ano de 2022 na Casa de Saúde de São José (CSSJ), reforçando o nosso compromisso e missão em fornecer serviços de excelência, procurando constantemente, aprimorar a nossa performance, atendendo às expectativas e necessidades das nossas partes interessadas (utentes, famílias, colaboradores, stakeholders, fornecedores e voluntários).

Neste relatório, destacam-se os principais indicadores e resultados obtidos, refletindo sobre os compromissos contínuos em aprimorar a qualidade dos serviços e alcançar a eficiência operacional.

Ao longo do período em análise, foram realizados esforços significativos para alcançar metas estratégicas e superar desafios. Salientam-se as principais iniciativas de aperfeiçoamento realizadas ao longo do ano 2022, incluindo projetos de inovação, capacitação dos colaboradores, a otimização de processos, entre outros. São abordados os impactos dessas iniciativas no desempenho organizacional e nos resultados alcançados.

Apresentam-se os indicadores relacionados à qualidade dos serviços prestados, como os resultados da satisfação das partes interessadas, indicadores assistenciais das diferentes valências institucionais, sugestões e reclamações. Enfatizam-se as ações implementadas para aprimorar a qualidade dos cuidados e a experiência dos nossos utentes.

Reconhecemos que a análise e a monitorização do desempenho organizacional são essenciais para direcionar os nossos objetivos estratégicos, identificar oportunidades de melhoria e enfrentar os desafios do setor da saúde.

Agradecemos a todos os colaboradores e parceiros envolvidos nesta caminhada de melhoria contínua. Os nossos esforços são guiados pelo carisma da vida e obra de São João de Deus.

Esperamos que este relatório seja uma ferramenta valiosa para compreender o desempenho da CSSJ e incentivar discussões construtivas.



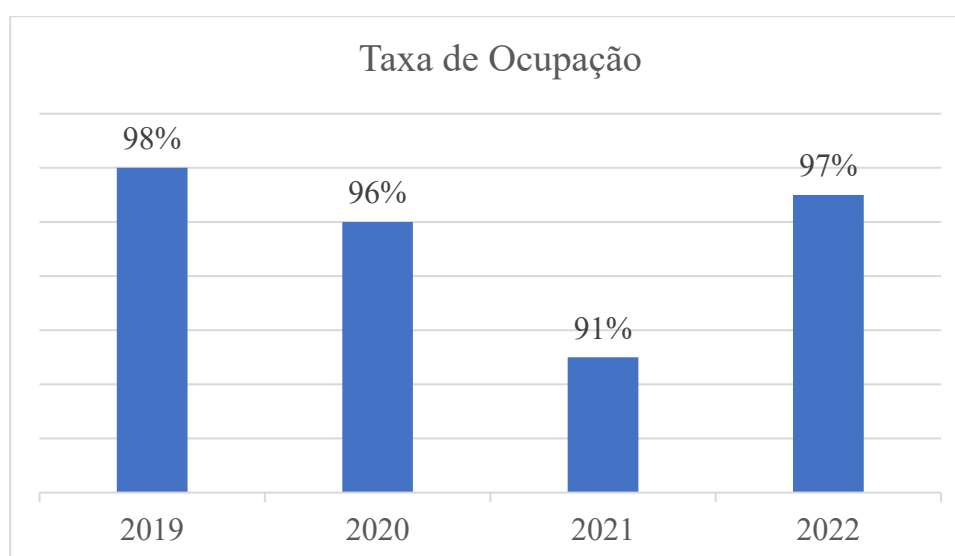
1. Conquistas e Resultados

1.1 Indicadores assistenciais Internamento

Os indicadores assistenciais são relevantes porque fornecem uma base sólida para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Contribuem para uma gestão mais eficiente, tomada de decisões fundamentadas em dados objetivos, promoção da segurança dos utentes e transparência, com o objetivo de proporcionar cuidados de saúde mais eficientes e seguros.

1.1.1 Movimento Hospitalar

Durante o ano de 2022 a CSSJ registou 229 internamentos e 116 altas, a taxa de ocupação institucional foi de 97%, resultado superior ao obtido no ano de 2021, marcado de forma contundente pela COVID 19.



1.2 Melhoria/Inovação

A melhoria e a inovação são essenciais para garantir a qualidade, eficiência e competitividade de uma instituição de saúde. A constante procura pela melhoria dos processos e práticas é essencial para oferecer uma assistência de qualidade aos utentes, permitindo identificar falhas, pontos de ineficiência e oportunidades de aprimoramento. Investir nessas áreas tem sido uma estratégia



fundamental para a CSSJ, sendo entendida como uma ferramenta essencial para o seu sucesso e a sua relevância como instituição de saúde no mercado.

1.2.1 Benchmarking/Benchlearning (Critérios 42, 50)

O Benchmarking/Benchlearning permite identificar melhores práticas, promover aprendizagem contínua, melhorar a qualidade e eficiência, estimular a inovação, criar uma competição saudável e promover a colaboração. Ao procurar referências externas, a instituição pode impulsionar a melhoria contínua e alcançar melhores resultados em prol dos seus utentes e da qualidade dos cuidados prestados.

A CSSJ participa, como associada da FORMEM – Federação Portuguesa de Centros de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência, em múltiplas e diversas ações de Benchmarking promovidas por esta Federação. Estes encontros, cuja metodologia se centra na partilha incondicional e aberta das abordagens e resultados, por princípios do referencial EQUASS, entre as entidades participantes, permite o incremento do nível de conhecimento, troca de experiências e consequentemente contribuem de forma positiva na implementação desses novos contributos nas práticas do ISJD.

Nos últimos quatro anos a CSSJ participou em 10 reuniões da Qualidade, em que estiveram representadas mais de 35 entidades e 80 participantes. Além das reuniões presenciais, foram recolhidos indicadores para a Base de Benchmarking para o Setor Social de 24 entidades (incluindo a CSSJ) e introduzidos numa base de indicadores, de forma a simplificar e clarificar os indicadores e as métricas, conseguindo produzir uma lista de indicadores de resultados obrigatórios para almejar o nível Excellence no novo EQUASS 2018.

Trimestralmente, são realizadas visitas de acompanhamento, pela Equipa Coordenadora Local (ECL), às nossas Unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (Unidade de Saúde da Gelfa e Melgaço), das quais resultam relatórios com sugestões de desenvolvimento e melhoria. Considera-se que o facto de uma entidade independente, que conhece outras organizações e que de alguma forma compara desempenhos, é também um fator facilitador para a comparação de práticas e resultados.



Os resultados da CSSJ 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

1.2.2.1 Inovação/melhoria (*Critérios 44, 48*)

Durante o ano de 2022 foram delineados 14 projetos de Inovação/Melhoria na CSSJ. 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		
Nome	Destinatários	Descrição Sumária
Painel de Azulejos "Uma visão especial de S. João de Deus"	Utentes CSSJ	Criar dinâmicas grupais motivadoras que potenciem as competências dos utentes e que promovam a sua qualidade de vida; elaborar um painel que sinalize o Jubileu do 450º aniversário da aprovação da OHSJD como Instituto Religioso pelo Papa São Pio V; potenciar parcerias (Museu de Olaria de Barcelos).
Um novo Ângulo	Utentes CSSJ	Promover a autodeterminação e o empowerment dos utentes; utilizar modelos com os quais os utentes se identifiquem (utentes da RA); os utentes da RA colaborarem na seleção de novos utentes para esta resposta; promover competências de autonomia e de interação social.



(Re)vestir	Colaboradores da CSSJ e comunidade de Areias de Vilar	Pretende-se com este projeto sensibilizar os colaboradores e a comunidade de Areias de Vilar para a reutilização e reciclagem de materiais, a preservação do meio ambiente e contribuir para a erradicação da pobreza dando resposta aos objetivos de desenvolvimento sustentável.
100 Pés	Colaboradores da CSSJ	O exercício físico é a atividade que mantém ou aumenta a aptidão física em geral e tem como objetivo alcançar a saúde e a recreação, indo ao encontro do objetivo 3 (saúde de qualidade), dos ODS. Pretendemos ainda que haja um maior envolvimento e convívio entre colaboradores e que se sintam mais motivados no dia-a-dia no trabalho que desempenham. https://www.ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/?portfolioCats=24
Catruças	Utentes e colaboradores da Unidade	Este projeto pretende facilitar a comunicação, o relacionamento, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) dos utentes; proporcionar momentos mais harmoniosos, dinâmicos, atrativos com a participação e o envolvimento das pessoas em reabilitação e dos colaboradores; ampliar as aptidões cognitivas, as recordações e as reminiscências e possibilitar uma amplificação da relação sonora musical.
Natur Aventura	Utentes da CSSJ	Tendo em conta a situação pandémica que atravessamos foi sentida a necessidade de criar outras atividades lúdico recreativas, no interior e exterior da instituição. Pretende-se abranger



		atividades diversificadas e em maior número, indo de encontro às diferentes necessidades referidas pelos utentes
Sorrir com Saúde	Utentes da CSSJ	Pretende-se, com a abertura do ginásio, que os colaboradores da Casa de Saúde S José, através da atividade física, melhorem a sua qualidade de vida através de um estilo de vida mais saudável e pretende-se de igual forma diminuir o burnout dos mesmos. Também se pretende que haja um maior envolvimento e convívio entre colaboradores e que se sintam mais motivados no dia-a-dia no trabalho que desempenham.
SOS Hospitalidade	Colaboradores CSSJ	Pretende se com a criação deste projeto trabalhar o autoconhecimento, fortalecer os laços entre colaboradores, proporcionar momentos de reflexão, oração e lúdicos.
Conta-me como foi...	São João Ávila	Assinalar o dia 25 de Abril; reviver memórias do passado.
Sabores da minha terra	Apoio Máximo	Confeção de doces tradicionais típicos das regiões de origem dos utentes; partilha de tradições gastronómicas; convívio de grupo.
Dar de Mim	USG	Este projeto surge da importância de envolver os colaboradores na participação e interação com os utentes, noutros contextos do dia-a-dia da unidade, nomeadamente nas atividades de grupo.
Ginásio Respiratório	USG	Implementar um ginásio respiratório para comunidade do Alto Minho com sequelas



		funcionais (dispneia/fadiga/ansiedade-depressão/miopatia de desuso) pós COVID
Herbários da Casa de Saúde S. José	Colaboradores CSSJ	O presente projeto é apresentado na sequência do Projeto "Herbário" realizado em parceria com o Museu S. João de Deus e que foi muito valorizado pelos participantes. Este projeto permitirá valorizar os Jardins da Casa de Saúde S. José e dá-los a conhecer a um maior número de pessoas.
Horta da U.S.GELFA	Utentes USG	Manter a horta doméstica na varanda (piso 2) da U.S.Gelfa; Criar outra horta no terreno envolvente do exterior da unidade.

1.3 Dados assistenciais ambulatório

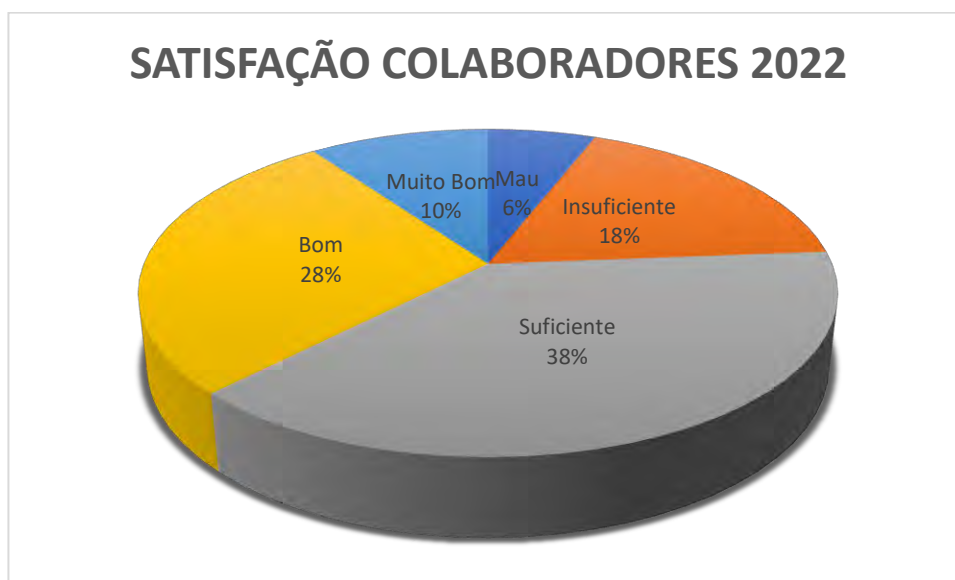
2. Resultados dos Inquéritos e Elogios Recebidos (Critérios 24, 44, 45)

São apresentados de 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 se considera o valor igual ou superior a 3 como avaliação 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)

Colaboradores

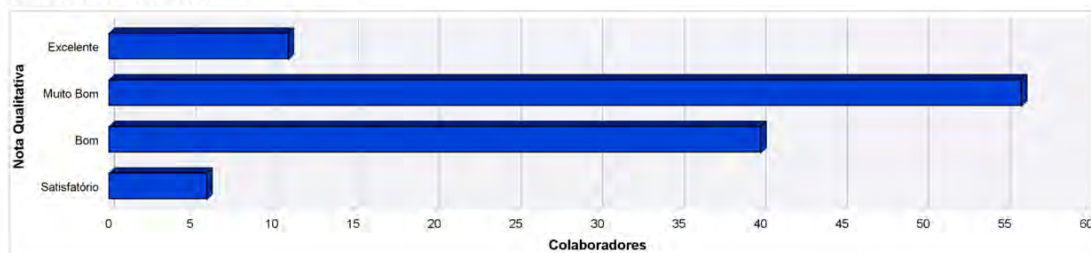


A avaliação global positiva foi de 77%, o que se traduz num decréscimo do nível de satisfação de 18 pontos percentuais face ao ano de 2021. Importa salientar que os resultados dos questionários são, acima de tudo, o reflexo do momento em que são realizados e são uma importante ferramenta de gestão, uma vez que servem de barómetro para identificar possíveis situações que carecem de especial atenção e/ou intervenção. É no seguimento deste enquadramento do início do ano de 2023, em que houve necessidade, por parte da direção, de uma análise profunda dos resultados que levaram à implementação de medidas que resultaram na reestruturação ao nível das chefias intermédias e estrutura diretiva que, inevitavelmente, tiveram repercussão junto das equipas de forma a mitigar, de uma forma mais abrangente, os resultados da satisfação global. Independentemente dos resultados obtidos, importa perceber a reflexão que os mesmos mereceram e a tomada de iniciativa de medidas concretas, entretanto aplicadas e que preveem a reversão dos mesmos durante o presente ano. 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.



Nome Estabelecimento: Casa de Saúde S. José

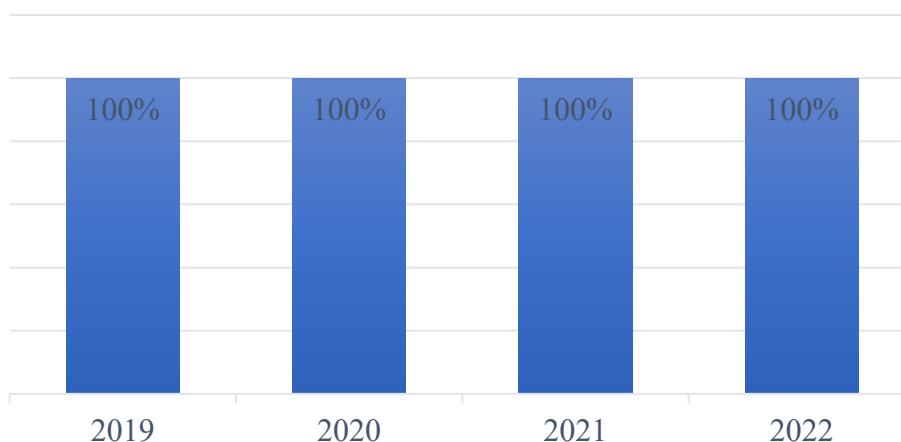
Colaboradores avaliados: 110



	Pontuação	Descrição	Nº Avaliações	%
A - Nível Superior	5.71 - 6.00	Excelente	11	10%
A - Nível Superior	5.16 - 5.70	Muito Bom	56	50%
B - Nível Expectável	4.26 - 5.15	Bom	40	35%
B - Nível Expectável	3.11 - 4.25	Satisfatório	6	5%
Total:			113	100%

A avaliação de desempenho dos colaboradores foi 100% positiva. Importa salientar o aumento da percentagem de colaboradores que atingiram o nível de excelente, prova de que existe um empenho mútuo, por parte dos mesmos e da instituição, na promoção da melhoria contínua do desempenho. Em contraponto existe, igualmente, um decréscimo do valor de colaboradores com o nível de avaliação positiva mais baixo, com uma descida de 5 pontos percentuais e com o desaparecimento de avaliações com o nível de Pouco Satisfatório, reforçando o comprometimento das partes envolvidas. O processo de avaliação do desempenho contempla a implementação de planos de desenvolvimento dos colaboradores, ajustados ao seu crescimento pessoal e aprendizagem contínua.

Tendência Avaliação Desempenho



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

Utentes Internados (Critério 25)

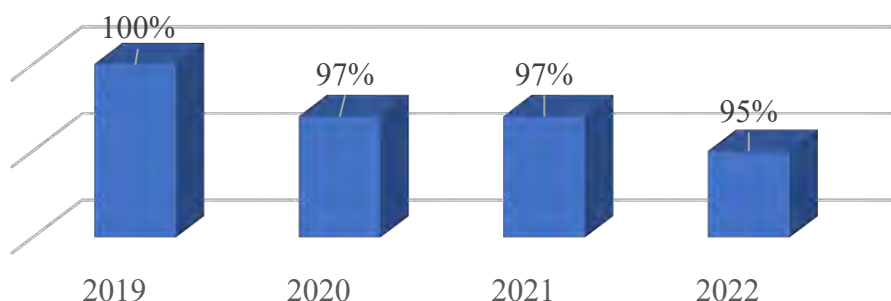
A avaliação da satisfação global dos Utentes foi 95% positiva, valor que se encontra em consonância com os atingidos em anos anteriores.

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 QV dos seus utentes. Os resultados apurados são devolvidos aos utentes em contexto de reuniões comunitárias, com especial ênfase nos parâmetros com avaliação menos positiva, possibilitando momentos de reflexão crítica e a criação de oportunidades de melhoria.

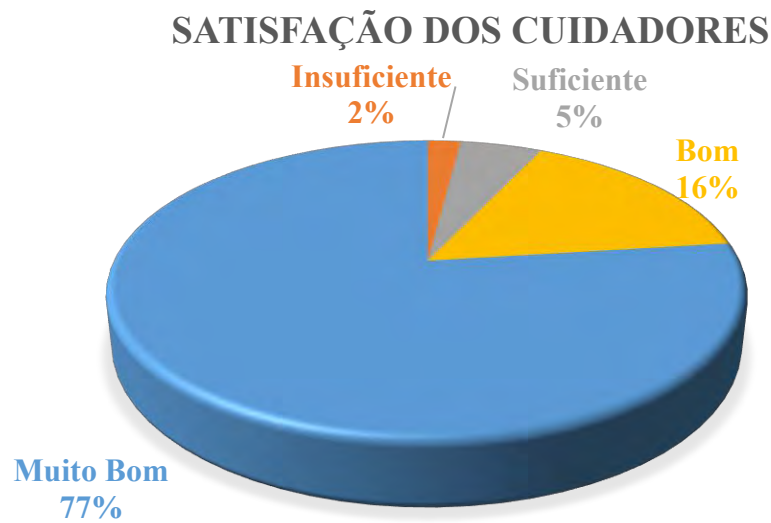
A satisfação dos utentes tem-se mantido em valores elevados e refletindo os objetivos e as boas práticas institucionais.



Tendência da Satisfção dos Utentes



Cuidadores

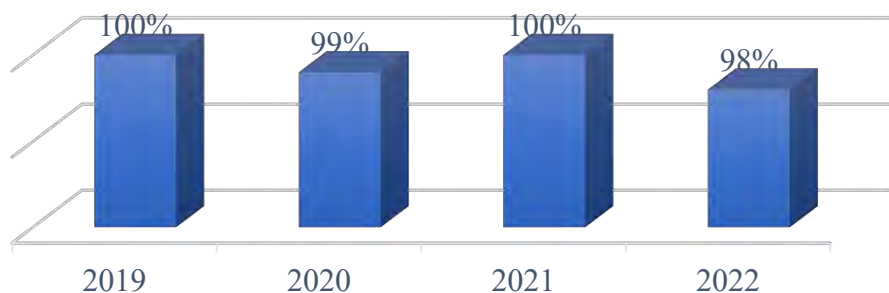


A avaliação da Satisfação dos Cuidadores foi 98% positiva, consideramos que a satisfação dos cuidadores se tem vindo a manter em valores muito elevados. A satisfação das famílias é um indicador crítico da qualidade dos serviços prestados, famílias satisfeitas, sugerem que seus entes queridos estão a receber cuidados adequados e humanizados. A CSSJ promove uma grande proximidade com as famílias dos seus utentes, percecionando-as como parte do processo terapêutico, as suas opiniões e feedback fornecem informações valiosas para a instituição e contribuem de forma major para uma real perspetiva sobre o que está bem e o que pode ser melhorado, permitindo que se façam ajustes e melhorias nos processos e serviços. O resultado obtido demonstra o esforço que a CSSJ desenvolve diariamente 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, algo que sentimos ser muito valorizado pelos cuidadores.

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, pelos resultados obtidos, acreditamos ser esse o nosso caso.



Tendência da Satisfação dos Cuidadores

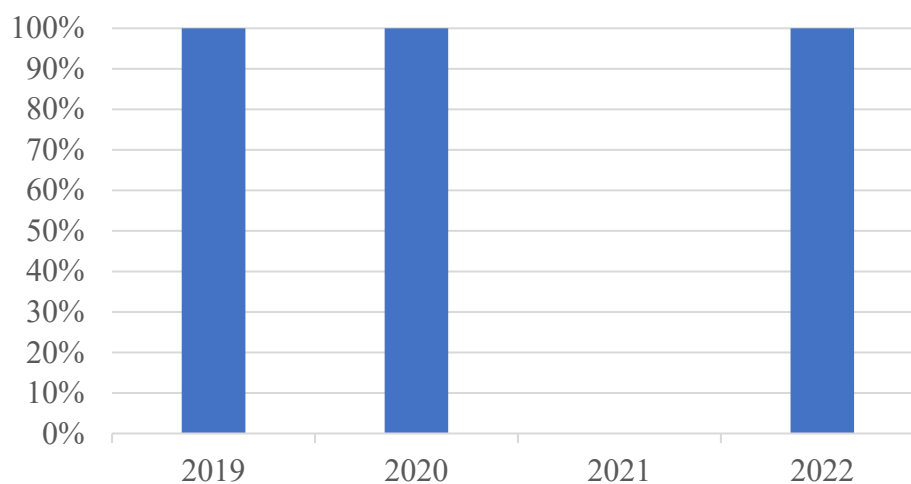


SATISFAÇÃO GLOBAL VOLUNTÁRIOS



A avaliação da satisfação dos Voluntários foi 100% positiva, sendo que se situa na sua totalidade no nível “muito bom”.

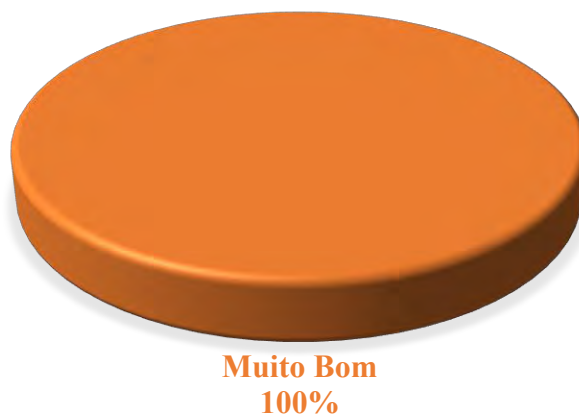
Tendencia Satisfação dos Voluntários



A tendência tem-se vindo a manter no valor máximo, exceção ao feita ao ano de 2021 que, devido à inexistência de projetos ativos, em virtude da pandemia, não foi possível avaliar. A CSSJ valoriza a relação com os voluntários, considerando-os como mais-valias nas dinâmicas institucionais. Este sentimento e reconhecimento é transmitido e reforçado junto aos mesmos, o que justifica em parte, este elevado grau de satisfação e o sentimento de pertença que demonstram.

Parceiros

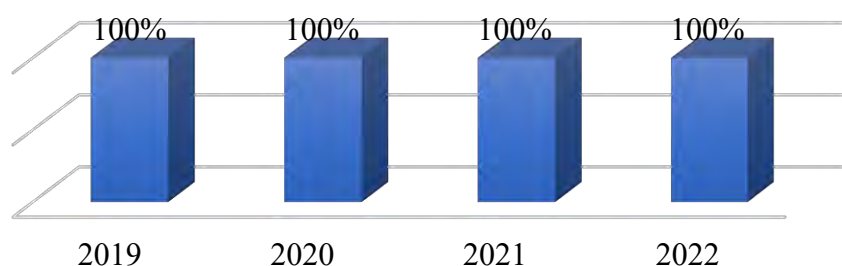
SATISFAÇÃO GLOBAL PARCEIROS



A avaliação global da satisfação dos Parceiros foi 100% positiva. Destaca-se que todos os parceiros avaliam a parceria no nível "muito bom", um claro sinal de um relacionamento sólido e produtivo. Estes resultados são fruto do trabalho conjunto e da boa colaboração entre a CSSJ e os seus parceiros, que têm sido fundamentais para alcançar 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 melhorarmos continuamente os nossos serviços e aprimorarmos o nosso desempenho. O feedback recebido tem sido essencial para identificarmos oportunidades de melhoria e implementarmos ações corretivas e preventivas.



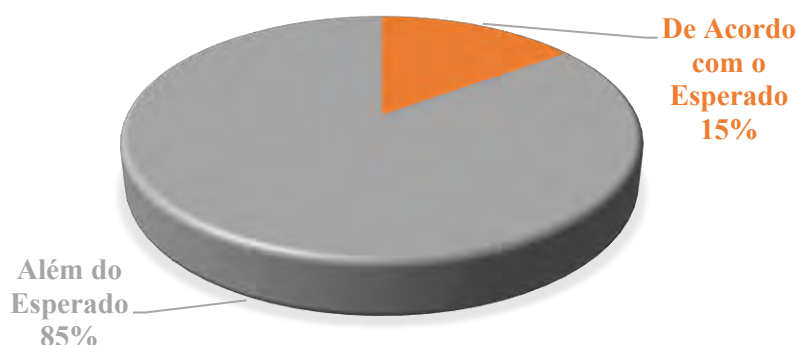
Tendência Satisfação Global Parceiros



A tendência dos últimos quatro anos encontra-se no valor máximo, refletindo o reconhecimento dos parceiros pela instituição e pela importância do trabalho em parceria, enquanto veículo de fomento de boas práticas.

Avaliação das Parcerias

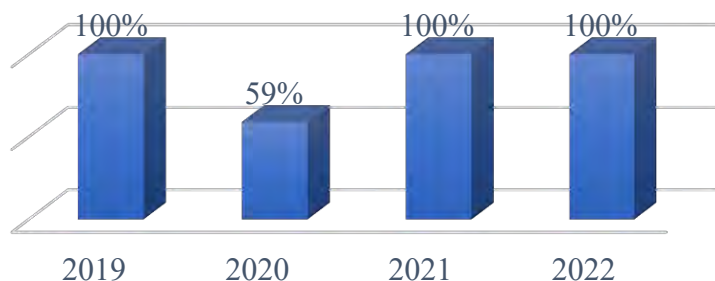
AVALIAÇÃO DAS PARCERIAS



O valor acrescentado das parcerias foi 100% > = *de acordo com o esperado*, o que é considerado um ótimo resultado. As parcerias foram sendo retomadas progressivamente, depois de muitas delas terem ficado inativas durante a pandemia COVID-19. A CSSJ tem o entendimento que as suas parcerias têm o potencial de fortalecer a qualidade dos serviços prestados, melhorar a eficiência operacional e aumentar o alcance da instituição proporcionando uma abordagem mais holística e completa para o atendimento dos seus utentes, que vá além do que as valências intrainstitucionais oferecem.



Tendência Avaliação das Parcerias



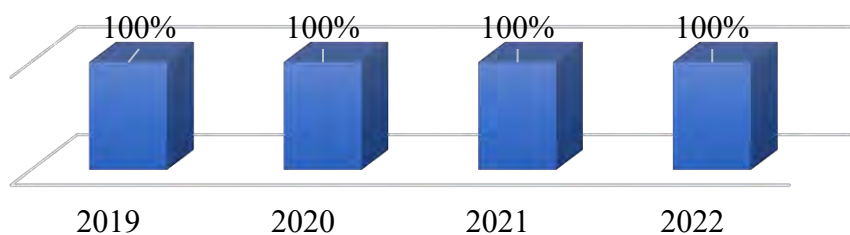
Fornecedores



A avaliação da satisfação dos Fornecedores foi 100% positiva. De salientar que esta avaliação se situa no nível "muito bom". A tendência tem-se vindo a manter no valor máximo. O esforço de cumprimento dos compromissos financeiros e a política de proximidade e disponibilidade, torna a relação comercial mais ágil e efetiva, resultando num nível de satisfação acima da média.



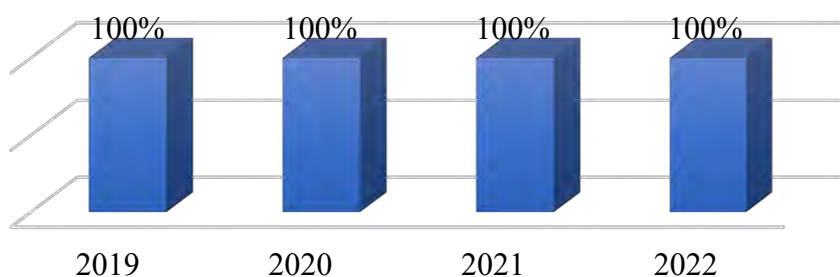
Tendência Avaliação Satisfação dos Fornecedores



Avaliação Global dos Fornecedores

A avaliação dos Fornecedores foi 100% positiva. A tendência tem-se vindo a manter no valor máximo.

Tendência Avaliação Global Fornecedores



2.2 Elogios recebidos

CSSJ

"Aqui sinto-me em casa!"- Utente

"Todos cuidam muito bem de mim." Utente

"Sentimos que cuidam muito bem do nosso pai" Família



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	98%	100%
	Taxa de concretização dos projetos de melhoria	90%	30%
	% de Utentes internados que recomendariam a Instituição	80%	84%
	% de colaboradores com avaliação \geq suficiente na comunicação com a hierarquia	86%	68%
	% de Stakeholders com avaliação global igual ou superior a "bom"	99%	100%
	% de Cuidadores/Famílias com avaliação global de satisfação \geq "bom"	97%	98%
	Valor acrescentado das parcerias (\geq de acordo com o esperado)	100%	100%
	Taxa de Sucesso da Política da Qualidade	36%	45%
	Nº de melhorias decorrentes de atividades de Benchmarking/learning.	3	0

O indicador *Valor acrescentado das parcerias (\geq de acordo com o esperado)* foi atingido, a análise deste resultado já foi feita anteriormente neste documento.

Os resultados obtidos na avaliação da satisfação das partes interessadas atingiram as metas propostas, o que nos deixa naturalmente satisfeitos uma vez que a instituição, como já anteriormente descrito, valoriza e promove uma proximidade e contacto de excelência com as suas partes interessadas.



Apenas 5 projetos de melhoria/ inovação se efetivaram, sendo que a taxa de concretização dos mesmos foi de 30%. Estes valores, não sendo de todo os desejáveis, refletem o período final da pandemia, uma vez que no momento da aprovação dos projetos não era ainda possível perspetivar quando se retomaria o normal funcionamento dos serviços, levando a que alguns não pudessem ser concretizados como inicialmente se estimava. Entendemos este valor como insuficiente e temos o claro objetivo que o mesmo melhore de forma substancial na próxima avaliação.

Consciente da importância operacional e estratégica do Benchmarking/learning, a Instituição tem já previstas ações para o ano de 2023, o que perspetiva que o indicador *Nº de melhorias decorrentes de atividades de Benchmarking/learning*, poderá aí ser atingido ao contrário do que se verificou este ano, em que nenhuma medida de melhoria foi implementada. Este é um aspeto para o qual a CSSJ se encontra sensibilizada em aprimorar.

A taxa de sucesso foi atingida, na conclusão deste documento este resultado será analisado mais em detalhe.

Em relação à avaliação da satisfação dos colaboradores, a mesma foi já alvo de reflexão neste documento.

Processo	Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	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	0	-4	-5	-7	-5	-3	-6	-4	-6
	N.º de dias de faturação particular mensal (utentes/famílias) e a data limite	0	-16	-14	-12	-13	-12	-14	-16	-12	-15	-14	-13	-15



Conforme podemos verificar, no processo GAF, as metas foram atingidas muito além das definidas, demonstrando mais uma vez a eficiência do processo. Relevamos as médias -4 e -14 dias relativamente aos objetivos 8 e 9 respetivamente.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_03 Gestão de Pessoas (Critérios 07, 09, 10, 12, 38)	% de colaboradores com avaliação de desempenho igual ou superior a “Satisfaz” ou “satisfatório”	99%	100%
	% de colaboradores com avaliação de satisfação igual ou superior a “suficiente”	89%	77%
	% de projetos de voluntariado com avaliação média igual ou superior a suficiente	100%	100%
	% de Colaboradores com Fichas de Desenvolvimento \geq “De Acordo com o Esperado”	100%	47%
	% de voluntários com avaliação de satisfação igual ou superior a “suficiente”	100%	100%

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

No que diz respeito ao resultado do indicador da satisfação dos colaboradores, o mesmo já foi alvo de análise no capítulo anterior. Reforça-se, contudo, a consciência e análise sobre os resultados, bem como as medidas entretanto implementadas para reverter os mesmos. A satisfação dos voluntários manteve-se igual ao ano anterior, com uma avaliação global 100% positiva.

Em relação ao indicador *% de Colaboradores com Fichas de Desenvolvimento \geq “De Acordo com o Esperado”* a Instituição encontra-se em processo de operacionalização da avaliação bienal.



Este processo de acerto das avaliações a decorrerem todas no mesmo ano poderá ter originado uma queda no resultado apurado, que acreditamos será corrigida em 2023, com a normalização deste procedimento.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_05 Gestão de Recursos (Critérios 21, 38)	% de fornecedores com avaliação de desempenho igual ou superior a “Satisfaz”	90%	100%
	% de Fornecedores com avaliação global de satisfação igual ou superior a "suficiente"	100%	100%
	% de fornecedores com avaliação >= Bom na facilidade de contacto c/ a Instituição	100%	100%
	N.º de Ocorrências com Fornecedores	0	0

De acordo com os resultados verificamos uma relação institucional excelente com os fornecedores de forma recíproca; tanto no que concerne à avaliação efetuada como em relação aos inquéritos de satisfação.

Relativamente à motivação dos Colaboradores, encontra-se na média de 5,8 (numa escala de 0-6), sendo um valor deveras satisfatório, materializando o compromisso de “fazer bem o bem” tal como se encontra definido na missão do ISJD.



Processo	Indicador	Meta	Resultado
PQ_06 Gestão de Medicamentos e DM(Critérios 38)	(Valor semestral médio de aquisição de MDM destruídos / Valor do stock médio de MDM) *100	2%	0.9%

Em relação ao processo chave Gestão de Medicamentos e Dispositivos Médicos (AMDM), a meta foi atingida, o que valida a efetiva colaboração 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.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_07 Saúde Mental	% de objetivos totalmente alcançados PII	64%	50%
	% de concretização do PII	72%	50%
Longo Internamento	Avaliação média das expectativas PII	8	8.2
	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	55%	100%
Reabilitação Psicossocial Critérios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	75%	80%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	75%	20%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	88%	100%



A análise qualitativa dos dados supramencionados, releva que a % de objetivos alcançados, bem como a % de alcance das metas não foram atingidas enquanto indicadores do serviço. Os resultados parecem ser explicados pelas intervenções de cariz comunitário/social e ainda de saúde mental dos Planos Individuais de Intervenção que não decorreram de acordo com o esperado, em muito originadas pela demora na tomada de decisão por parte das entidades oficiais para um efetivo desconfinamento. Estas dimensões, por sua vez, tiveram impacto na qualidade de vida dos utentes, que estão a ser mitigadas através de uma maior intervenção nas áreas identificadas no decurso do corrente ano, de forma a retomar o nível de resultados desejável, face aos objetivos da instituição.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_12 Gestão da Formação (Critérios 38)	% Colaboradores com formação em identidade institucional	54%	11%
	% de formandos com aproveitamento	98%	100%
	N ^a Médio de Horas de formação por colaborador	40	16.1
	% de formandos com avaliação global de satisfação >= a “suficiente”	100%	100%

No que concerne ao PQ_12 - Gestão da Formação, concluímos que 50% dos indicadores foram atingidos.

No respeitante à % de formandos com aproveitamento, e à % de formandos com avaliação global de satisfação >= a “suficiente, os resultados foram de 100%, conforme os objetivos definidos.

O número médio de horas de formação por colaborador estando definido, no enquadramento legal, para 40H00, mas não foi alcançado, ficando-se no valor médio de 16H10.

Este facto deveu-se à escassa participação dos colaboradores nas ações formativas, dificuldade de formadores disponíveis, assim como apesar de estarem definidas em Plano Anual de Formação 2022, 20 Ações de Formação, somente se concretizaram 5.



Acresce-se à circunstância que no ano em questão, derivado à Pandemia pelo COVID-19, com constantes alterações de horários de trabalho, alteração de turnos, e à elevada taxa de absentismo, todos estes fatores apontados contribuíram para o não atingimento do Indicador.

No entanto referente ao Relatório Anual da Formação 2022 assinala-se um acréscimo de participações em Ações de Formação de carácter externo.

Ao resultado do Indicador de % Colaboradores com formação Institucional tinha como referência 54%, mas somente foi atingido em 11%.

Em Plano Anual de Formação constavam 5 Ações Formativas: Acolhimento e Integração na Instituição - Admissão; Acolhimento e Integração na Instituição – Transferência; Ordem Hospitaleira - Vida de S. João de Deus; Sistema de Gestão da Qualidade e A Pastoral segundo o estilo de S. João de Deus, na Área de Formação Institucional 347 (Ciências empresariais Enquadramento na organização/empresa), mas somente se concretizou 1 Ação Formativa nesse âmbito.

Ao resultado aquém do expectável apontam-se similarmente as dificuldades anteriormente descritas, que contribuíram para a não concretização de 2 indicadores.

Levando-se em consideração estes aspetos, assinala-se, para finalizar, referente ao Plano Anual de Formação 2022 que a sua meta dos indicadores deteve um resultado global também de 50%.

O ano de 2022 foi um ano de continuação, de vivências pessoais e profissionais desafiantes, que nos estimularam nos mais diversos sentidos. Espera-se que em 2023 os desafios se mantenham, mas que as lições aprendidas sejam a base do sucesso dos objetivos para o ano de 2023.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_16 Saúde Mental	% de objetivos totalmente alcançados PII	90%	90%
	% de concretização do PII	90%	90%
	Avaliação média das expectativas PII	9	9.25



Longo Internamento Apoio Máximo CrITÉrios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a “bom”	94%	88%
	% utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	87%	89%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	79%	74%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	87%	67%
	% de utentes que participaram em atividades de referência da Unidade	95%	95%
	Taxa da Prevalência de Quedas	<16%	na

Observa-se que os indicadores *% de utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a “bom”*; *% de utentes que mantêm ou melhoram a QV* e *% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia* não foram obtidos os valores previstos, ficando estes aquém do esperado. Esta situação poderá estar diretamente relacionada com o facto do estado de saúde de um número considerável de utentes ter-se agravado neste último ano, tendo impacto na qualidade de vida e autonomia/empowerment dos mesmos. Ainda no que concerne à taxa de prevalência de quedas (processo nº46) não foi avaliada, levando à reestruturação da metodologia de trabalho das equipas com efeitos já para o corrente ano.

Relativamente ainda aos processos-chave, verificou-se um sucesso da promoção da inclusão social dos utentes tendo este indicador ter tido um valor superior ao esperado, resultado este diretamente relacionado com a retoma de algumas atividades suprimidas durante o contexto pandémico. Pelo exposto e ciente das oportunidades de melhoria identificadas conclui-se que execução deste processo foi um sucesso.



Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_17 Saúde Mental	% de objetivos totalmente alcançados PII	82%	85.9%
	% de concretização do PII	83%	86%
	Avaliação média das expectativas PII	8.5	8.8
Longo Internamento	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	89%	98%
Apoio Moderado	% de utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	90%	100%
Critérios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de utentes que mantêm ou melhoram a QV	82%	88%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia	96%	100%

Os resultados obtidos no PQ_17 Longo Internamento Apoio Moderado foram francamente positivos.

Os valores referentes aos indicadores do PII obtiveram resultados bastante positivos. Foram desenvolvidas estratégias e atividades para que os objetivos definidos em PII fossem atingidos, indo de encontro à expectativa do utente, família e equipa multidisciplinar. O indicador “Avaliação média das expectativas PII” foi atingido comprovando o agrado dos utentes pela forma como o seu PII foi elaborado, desenvolvido e avaliado.

Os indicadores referentes à Qualidade de Vida, Autonomia/Empowerment e Inclusão Social foram todos atingidos, tendo inclusivamente, superado as metas estabelecidas. A equipa congratula-se com estes resultados que demonstram o sucesso das intervenções e metodologias implementadas para o efeito.

No que diz respeito ao indicador “% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"” o resultado foi de 98% superando, largamente, a meta



estabelecida (89%), é um resultado positivo que demonstra de forma evidente a satisfação dos utentes com os serviços prestados.

Conclui-se por isso que o desempenho do PQ 17 Saúde Mental Longo Internamento- Apoio Moderado foi bem-sucedido.

Processo	Indicador	Meta	Resultados
PQ_18 Cuidados Continuados MDR Critérios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	% de objetivos totalmente alcançados PII	83%	91%
	% de concretização do PII	86%	91%
	Avaliação média das expectativas PII	9.5	9.3
	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	98%	100%
	% de utentes que mantêm ou melhoram a inclusão social	98%	96%
	% de utentes que melhoram a qualidade de vida	93%	82%
	% de utentes que melhoram a autonomia/empowerment	82%	97%

O âmbito do “PQ_18 Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação” é aplicável a duas Unidades da CSSJ, a Unidade de Saúde da Gelfa (USG) e a Unidade de Saúde de Melgaço (USM).

Podemos dizer, tendo em conta os resultados, que este Processo-Chave teve Sucesso. No entanto verificamos que existem alguns indicadores com resultados aquém do esperado, como por exemplo a avaliação de expectativas, a qualidade de vida e a inclusão social. Estes valores devem-se, provavelmente, ao facto de existirem muitos utentes que são mal referenciados, sendo admitidos já com muito pouco potencial, com inúmeras doenças associadas e por vezes mesmo



em fim de vida, acabando por falecer ou não permanecer na unidade por muito tempo. São realizadas sensibilizações aos referenciadores, relativamente a estas situações, em várias reuniões com os mesmos de forma a melhorar esse aspeto. A variação média da autonomia foi atingida, assim como os indicadores relativos aos PII's.

Processo	Nº	Indicadores de Processos	Metas	Resultados
PQ_19 Cuidados Continua dos LDM (Critérios 05, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43)	19	% de objetivos totalmente alcançados PII	63%	85%
	20	% de concretização dos PII	64%	86%
	21	Avaliação média das expectativas PII	9.2	9.5
	22	% de Utentes em internamento com avaliação global de satisfação igual ou superior a "bom"	89%	100%
	25	% de utentes que mantêm ou melhoram inclusão social	96%	95%
	26	% de utentes que mantêm ou melhoram a qualidade de vida	74%	96%
	27	% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment	91%	89%

Os resultados obtidos no PQ_19 Cuidados Continuados LDM são considerados positivos. Tal como o PQ_18, reportam-se às Unidades USG e USM.

Os indicadores *% de utentes que mantêm ou melhoram inclusão social* e *% de utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment* não foram atingidos, tendo ficado abaixo da meta 1% e 2% respetivamente. Dada a proximidade do valor obtido às metas estabelecidas, a equipa valoriza estes resultados e considera-os reveladores de boas práticas, aliados aos restantes indicadores do processo que não só atingiram as metas como em alguns casos como da *% de utentes que mantêm ou melhoram a qualidade de vida*, *% de concretização dos PII* e a *% de objetivos totalmente alcançados PII*, as superaram largamente, considera-se que a implementação deste processo tem sido bem sucedida e que a prestação de cuidados desenvolvida pela equipa multidisciplinar, centrada no bem estar e qualidade de vida dos utentes, tem surtido



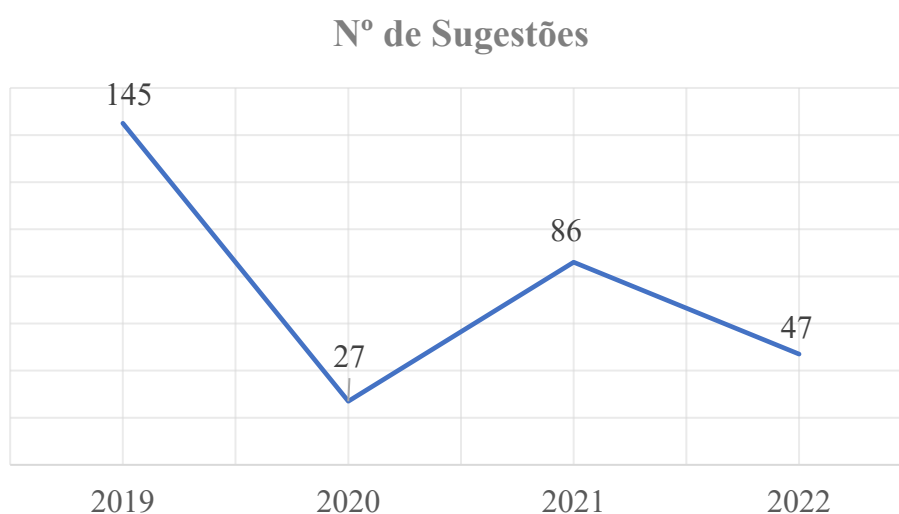
efeito positivo e se encontra plasmada nos resultados quantitativos obtidos, além de validada também, pelo valor atingido da satisfação dos utentes de 100%.

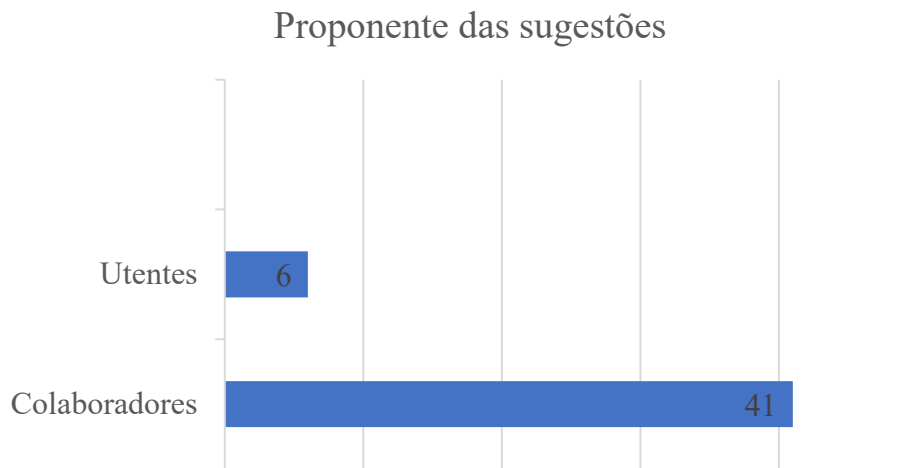
4. Gestão de Sugestões, Reclamações e Fichas de Melhoria (Critérios 44)

As sugestões e reclamações desempenham um papel fundamental na melhoria contínua e no aperfeiçoamento dos serviços prestados. Estas contribuições podem revelar falhas nos processos, lacunas na qualidade dos serviços, problemas de comunicação ou qualquer outro aspeto que afete a experiência das partes interessadas. Ao receber e analisar essas informações, a instituição pode identificar oportunidades de melhoria e implementar as mudanças necessárias. As sugestões e reclamações permitem que a CSSJ se mantenha atualizada com as expectativas e necessidades das partes interessadas. Ao ouvir os feedbacks dos seus utentes, a instituição pode compreender melhor as suas necessidades e procurar maneiras de aperfeiçoar os seus serviços, tornando-os mais adequados e alinhados às necessidades identificadas. Isso resulta em uma melhor experiência para os utentes e uma maior satisfação com os serviços recebidos.

4.1 Sugestões e Reclamações (Critérios 14, 17)

No ano de 2022 foram registadas 47 sugestões, com uma taxa de eficácia das medidas adotadas de 100%. 41 sugestões apresentadas por colaboradores e 6 pelos utentes.





No ano de 2022 foram elaboradas 2 reclamações durante o ano de 2022, às quais foram dadas o tratamento procedimentado pela ERS.

4.2 Fichas de Melhoria (Critérios 48)

Durante o ano de 2022 foram elaboradas 8 fichas de melhoria (FM), que derivaram da análise do relatório Auditoria EQUASS 2018, com uma taxa de eficácia de 100%.

4.3 Áreas de melhoria identificadas

Podemos concluir que as áreas de melhoria identificadas estão relacionadas fundamentalmente com:



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%	92%
Avaliação Positiva Q: foi tratado de forma diligente e respeitosa?	> 95%	98%

Foram atingidos 50 % dos objetivos desta política, pelo que a mesma é considerada não eficaz.

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 Instituto São João Deus, pelo que se percebe a sua enorme importância e a seriedade com que é conduzida. O indicador “*respeito pelos seus direitos como pessoa humana?*” do inquérito de satisfação dos utentes, ficou a 3% da meta definida pelo que se considera um resultado bastante significativo. Existiu uma ocorrência de AMT registada durante o ano de 2022.

Pelo exposto a avaliação desta política é considerada não eficaz, no entanto, considera-se que são bem-sucedidas as estratégias implementadas na CSSJ para promoção dos direitos dos utentes e prevenção de abusos e maus tratos sendo que a ocorrência de AMT registada e o respetivo tratamento efetuado 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%	96%
Avaliação Positiva Q: privacidade	> 95%	98%
N.º de reclamações relacionadas com confidencialidade	<= 8 (1/Estabelecimento)	0

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

A 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 CSSJ, 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%	96%
% de Utentes que mantêm ou melhoram a autonomia/empowerment	>= 85%	91%



% de Colaboradores com avaliação de satisfação igual ou superior a "suficiente"	> 95%	77%
% de Cuidadores/Famílias com avaliação global de satisfação >= "bom"	> 98%	93%

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

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 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 significativos, demonstrando o esforço Institucional para o atingimento das metas propostas. Somos da 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 inquiridos de satisfação das famílias, o valor atingido de 93% manifesta uma avaliação muito significativa que valida, na nossa opinião, a boa relação entre a Instituição e as famílias.

Em relação à avaliação da satisfação dos colaboradores, a mesma já foi alvo de reflexão, neste documento.

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)	81/300	27%
Taxa de Prestação (Atividade Relevante)	240/300	80%
Taxa de Avaliação (Questionário de satisfação anual)	94/300	31%
Taxa de Participação dos Utentes (Média das Taxas)	46%	



A política de participação é fundamental para CSSSJ que procura promover uma cultura participativa e centrada no utente, onde as suas opiniões e sugestões são ouvidas e consideradas na tomada de decisões e no planeamento dos serviços ou intervenções oferecidas. É realizada uma avaliação regular desta política, identificando oportunidades de melhoria e garantindo a efetividade desta prática na promoção da qualidade dos serviços e no fortalecimento da relação entre a instituição e os utentes.

A taxa de participação é calculada através das taxas de planeamento (participação no plano de atividades), prestação (participação numa atividade relevante) e de avaliação (resposta aos questionários de satisfação).

A atividade relevante que dá resposta ao indicador *Taxa de Prestação* é a Festa de Natal.

Atendendo ao enquadramento psicopatológico de grande parte da população de utentes da Instituição, concluímos, que a taxa de participação alcançada é positiva e reveladora de boas práticas promotoras da participação dos utentes.

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

Ao implementar uma política eficaz de reconhecimento e envolvimento, a instituição potencia um ambiente de trabalho estimulante e gratificante, impulsionando o sucesso organizacional e o bem-estar dos seus colaboradores. Quando estes são reconhecidos pelo seu trabalho, dedicação e contribuições, sentem-se valorizados e encorajados a continuarem o bom desempenho. O reconhecimento adequado pode impulsionar a motivação intrínseca dos colaboradores, aumentando a sua satisfação no trabalho e a sua perceção de compromisso institucional.

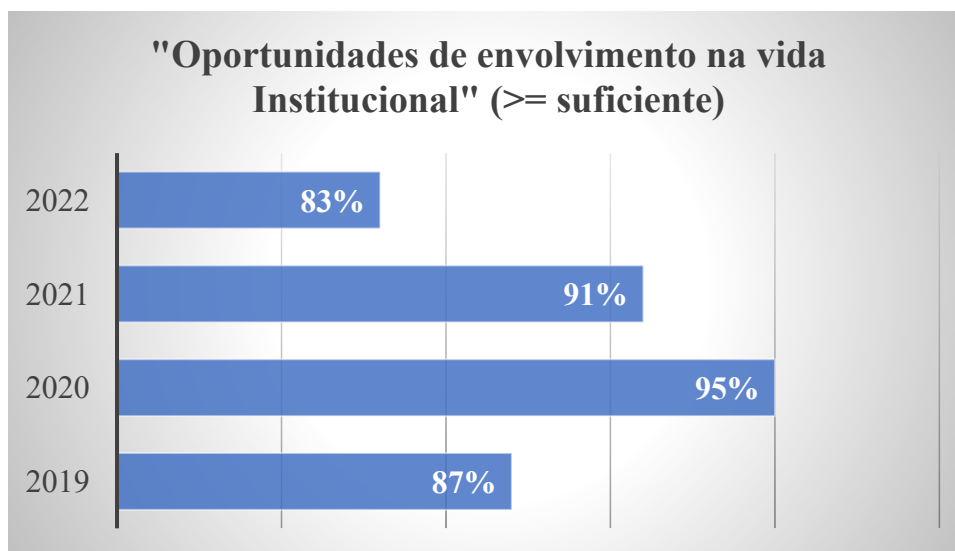
A avaliação da política de reconhecimento e envolvimento do colaborador é uma parte fulcral da gestão de recursos humanos de uma organização. Reconhecer e envolver os colaboradores é essencial para manter a sua motivação, aumentar a produtividade e promover um ambiente de trabalho saudável e positivo. 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. A CSSJ envolve os colaboradores nas decisões organizacionais, através do seu contributo para, por exemplo, a definição do Plano de Atividades e Plano Anual de Formação.

Em 2022 as atividades relevantes consideradas para medir o envolvimento dos colaboradores foram a semana do colaborador, festa de São João de Deus e o jantar de Natal, que este ano



contaram com uma taxa de participação de 42%, 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 de Natal 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 83% dos colaboradores avaliaram esse item de forma positiva.

Esta avaliação tem-se mantido superior a 80%, sendo um valor satisfatório e comprovativo do envolvimento dos colaboradores 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, excecionalmente, 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 61%, considerando-se uma avaliação que valida a Política de Reconhecimento implementada. Contudo não deixa de ser motivo de reflexão institucional, sobretudo num momento em que a conjuntura económico social é mais instável. Os modelos e estratégias de reconhecimento de recursos humanos é uma área em que o ISJD tem vindo a debruçar-se com mais afinco, sendo consciente que existe caminho a definir e que o mesmo depende de vários fatores intrínsecos, mas que estão diretamente dependentes de fatores extrínsecos que os condicionam fortemente.

5.2 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.

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.

Dessa forma no ano de 2022 podemos nomear as seguintes atividades:

Colaboradores:

Foi promovido um ambiente de envolvimento e reconhecimento do Colaborador, em que podemos mencionar o Cabaz de Natal (e prenda para os filhos até aos 12 anos), bem como a dinamização de atividades diretamente direcionadas para o fomento do espírito de equipa, saúde e bem estar em contexto institucional, nomeadamente com a realização da Semana do Colaborador, que promove atividades nas 3 unidades da CSSJ.

Como já espelhado no ponto da satisfação dos Colaboradores, relativamente ao Reconhecimento que recebe, bem como a possibilidade de envolvimento do mesmo na vida da Instituição, ela é avaliada como positiva.



Sociedade:

Aos utentes internados, sem capacidade económica, foram suportadas despesas pessoais como lavagem de roupa e produtos de higiene. Foram também oferecidas roupas a utentes que não tinham possibilidade económica de as comprar.

POAPMC – Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas - é um Programa que pretende ser um instrumento de combate à pobreza e à exclusão social em Portugal. O Programa foi desenhado numa lógica de intervenção mediante apoio alimentar e outros bens de consumo básico, assim como no desenvolvimento de medidas de acompanhamento que capacitem as pessoas mais carenciadas a vários níveis, promovendo assim a sua inclusão. A candidatura foi submetida através de um consórcio constituído por sete instituições do concelho de Barcelos e encabeçado pelo Banco Alimentar contra a Fome – Núcleo de Braga. Após aprovação do financiamento o programa teve início a 6 de dezembro de 2017 com o apoio aprovado para 204 beneficiários;

Ambiente:

Implementação de medidas de eficiência energética - efetuou-se um estudo de eficiência energética nas Unidades de Areias de Vilar e Gelfa que teve como objetivo aferir as condições atuais de utilização de energia, elétrica e não elétrica, no que se refere à avaliação dos consumos e das condições de funcionamento dos equipamentos. Com base nestes pressupostos avaliaram-se medidas de utilização racional de energia e de eficiência energética e a adequabilidade da utilização de energias renováveis ao abrigo do Regime de Autoconsumo. Neste sentido iniciaram, em 2022, as implementações das medidas de racionalização e consumo de energia (MRCE's) na Unidade de Saúde da Gelfa, após aprovação da candidatura ao POSEUR, nomeadamente com substituição e intervenção em equipamentos e a instalação de um parque solar fotovoltaico para autoconsumo.

Separação de resíduos, com reaproveitamento de materiais recicláveis por parte do Atelier de Atividades Ocupacionais para desenvolver Trabalhos Manuais e Recreativos.

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 Utentes

A avaliação do desempenho da instituição em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus utentes é de extrema relevância. O direito à autodeterminação é um princípio fundamental na área da saúde em geral e em particular na saúde mental, que reconhece a capacidade do indivíduo de fazer escolhas informadas sobre sua própria saúde e cuidados. Essa avaliação contribui para uma abordagem mais centrada no utente e para uma prestação de cuidados mais ética e eficaz. Isso pode incluir a disponibilização de informações claras e acessíveis, a criação de um ambiente acolhedor e inclusivo, e o envolvimento dos utentes na tomada de decisões relacionadas à sua saúde. O empoderamento dos utentes contribui para melhorar a sua experiência, satisfação e resultados de saúde.

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 88% e 92%, demonstrando a perceção positiva dos utentes relativamente ao seu envolvimento, participação e empoderamento. Todos os utentes da CSSJ 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.

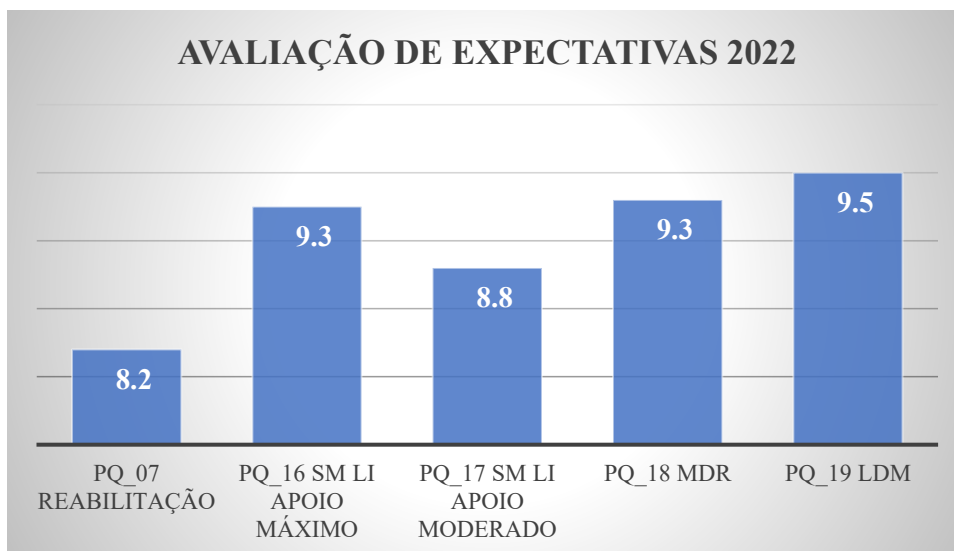
98% dos utentes avaliam positivamente, através do questionário de satisfação, a “*Informação prestada pelos profissionais de saúde*” evidenciando que existe uma enorme preocupação e respeito relativamente a esta temática.

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.

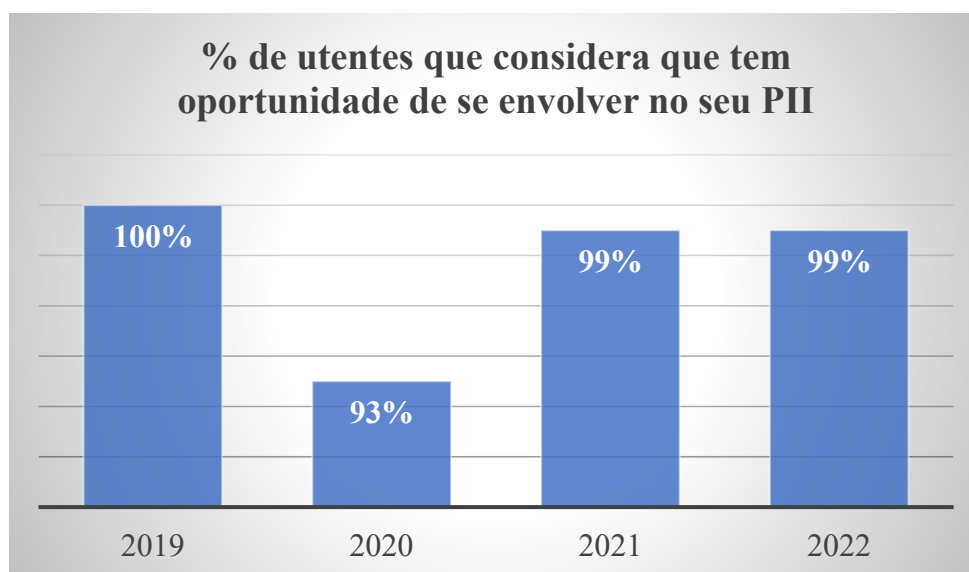
Na elaboração do PII a equipa multidisciplinar tem a preocupação que o utente consiga expressar as suas expectativas e que estas possam ser correspondidas, pela construção de objetivos e o



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 9 em 10 possíveis.



99% 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 direccionar 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 CSSJ em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus utentes é considerada positiva.



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 avaliação da não discriminação no acesso aos serviços e a avaliação do desempenho em relação à facilitação aos clientes do acesso a pessoas que os representem e/ou pessoas de apoio são de extrema relevância. Esses aspetos são essenciais para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e promover a inclusão de todos os indivíduos, independentemente das suas características ou necessidades específicas. Isso implica em não discriminar com base em características como raça, etnia, gênero, orientação sexual, idade, deficiência, entre outros. A avaliação ajuda a identificar e abordar barreiras e práticas discriminatórias, garantindo que todos tenham acesso equitativo aos serviços de saúde.

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 CSSJ todos os internamentos, exceto os efetuados no âmbito da RNCCI, 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 CSSJ. 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.

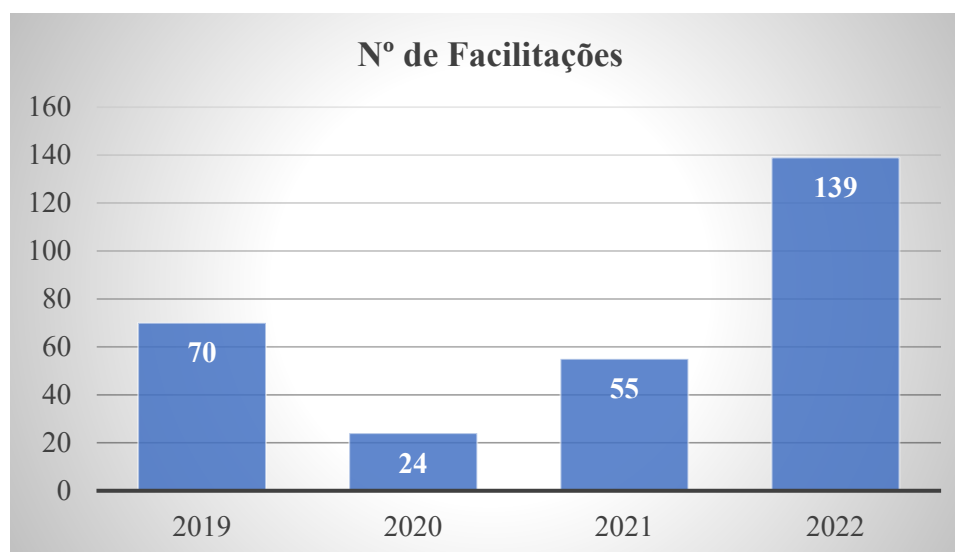
Dessa forma, e assente na Política de Direitos e Deveres, consideramos positiva a avaliação referente da não discriminação no acesso aos serviços.



Em todas as unidades da CSSJ 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 139 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.



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)

Ao identificar as barreiras existentes, como barreiras financeiras, geográficas, culturais ou estruturais, é possível implementar estratégias para superá-las e garantir que todos os indivíduos tenham a oportunidade de aceder aos serviços de saúde necessários. Isso contribui para reduzir



as disparidades de saúde e promover a igualdade de acesso, garantindo que os indivíduos recebem cuidados contínuos e adequados ao longo do tempo. A falta de continuidade do processo terapêutico pode resultar em lacunas no tratamento, falta de acompanhamento adequado e deterioração dos resultados de saúde. Ao identificar e abordar as barreiras à continuidade da prestação de cuidados, é possível garantir uma transição suave e contínua entre os programas e serviços.

Esta realidade é algo para o qual a CSSJ se encontra sensibilizada e desenvolveu procedimentos e processos que visam garantir o acesso dos utentes aos cuidados e serviços de que mais necessitam, nomeadamente e na área de saúde mental:

Procura de serviços, acesso e gestão de vagas

No intuito de responder de forma direta e em tempo útil a todos clientes que após a avaliação das necessidades, reúnem as condições requeridas para integrar as unidades de tratamento e reabilitação; estes são integrados nas Listas de Utes Encaminhados/Potenciais Clientes, para os respetivos serviços e à medida que vão surgindo vagas, vão sendo integrados.

As unidades dos vários serviços de longo internamento e reabilitação psicossocial, são unidades de internamento em que se verifica uma baixa rotatividade de utentes, pois a maioria dos clientes e potenciais clientes, são pessoas com doença mental grave, doenças neuro degenerativas em fase avançada e muitos deles, sem suporte que lhes permita viver na comunidade de forma autónoma e com uma vida de qualidade.

A CSSJ possui uma lista de utentes encaminhados para o Serviço de Reabilitação Psicossocial. O período de tempo decorrido entre o encaminhamento e a resposta final, enquadra-se no procedimento, pelo que se pode considerar que não há lista de espera. Todos os utentes encaminhados e com pedido de integração aprovado, são enquadrados nas respostas existentes.

No acesso, relação entre o tipo de necessidade e tipologia de oferta

Para responder aos Utes com potencial/indicação para transitar para as unidades de evolução prolongada (apoio máximo, apoio moderado e Treino de Autonomia), têm sido implementados programas específicos de intervenção nas unidades de origem de modo a proporcionar as melhores condições, visando o empowerment, a autodeterminação, a qualidade de vida e a reintegração comunitária.

Adequação do encaminhamento/referenciação

De salientar que os vários encaminhamentos são efetuados em função da avaliação de necessidades e expectativas recolhidas junto do utente e famílias, pelos vários profissionais da equipa.



Todas as necessidades identificadas para as quais não dispomos de resposta, estabelecemos parcerias e protocolos e procedemos aos vários encaminhamentos. De entre os vários encaminhamentos, salientamos as idas a múltiplas consultas de especialidade (ex: estomatologia, dermatologista, medicina, urologia, entre outras), serviços de apoio jurídico ou social, assim como estruturas comunitárias relacionadas com a cidadania (renovação de CC). Em todas as deslocações dos utentes a outras instituições na comunidade, estes são sempre acompanhados por um colaborador da sua unidade (sendo a família informada e dada a oportunidade de acompanhar o utente).

Nas transferências, a relação entre as necessidades e o potencial de reabilitação alcançado e a oferta de serviço adaptado a esse estadio (próprio ou em parceria).

Os serviços são oferecidos em função do potencial de reabilitação observado. No entanto, quando se procura a integração na comunidade, deparamo-nos com as seguintes barreiras:

- Falta de suporte familiar;
- Falta de suporte financeiro;
- Baixa empregabilidade;
- Falta de suporte habitacional;
- Políticas de inclusão deficitárias.

Na área de Cuidados Continuados Integrados:

A procura dos serviços, a lista de espera e gestão de vagas é realizado pela RNCCI. Sempre que os critérios de admissão não estiverem cumpridos, existe a articulação com a ECL, que por sua vez se responsabiliza pelo correto encaminhamento do utente.

Nas transferências, relação entre o potencial de reabilitação alcançado e a oferta de serviço adaptado a esse estadio, a alta é preparada com o encaminhamento apropriado, de acordo com o estado global e necessidades do utente/família.

Nas unidades, a alta pode ser realizada para:

- Domicílio com apoio domiciliário: lar, Cuidados de saúde primários; ECCI;
- Lar;
- Outra unidade da RNCCI;
- Centro de reabilitação;
- Família de acolhimento.



No entanto, no caso de inscrição em lar, observa-se que não existe resposta adequada em tempo útil. Desta forma, diminui a disponibilização de vagas, impedindo a admissão de novos utentes. Este facto, influencia também negativamente os dados estatísticos, visto que não existem ganhos relevantes, pois são utentes que já atingiram os seus objetivos.

Em todas as Unidades da CSSJ, dá-se primazia à continuidade ininterrupta dos cuidados. Este pressuposto acontece durante o internamento com, por exemplo, o encaminhamento para serviços externos quando existe essa necessidade (realização de consultas, exames, tratamentos...) e aquando da alta que é preparada desde a admissão. O encaminhamento pós-alta é garantido através da avaliação multidisciplinar do quadro clínico, funcional e necessidades identificadas com o cliente e/ou cuidador/familiar. Mediante esta avaliação, é sugerida a resposta considerada mais adequada e feito o encaminhamento para a mesma. Percebe-se a individualização e orientação para a continuidade de cuidados ao analisar os destinos de alta dos Utentes.

Tendo em conta o exposto, consideramos efetuar um trabalho de sucesso, no sentido de propiciar um contínuo de serviços, desde a intervenção inicial à readaptação funcional e à continuidade dos mesmos ao longo do tempo, em função da necessidade e expectativa do momento.

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 CSSJ 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.

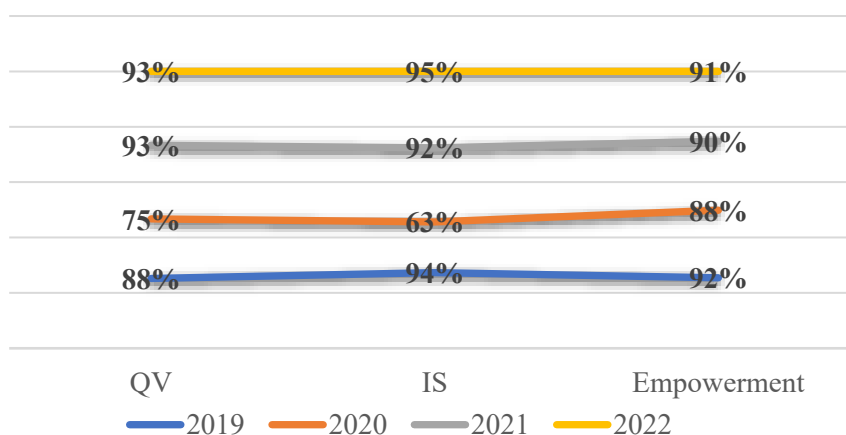
A comparação dos resultados apurados com os anos permitiu uma visão mais abrangente do desempenho, essa análise comparativa possibilita a identificação de tendências e a elaboração de estratégias mais assertivas

Pensamos ter ficado evidenciado que na CSSJ existe uma cultura que prioriza a inovação e a melhoria contínua, com o claro objetivo de potenciar o sucesso da organização

Destaca-se o fato dos indicadores referentes à QV, Inclusão Social e Empowerment terem atingido as metas definidas e apresentarem o melhor resultado global dos últimos três anos, facto com o qual nos congratulamos e que demonstra categoricamente a aposta numa melhoria continua de uma prática assistencial centrada no bem-estar dos utentes.

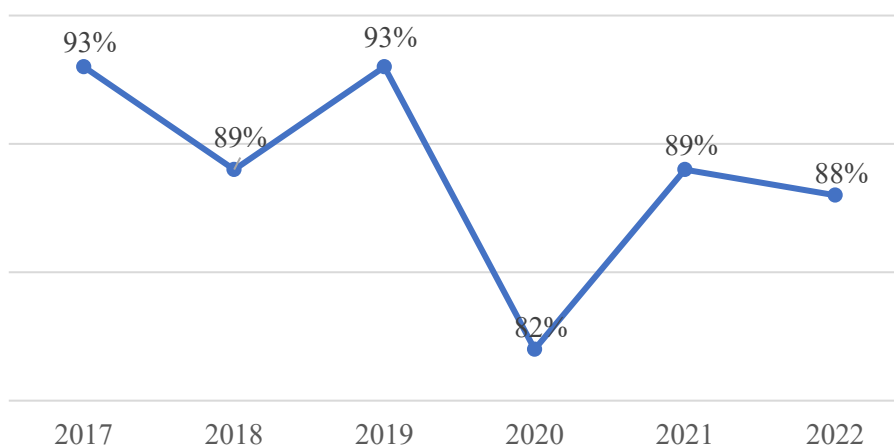


Tendência QV IS Empowerment



A taxa de sucesso situa-se nos 88%, o que traduz um bom nível de desempenho, registando um resultado próximo dos valores dos anos anteriores. Este resultado engloba uma componente de multidisciplinidade, 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.

Taxa de Sucesso



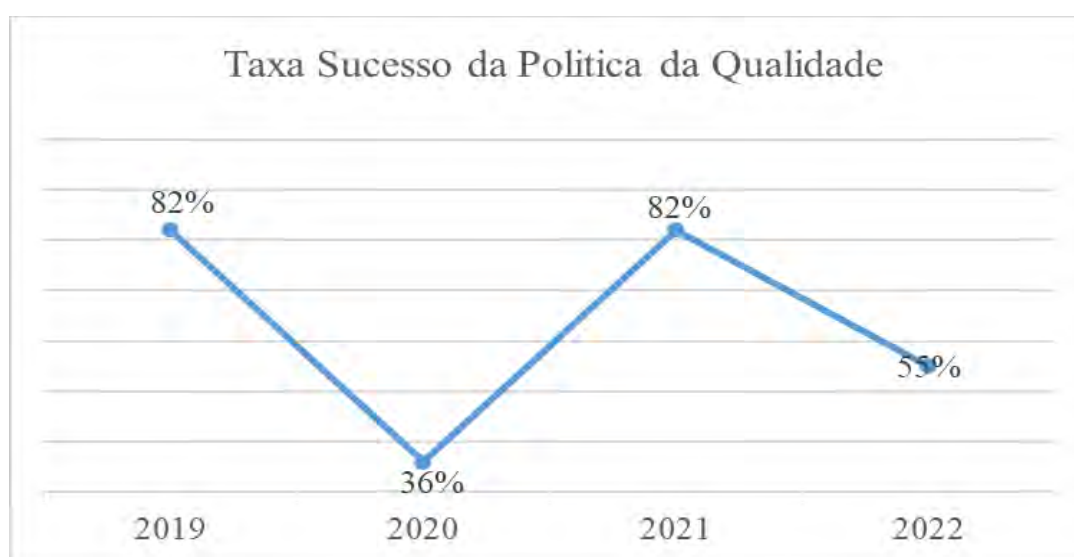
Os indicadores assistenciais mostraram o compromisso da instituição em oferecer um cuidado com qualidade e segurança aos pacientes, com taxas de ocupação adequadas e índices de satisfação das partes interessadas elevados.

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. O resultado de 2022 é de 55% o que reflete um atingimento da maioria dos objetivos estratégicos. No entanto, e como já foi referido ao longo do documento, é um valor que reflete os desafios transversais que surgiram em 2022 e que tem, ao longo de 2023, vindo a ser alvo de tomada de decisões que permitam retornar aos valores que espelham a intervenção integral que efetivamente é prestada pela instituição.

Estamos conscientes que com o efetivo desconfinamento e as mudanças implementadas o ano de 2023 devolverá resultados que façam justiça ao bom desempenho da instituição.



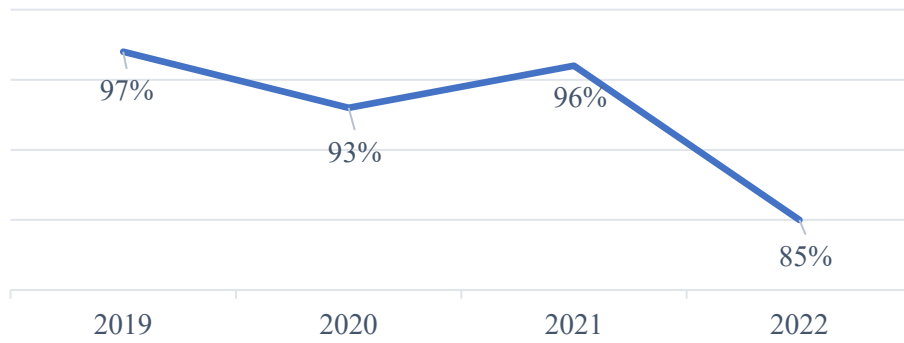
10. Reporte do RDO (Critérios 46, 47, 48)

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 CSSJ.



**% de Colaboradores/Stakeholders/Utentes/
Cuidadores/ Voluntário/Fornecedores que avaliam
como positiva a informação fornecida relativamente
aos Resultados de desempenho da Instituição**



Data	Aprovação
21/09/2023	 Diretor do Estabelecimento



Anexo I – Relatório Anual de Avaliação de Desempenho





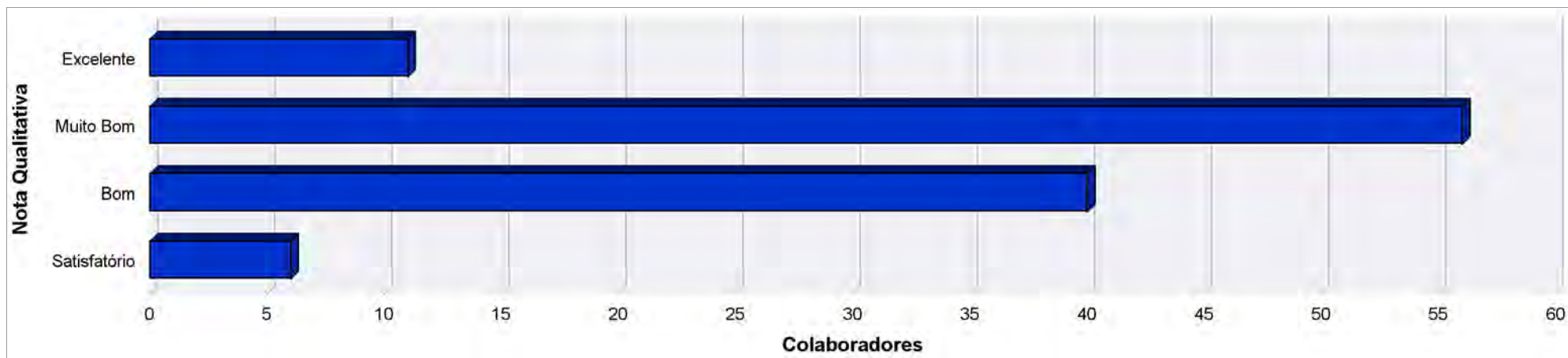
INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Relatório Avaliação Desempenho

2021

Nome Estabelecimento: Casa de Saúde S. José

Colaboradores avaliados: 110



	Pontuação	Descrição	Nº Avaliações	%
A - Nível Superior	5.71 - 6.00	Excelente	11	10%
A - Nível Superior	5.16 - 5.70	Muito Bom	56	50%
B - Nível Expectável	4.26 - 5.15	Bom	40	35%
B - Nível Expectável	3.11 - 4.25	Satisfatório	6	5%
		Total:	113	100%



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

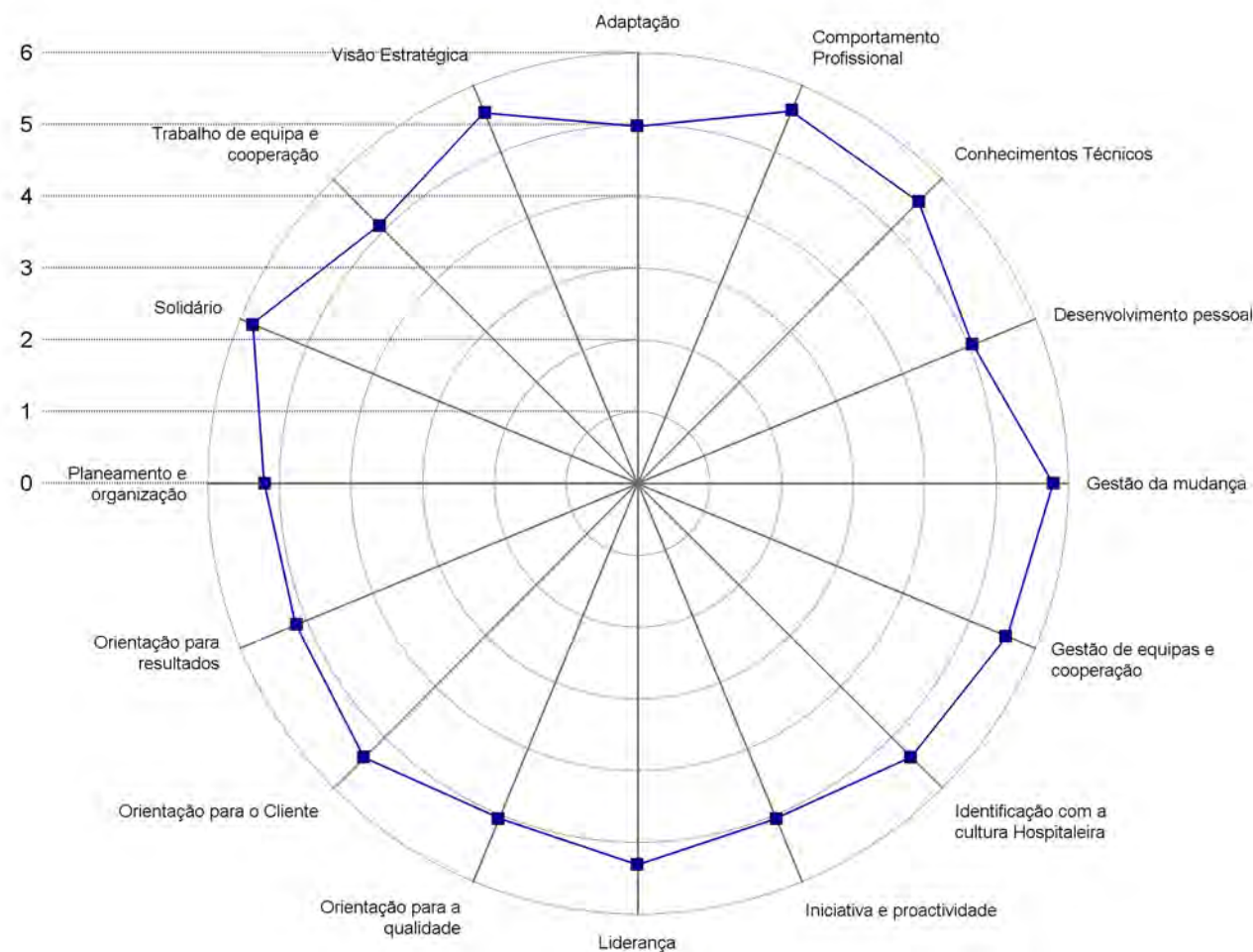
Relatório Avaliação Desempenho 2021

Estabelecimento: Casa de Saúde S. José

Número Colaboradores: 110

Competências / Atitudes	Média	Min.	Max.
Adaptação	4,97	4,00	6,00
Comportamento Profissional	5,55	4,00	6,00
Conhecimentos Técnicos	5,50	4,50	6,00
Desenvolvimento pessoal	4,97	2,50	6,00
Gestão da mudança	5,83	5,50	6,00
Gestão de equipas e cooperação	5,63	5,25	6,00
Identificação com a cultura Hospitalareira	5,30	3,00	6,00
Iniciativa e proactividade	4,94	3,00	6,00
Liderança	5,33	5,00	5,67
Orientação para a qualidade	4,94	3,00	6,00
Orientação para o Cliente	5,37	4,33	6,00
Orientação para resultados	5,06	3,00	6,00
Planeamento e organização	5,22	3,00	6,00
Solidário	5,82	4,00	6,00
Trabalho de equipa e cooperação	5,06	2,00	6,00
Visão Estratégica	5,50	5,00	6,00

Descrição	Pontuação
Não atingiu o nível mínimo	1,00 - 1,99
Muito abaixo do esperado	2,00 - 2,99
Abaixo do esperado	3,00 - 3,99
De acordo com o esperado	4,00 - 4,99
Acima do esperado	5,00 - 5,99
Excedeu significativamente o esperado	6





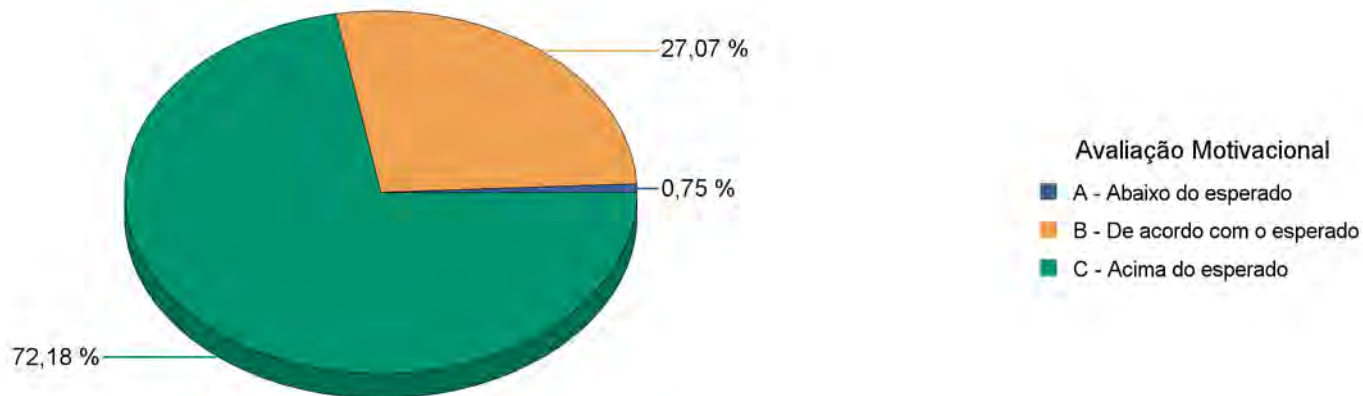
INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Análise Motivacional

Estabelecimento: Casa de Saúde S. José

Ano: 2021

Nível Médio de Motivação: 5,7



Avaliação Motivacional	N.º Colaboradores
A - Abaixo do esperado	1
B - De acordo com o esperado	36
C - Acima do esperado	96

Anexo II – Relatório Anual de Formação



RELATÓRIO ANUAL DA FORMAÇÃO



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

Ano: 2022

1. Dados por Ação (Formação Interna)

Ação	Destinatários	N.º de Formandos Internos	N.º de Formandos Externos	N.º Total de Formandos	N.º de horas de formação	Volume de formação	Nível de formação da formação	N.º de desistências	Avalliação global média	Avalliação média /F dos formadores /F	Avalliação média /E dos formadores /E	N.º Formandos c/ aproveitamento
Ergonomia no Trabalho	Colaboradores CSSJ	10	0	10	7	70	09	0	4,9	5,0	5,0	10
Gestão do Stress do Profissional	Colaboradores CSSJ	4	0	4	7	28	09	0	4,8	4,8	5,0	4
Comunicação Interpessoal e Comunicação Assentiva	Colaboradores CSSJ	6	0	6	2	12	09	0	5,0	5,0	5,0	NA
Comprometimento da Deglutição/Disfagia	Colaboradores CSSJ	7	0	7	8	56	09	0	5,0	5,0	5,0	7
Plano de Integração de Colaborador - Admissão	Novos colaboradores CSSJ	14	0	14	80	1120	09	0	5,0	5,0	5,0	14

NA (não aplicável)

2. Dados Globais da Formação Interna

N.º total de ações	5
N.º Colaboradores no Estabelecimento	175
N.º Total de Colaboradores que frequentaram ações	156
% de Colaboradores abrangidos	37
N.º de Formandos externos	2,1%
N.º Total de Horas	0
Volume de Formação Total	104
N.º Total de desistências	1286
	0

% Total de desistências	0%
Avalliação global média da formação	4,9
Avalliação média dos formadores /F	5,0
Avalliação média dos formadores /E	5,0
N.º de Reclamações	0
N.º de Formandos em ações c/ avalliação	35
N.º de Formandos c/ aproveitamento	35
% de Formandos c/ aproveitamento	100%

3. Dados por Ação (Formação Externa)

Ação	Destinatários	N.º Total de Formandos	N.º de horas de formação	Volume de formação
Conceitos Básicos e Interpretação de Espirometrias	Colaboradores CSSJ	1	2	2
Formação Teórica em Segurança Contra Incêndios	Colaboradores CSSJ	6	4	24
Relatórios de Sustentabilidade Nível 1: do Essencial ao Ideal	Colaboradores CSSJ	10	2	20
Cibersegurança Preventiva Ótica do Utilizador	Colaboradores CSSJ	10	3,5	35
Educação Inclusiva e Necessidades Educativas Específicas	Colaboradores CSSJ	1	50	50
Animação Sociocultural como Metodologia de Intervenção	Colaboradores CSSJ	1	30	30
Liderança e Motivação de Equipas	Colaboradores CSSJ	1	50	50
Saúde e Socorrismo	Colaboradores CSSJ	1	25	25



RELATÓRIO ANUAL DA FORMAÇÃO

Investimento e prioridade



Formação	Colaboradores CSSJ	1	150	150
Especialização Avançada em Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental	Colaboradores CSSJ	1	150	150
Ocupação e Estimulação	Colaboradores CSSJ	1	2	2
Psicólogos em Cuidados Continuados na Região Norte	Colaboradores CSSJ	1	3	3
Humanizar a Demência	Colaboradores CSSJ	3	2,5	7,5
Curso Básico de Cuidados Paliativos	Colaboradores CSSJ	1	21	21
Reunião da Seção de Neurologia do Comportamento	Colaboradores CSSJ	1	7	7
II Jornadas de Cuidados Paliativos d'Poverelho Resignificar	Colaboradores CSSJ	2	16	32
Congresso de Neurologia 2022. Interdisciplinariedade em Neurologia	Colaboradores CSSJ	1	21	21
2ª Colóquio de Enfermagem de Reabilitação do NER CHTS	Colaboradores CSSJ	1	14	14
IV Encontro Anual dos Psicólogos do Norte	Colaboradores CSSJ	1	8	8
Ministros Extraordinários da Comunhão	Colaboradores CSSJ	4	10	40
Hybrid 15th Clinical Trials on Alzheimer's Disease	Colaboradores CSSJ	1	35	35
Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2022	Colaboradores CSSJ	1	21	21
O Profissional no Âmbito dos Cuidados Paliativos 44ª Edição	Colaboradores CSSJ	1	10	10
Curso Técnico Superior Profissional em Apoio à Gestão	Colaboradores CSSJ	1	180	180
Quem é esse português quinhentista?	Colaboradores CSSJ	4	26	104
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	Colaboradores CSSJ	1	190	190
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	Colaboradores CSSJ	1	147	147

4. Dados Globais da Formação Externa

N.º total de ações	26
N.º Colaboradores no Estabelecimento	156
N.º Total de Colaboradores que frequentaram ações	36
% de Colaboradores abrangidos	23%
N.º Total de Horas	1030
Volumne de Formação Total	1228,5

6. Indicadores

N.º médio de horas de formação por colaborador	16,1
% de formandos com avaliação global de satisfação >= a "suficiente"	100%
% de formandos c/ aproveitamento	100%
% de colaboradores com formação em identidade institucional	11%

5. Dados Globais

N.º total de ações	31
N.º Colaboradores no Estabelecimento*	156
N.º Total de Colaboradores que frequentaram ações	73
% de Colaboradores abrangidos	42%
N.º Total de Horas	1134
Volumne de Formação Total	2514,5

7. Avaliação do Plano Anual de Formação

Análise/Observações:



Instituto S. João de Deus

RELATÓRIO ANUAL DA FORMAÇÃO



8. Protocolos/Parcerias

Núcleo de Formação

Luís Pires Furães

9. Nota

*Os valores apresentados têm como base o número de colaboradores efetivos e contratados ao serviço em 31/12/2022 (excluem-se licenças s/ vencimento e baixas prolongadas c/ períodos superiores a um ano). Para efeitos de cálculo, considerou-se ponderação entre colaboradores com horário completo e parcial.

Diretor de Estabelecimento (1)

Luís Daniel Fernandes BARCELOS





ÁREA DE SAÚDE MENTAL (Areias de Vilar)

UNIDADE DE AREIAS DE VILAR

Lg. S. João de Deus, nº1

4755-290 Areias de Vilar - Barcelos

Tlf/Fax: 253 919 000 / 008 | Email: cssj.vilar@isjd.pt

www.isjd.pt/cssj.vilar

ÁREA DE CUIDADOS CONTINUADOS (Gelfa | Melgaço)

UNIDADE DE SAÚDE DA GELFA

Rua da Gelfa s/n

4910-012 Âncora - Caminha

Tlf: 258 915 395 | Email: usgelfa@isjd.pt

www.isjd.pt/usgelfa

UNIDADE DE SAÚDE DE MELGAÇO

Rua da Fonte da Vila s/n | 4960-546 – Melgaço

Tlf: 251 418 312 | Fax: 251418 314

Email: usmd.melgaco@isjd.pt | usld.melgaco@isjd.pt

www.isjd.pt/usmelgaco

www.isjd.pt

