



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

***O ciclo PDCA no sistema de controlo interno
em ambiente hospitalar no SNS***

Pedro Miguel Nunes Barras

Orientação: Prof. Doutor José Biléu Ventura

Mestrado em Gestão

Área de especialização: *Sector Público Administrativo*

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO

***O ciclo PDCA no sistema de controlo interno
em ambiente hospitalar no SNS***

Pedro Miguel Nunes Barras

Orientação: Prof. Doutor José Biléu Ventura

Mestrado em Gestão

Área de especialização: *Sector Público Administrativo*
Dissertação

Évora, 2016

Ao meu filhote Francisco, ao meu filhote Bernardo e à minha mulher Micaela por esta aventura, pelo apoio, pelo incentivo e pelo amor.

“Vive a vida o mais intensamente que puderes.
Escreve essa intensidade o mais calmamente que puderes. Ela será ainda mais intensa no absoluto do imaginário de quem te lê.”

Vergílio Ferreira

Resumo

O Sistema de Saúde Português é alvo de constante validação por parte da opinião pública, havendo uma monitorização transversal sobre toda a prestação de serviços de saúde, sendo o Ministério da Saúde e toda a hierarquia de locais de prestação os responsáveis das suas estruturas e da oferta que disponibilizam à população.

O modelo hospitalar é o modelo mais complexo dentro da hierarquia de locais, nomeadamente devido à prestação de cuidados especializados e, alguns, de alta diferenciação e evidência científica.

Perante tal complexidade e resposta especializada à necessidade de cuidados em saúde da população, torna-se imperativa uma relevância funcional em termos de controlo interno, potenciando a garantia do cumprimento legislativo, regulamentar, ético e científico na prestação de todos os cuidados.

Importa que o efetivo controlo interno esteja presente dentro da instituição hospitalar, de forma transversal e permanente, em todas as atividades, despoletando um ambiente de controlo que promova uma avaliação de riscos, onde a sua resolução passa por atividades de controlo, as quais são informadas e comunicadas a toda a organização e, finalmente, carecem de monitorização constante.

O ciclo PDCA (Planear, Fazer, Verificar, Agir) é uma metodologia estruturada e fundamentada que, de forma entrosada e disseminada em todo o ambiente hospitalar, promove que o controlo interno seja potenciado e alcance um patamar satisfatório, que garanta aos Conselhos de Administração dos Hospitais e a toda a população uma prestação de cuidados de qualidade enquadrada numa estrutura funcional em constante melhoria.

A análise desta correlação foi materializada num questionário remetido a todos os Hospitais, de onde resultaram 277 respostas válidas, as quais evidenciam um paralelismo significativo entre o ciclo PDCA e o Controlo Interno em ambiente hospitalar no SNS.

Palavras-chave: Ciclo PDCA; Controlo Interno; Sistema de Saúde

Abstract

The PDCA cycle in the internal control system in hospitals in the National Health Service

The Portuguese Health System is a constant target of validation by the public opinion, having a cross monitoring on all the provision of health services, being the Ministry of Health and all the hierarchy of places, those responsible for its structures and the offer available to the population.

The hospital model is the most complex model within the places hierarchy mainly because of the provision of specialized care, and in some cases, the high differentiation and scientific evidence.

Because of this complexity and specialized response to the need for care in health of the population, it becomes mandatory that a functional relevance in terms of internal control, enhancing the guarantee of compliance on legislative, regulatory, ethical and scientific matters in the providing of care.

It is important that effective internal control is undertaken within all of the hospitals operations, transversally and permanently, triggering a control environment that promotes risk assessment, where their resolution is found in control activities, which are reported and communicated throughout the organization and, ultimately, require constant monitoring.

The PDCA cycle (Plan, Do, Check, Act) is a structured and reasoned methodology which, mingled and disseminated throughout the hospital environment, promotes that internal control is enhanced and reaches a satisfactory level that ensures that the Hospitals' Board of Directors and the entire population have the provision of quality care, framed in a functional structure in constant improvement.

The analysis of this correlation was materialized on a questionnaire sent to all Hospitals, which resulted in 277 valid responses, which show a significant parallel between the PDCA cycle and the Internal Control in hospitals in the National Health Service.

Keyword: PDCA cycle; Internal control; Health System

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradecer ao meu orientador, Professor Doutor José Biléu Ventura, que desde o primeiro momento me motivou para o presente trabalho, agradecendo a sua disponibilidade e confiança depositada.

Em segundo lugar um agradecimento transversal a todos os professores do curso de Mestrado de Gestão na especialidade de Sector Público Administrativo, pelo seu profissionalismo e ajuda, com um especial destaque para a Professora Doutora Marta Silvério, na qualidade de professora e amiga, que sempre me apoiou no meu percurso académico e pessoal.

Em terceiro lugar a minha família, destacando-se naturalmente a minha esposa e o meu filho (a quem dedico este trabalho), os quais ficaram privados da minha presença e da minha atenção durante bastante tempo.

Por último, a todos os meus amigos e colegas de trabalho, pelo apoio e por serem quem são, pois são sempre alicerces de apoio num contexto de mudança radical para desafios ambiciosos.

ÍNDICE

Índice de Anexos	9
Índice de Figuras	10
Índice de Quadros	11
Índice de Gráficos.....	12
Listagem de Abreviaturas ou Siglas.....	14
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Enquadramento do Tema e Justificações da Escolha	15
1.2 Formulação do Problema e dos Objetivos	18
1.3 Metodologia	19
1.4 Estrutura do Trabalho	19
2 ENQUADRAMENTO concetual.....	21
2.1 Ciclo PDCA	21
2.1.1 Conceito	21
2.1.2 Evolução	22
2.1.3 Fases do Ciclo PDCA (PDSA)	28
2.1.4 Outros modelos similares.....	35
2.1.5 Outros aspetos importantes	39
2.2 Controlo Interno.....	44
2.2.1 Conceito	44
2.2.2 Normas e ferramentas de controlo.....	48
2.2.3 Componentes do Controlo Interno	50
2.2.4 Limitações do Controlo Interno	54
2.2.5 Fatores que influenciam o controlo interno	56
2.2.6 Tipos e métodos de controlo interno.....	59
2.2.7 Auditoria Interna	61

2.3	Serviço Nacional de Saúde – Hospitais.....	64
2.3.1	Enquadramento.....	65
2.3.2	Normativo de Controlo Interno na Saúde.....	68
2.3.3	Regime Jurídico dos Hospitais.....	70
2.3.4	Estrutura Hospitalar.....	75
3	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	77
3.1	Introdução.....	77
3.2	Objetivos.....	78
3.3	Especificações.....	78
3.4	Metodologia de recolha de dados.....	79
3.4.1	Pesquisa exploratória.....	79
3.4.2	Informação a recolher.....	80
3.4.3	Métodos de recolha de dados.....	81
3.4.4	Construção do questionário.....	81
3.4.5	Amostragem.....	82
3.4.6	Pré-teste.....	82
3.4.7	Trabalho de campo.....	83
3.4.8	Tratamento dos dados.....	84
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	87
4.1	População Total.....	87
4.2	Amostra de respostas obtidas.....	89
4.3	Metodologia de análise dos dados.....	96
4.4	Matriz de respostas sobre o Ciclo PDCA.....	96
4.4.1	Planeamento (Plan).....	96
4.4.2	Fazer (Do).....	106
4.4.3	Verificar (Check).....	108
4.4.4	Agir (Act).....	109

4.5	Matriz de respostas sobre o Controlo Interno.....	110
4.5.1	Controlo Interno - Ambiente de Controlo.....	110
4.5.2	Controlo Interno - Avaliação de Risco.....	112
4.5.3	Controlo Interno – Procedimentos de Controlo.....	113
4.5.4	Controlo Interno – Informação e Comunicação.....	114
4.5.5	Controlo Interno – Monitorização.....	115
4.6	Ciclo PDCA e Controlo Interno.....	116
4.6.1	Ciclo PDCA.....	116
4.6.2	Controlo Interno.....	120
4.6.3	Resultado Global.....	123
5	CONCLUSÕES.....	127
	BIBLIOGRAFIA.....	131
	ANEXOS.....	CXXXVII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Cuidados de Saúde Primários	CXXXVII
Anexo B – PDCA - Exemplo	CXXXVIII
Anexo C – Exemplo de aplicação do CCQ nos Hospitais de Taiwan.....	CXL
Anexo D - Distribuição do Parque Hospitalar	CXLI
Anexo E – Relação de todas as entidades.....	CXLIV
Anexo F – Sítios Eletrónicos dos Hospitais do SNS.....	CL
Anexo G - Questionário.....	CLII
Anexo H – Carta remetida aos Presidentes dos Conselhos de Administração	CLXIV
Anexo I – Análise aos resultados obtidos de cada pergunta do questionário.....	CLXVI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução do Método Científico e do Ciclo PDCA	23
Figura 2 – Antiga versão do ciclo de Shewhart	23
Figura 3 – Nova versão do ciclo de Shewhart	24
Figura 4 – Ciclo de Deming (1950)	24
Figura 5 – Ciclo PDSA	26
Figura 6 – Modelo de Melhoria, 1996, 2009.....	27
Figura 7 – Sistema de Gestão de Desempenho baseado no PDCA.....	36
Figura 8 – Ciclos PDCA – Plano Estratégico e Planos Operacionais	36
Figura 9 – Fases do ciclo PDCA com correspondência aos passos de atividade do CCQ	38
Figura 10 – Mapa Estratégico de nível superior	43
Figura 11 - Objetivos do Controlo Interno	46
Figura 12 – Controlo interno público.....	47
Figura 13 – Cubo COSO (2013 Edition)	49
Figura 14 – Cinco componentes do controlo interno	51
Figura 15 – Processo de Controlo Interno	61
Figura 16 – Posição epistemológica da investigação	77
Figura 17 – Objetivos da Dissertação.....	78
Figura 18 – Esquema objetivado da dissertação.....	81

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura da Dissertação	20
Quadro 2 - Correspondência entre o Ciclo de Deming e o Ciclo PDCA.....	25
Quadro 3 - Método FOCUS-PDCA	37
Quadro 4 – Quadro comparativo entre modelo COSO e a DRA 410	49
Quadro 5 – Causas e Consequências relacionadas com Problemas de Controlo Interno ..	58
Quadro 6 - Tipos de Controlo.....	60
Quadro 7 – Finalidades, tipos e atribuições da auditoria interna.....	63
Quadro 8 – Entidades Extintas e Entidades Atuais de report da AI dos Hospitais SPA	72
Quadro 9 – Distribuição do Parque Hospitalar por Tipo de Instituição	75
Quadro 10 - Distribuição das Unidades Hospitalares por Tipo de Instituição	76
Quadro 11 – Número de respostas obtidas no pré-teste	83
Quadro 12 – Matriz de Análise de Respostas do Questionário para o Ciclo PDCA	84
Quadro 13 - Matriz de Análise de Respostas do Questionário para o Controlo Interno....	85
Quadro 14 – Listagem de Hospitais que responderam ao questionário	91
Quadro 15 – Questões - Planeamento - Determinar o foco do projeto	97
Quadro 16 - Questões – Planeamento – Estabelecer Equipa da Melhoria da Qualidade ..	99
Quadro 17 - Questões – Planeamento - Estabelecer os Objetivos	100
Quadro 18 - Questões - Planeamento - Definir o Processo Atual.....	101
Quadro 19 - Questões - Planeamento – Examinar Soluções	102
Quadro 20 - Questões - Fazer	106
Quadro 21 - Questões - Verificar	108
Quadro 22 - Questões - Agir	109
Quadro 23 – Controlo Interno - Ambiente	111
Quadro 24 – Controlo Interno – Avaliação de Risco	112
Quadro 25 – Controlo Interno – Procedimentos de Controlo	113
Quadro 26 – Controlo Interno – Informação e Comunicação	114
Quadro 27 – Controlo Interno - Monitorização	115
Quadro 28 – Correlação entre controlo interno e categorias profissionais	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População de Profissionais Hospitalares por ARS	79
Gráfico 2 – Análise da população por género e por ARS	88
Gráfico 3 – Trabalhadores por grupos de categoria profissional e ARS	89
Gráfico 4 – Respostas válidas ao questionário, distribuídas por ARS	90
Gráfico 5 – Taxa de Respostas ao questionário, por ARS	90
Gráfico 6 - Respostas válidas ao questionário, distribuídas por Hospital.....	92
Gráfico 7 – Grau de Escolaridade dos Respondentes	93
Gráfico 8 – Escalões etários dos respondentes	93
Gráfico 9 – Categoria Profissional.....	94
Gráfico 10 – Âmbito das funções - interagem ou têm contacto com doentes.....	95
Gráfico 11 – Antiguidade na Instituição Hospitalar	95
Gráfico 12 – Ciclo PDCA – Determinar o foco do projeto	98
Gráfico 13 – Respostas à questão 2.2 nos cinco hospitais relevantes do estudo.....	98
Gráfico 14 - Ciclo PDCA – Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade.....	99
Gráfico 15 - Ciclo PDCA – Estabelecer os Objetivos.....	100
Gráfico 16 - Ciclo PDCA – Definir o Processo Atual.....	102
Gráfico 17 - Ciclo PDCA – Examinar Soluções	103
Gráfico 18 - Ciclo PDCA – Selecione uma Mudança.....	104
Gráfico 19 - Ciclo PDCA – Determinar Medidas	104
Gráfico 20 - Ciclo PDCA – Detalhe do Plano “Teste”	105
Gráfico 21 – Ciclo PDCA - Planeamento.....	106
Gráfico 22 – Ciclo PDCA - Fazer.....	107
Gráfico 23 – Ciclo PDCA – Fazer – 5 principais hospitais respondentes	107
Gráfico 24 – Ciclo PDCA – Fazer – análise por categoria profissional.....	108
Gráfico 25 – Ciclo PDCA - Verificar.....	109
Gráfico 26 – Ciclo PDCA - Agir	110
Gráfico 27 – Controlo Interno - Ambiente	111
Gráfico 28 – Controlo Interno – Avaliação de Risco	113
Gráfico 29 – Controlo Interno – Procedimentos de Controlo.....	114
Gráfico 30 – Controlo Interno – Informação e Comunicação	115
Gráfico 31 – Controlo Interno - Monitorização	116
Gráfico 32 – 4 fases do ciclo PDCA.....	117

Gráfico 33 – Ciclo PDCA por Categorias Profissionais.....	118
Gráfico 34 – Ciclo PDCA por intervalos de Idade	118
Gráfico 35 – Ciclo PDCA - profissionais têm contacto direto com doentes?	119
Gráfico 36 – Ciclo PDCA nos cinco principais Hospitais respondentes	119
Gráfico 37 – 5 componentes do Controlo Interno.....	120
Gráfico 38 – Controlo Interno por Categorias Profissionais	121
Gráfico 39 – Controlo Interno por intervalo de Idades.....	122
Gráfico 40 – Controlo Interno - profissionais têm contacto direto com doentes?.....	122
Gráfico 41 – Controlo Interno nos cinco principais Hospitais respondentes	123
Gráfico 42 – Resultado global do PDCA e Controlo Interno	123
Gráfico 43- Respostas positivas por categoria profissional	124
Gráfico 44 – Respostas Positivas por ARS.....	125
Gráfico 45 - Respostas positivas por Hospital.....	125
Gráfico 46 – Gráficos de perfil – Ciclo PDCA e Controlo Interno	126
Gráfico 47 – Nº de Trabalhadores dos Hospitais do SNS sem acesso ao questionário	128

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AI – Auditoria Interna
AICPA - American Institute of Certified Public Accountants
CCQ – Circulo de Controlo de Qualidade
CEP – Controlo Estatístico de Processo
CI – Controlo Interno
CICA - Canadian Institute of Chartered Accountants
COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DRA – Diretriz de Revisão / Auditoria
EPE – Entidade Pública Empresarial
IFAC – International Federation of Accountants
IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGF – Inspeção-Geral de Finanças
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IIA - Institute of Internal Auditors
INTOSAI – International Organization of Supreme Audit Institutions
ISA – International Standard on Auditing
MRSA –Methicilin-resistant Staphylococcus aureus
OROC – Ordem dos Revisores Oficiais de Contas
PDCA – Plan - Do - Check - Act
PDSA – Plan - Do - Study - Act
PHAB - Public Health Accreditation Board
PPP – Parceria Público-Privada
ROC – Revisor Oficial de Contas
SA – Sociedade Anónima
SCI – Sistema de Controlo Interno
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
ULS – Unidade Local de Saúde
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

1 INTRODUÇÃO

O primeiro capítulo do presente trabalho comporta quatro seções que introduzem o que é pretendido, englobando um enquadramento do tema, colocando limites nas metas definidas e justificando o que é pretendido face ao alinhamento que vai sendo construído, nomeadamente contextualizando o quadro de análise dentro do Serviço Nacional de Saúde.

Posteriormente, e já numa perspetiva direta, são apresentados os objetivos (geral e específicos) que pretendem delinear a estratégia e planeamento adotados para retratar e objetivar o problema inicialmente proposto.

Em terceiro lugar é apresentada e fundamentada a metodologia a utilizar no decorrer da análise bibliográfica e do trabalho de campo, num cronograma de trabalho balizado para os objetivos anteriormente definidos.

Por último, neste capítulo, é apresentada a estrutura de todo o trabalho, esquematizando os diversos assuntos e a correlação pretendida.

1.1 Enquadramento do Tema e Justificações da Escolha

A saúde em Portugal, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, tem atravessado diversas fases, perante alterações políticas, económicas e sociais que têm influenciado, substancialmente, a organização dos serviços de saúde.

O contexto nacional em que as alterações vão ocorrendo é díspar, iniciando-se com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia em 1986, que potenciou o início de um novo ciclo, nomeadamente com a legislação que promove a autonomia administrativa e financeira dos hospitais do SNS.

É, no entanto, com a alteração da Constituição Portuguesa em 1989 e com a aprovação da Lei de Bases da Saúde em 1990 que se iniciam as principais mudanças, nomeadamente em orientações estratégicas, responsabilização, contratualização de cuidados, descentralização, promovendo diversas reformas do SNS (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

Naturalmente que durante os 35 anos de existência do SNS, são várias as orientações políticas, os fatores económicos e as opiniões sociais que têm influenciado a sua estrutura, o seu funcionamento e o seu desempenho, mantendo-se uma visão comum de âmbitos de prestação de cuidados, dividindo-os em três grandes redes:

- **Cuidados de saúde primários** – cuidados de primeira linha considerados como “o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde,

prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde” (ACSS, 2014a, p. 8). As unidades prestadoras destes cuidados são de diversa natureza, conforme explicitado no Anexo A.

- **Cuidados de saúde hospitalares** – prestados por unidades hospitalares, sendo identificados como episódios¹ de curta duração, onde são desenvolvidos um “conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada” (Ministério da Saúde, 2014, p. 22)
- **Cuidados de saúde continuados** – assegurados por uma rede nacional de respostas públicas, sociais e privadas, através de unidades de internamento e de ambulatório, com equipas hospitalares ou domiciliárias, e “são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência que visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Ministério da Saúde, 2015a).

As prestações de cuidados, apesar da sua diferenciação de âmbito, devem caminhar como uma única rede, conjugando as necessárias referências de doentes para as diversas respostas da rede. Esta visão tem sido defendida por diversas individualidades, sendo a transversalidade dos cuidados inevitável, pois o público-alvo é o mesmo nas diferentes redes existentes (por exemplo, o doente que hoje é atendido no centro de saúde poderá ser encaminhado para um hospital devido à gravidade ou agudização da sua doença e no dia seguinte poderá necessitar de cuidados continuados para a sua reabilitação, atravessando assim os três âmbitos de cuidados). Inclusive, diversas têm sido as estruturas organizacionais preconizadas, havendo atualmente estruturas que englobam os três âmbitos de cuidados como é o caso das Unidades Locais de Saúde (ULS).

No entanto, a dimensão das organizações, a sua complexidade e a diversidade de respostas prestadas é díspar entre os diversos tipos de instituições, sendo unânime que a maior complexidade está relacionada com as Unidades Hospitalares, face à prestação de cuidados especializados que requer recursos específicos (humanos, materiais e financeiros), representando cerca de 40% de toda a despesa corrente com saúde em Portugal (INE, 2014).

¹ Episódio clínico - Período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença (INE, 2015)

Os Hospitais, pela sua finalidade e seguindo os objetivos do sistema nacional de saúde, impelem a uma articulação sistemática com os outros prestadores de cuidados (cuidados de saúde primários e continuados), com o fim de preconizar a sua real missão, promovendo assim a dedicação exclusiva aos objetivos que lhes são definidos (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

O desempenho dos Hospitais Públicos Portugueses é sempre uma temática que está nas preocupações dos cidadãos, sendo que os avanços científicos, a sistematização dos serviços e a opinião pública, entre outros, têm sido fatores que impulsionam a melhoria da rede hospitalar, chegando a ser revolucionários e promotores de opiniões diversas e, por vezes, antagónicas, o que, na maioria das vezes é positivo, pois promove o debate público em busca do bem comum.

A referida rede pública hospitalar tem sido alvo de alterações durante o mandato dos diferentes governos e nos últimos 15 anos têm existido substanciais mudanças organizacionais, quer em termos de dinâmicas de gestão, quer em estruturas físicas que potenciam a referida rede (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

Desta forma, o referido desempenho, a fim de ser avaliado, carece de uma abordagem metodológica, não sendo possível efetuar esta análise sem uma estrutura que suporte uma opinião válida sobre os Hospitais do SNS.

Enquadrado com a avaliação deste desempenho torna-se necessário um efetivo controlo, pois os “hospitais são organizações extraordinariamente complexas, representando a forma mais difícil de organização humana que alguma vez se tentou gerir” (Glouberman & Mintzberg, 2001). Pela complexidade referida, o controlo carece de transversalidade dentro da organização, sendo a responsabilidade partilhada por todos os profissionais do Hospital.

Assim sendo, torna-se imperativo que exista uma metodologia de abordagem ao controlo interno, a qual deverá procurar uma uniformização na aplicação de forma a evidenciar a realidade dos diferentes serviços, traduzida nas avaliações de todos os parceiros de cada unidade operacional, assim como no *benchmarking* hospitalar já promovido pelo próprio Ministério da Saúde (ACSS, 2015a).

É nesta vertente, correlacionando o desempenho organizacional com a busca da melhoria contínua de todos os hospitais do SNS, que é proposta esta abordagem do ciclo de Deming denominado ciclo Plan-Do-Chek-Act (PDCA) no controlo interno hospitalar, na tentativa de resposta à aplicabilidade do ciclo na realidade diária de cada profissional, independentemente da sua categoria, função, tarefa ou nível de responsabilidade.

Na maioria das vezes, os profissionais e os próprios gestores dos hospitais promovem diversas ações que conduzem a um efetivo controlo interno sem, no entanto, sistematizarem o processo e mensurarem os ganhos efetivos. Assim, este trabalho de investigação pretende

alertar para este facto, nomeadamente na utilidade da ferramenta PDCA sistematizada no controlo interno.

1.2 Formulação do Problema e dos Objetivos

Face a esta oportunidade de investigação é proposto o presente trabalho, que através de uma abordagem concetual e metodológica pretende estudar a aplicabilidade e uso **do ciclo PDCA no sistema de controlo interno em ambiente hospitalar no SNS.**

Para tal, é proposto como objetivo geral:

- Identificar os contributos da ferramenta PDCA na melhoria do controlo interno hospitalar português

Este objetivo geral é o real estudo pretendido, pois pretende verificar a interação do controlo interno com o ciclo PDCA, como potenciador de uma melhoria contínua, enquadrado dentro das organizações públicas hospitalares portuguesas. No entanto, importa referir os objetivos específicos pretendidos, os quais são:

- Validar o planeamento do controlo interno desenvolvido no ambiente hospitalar em correlação com o ciclo PDCA;
- Avaliar a interação do controlo interno com todas as estruturas hierárquicas hospitalares, como agentes envolvidos e comprometidos.

Os objetivos propostos são ambiciosos, nomeadamente na questão da população alvo (todos os hospitais do SNS) e na objetividade pretendida, pois basear-se-á na perceção dos profissionais relativamente à sua própria prática, à estrutura hierárquica e à prática de profissionais especializados em controlo.

A importância deste estudo está relacionada com o facto dos profissionais, nas estruturas hospitalares, não estarem muito direcionados para estas problemáticas, sendo que vulgarmente são “chutadas” para a gestão (de topo e intermédia), considerando-se que o efetivo controlo interno e o caminho necessário para o implementar, não são uma responsabilidade transversal de todos os profissionais em ambiente hospitalar.

É também uma preocupação, na estrutura de gestão hospitalar, o planeamento fundamentado e sedimentado, fortalecido por um ciclo avaliativo que promova que todos os níveis na estrutura hierárquica e funcional desenvolvam a sua atividade baseada em princípios

estratégicos e, simultaneamente, estruturais e enriquecidos de mecanismo de controlo, potenciadores e garantes de uma boa governação clínica.

1.3 Metodologia

A metodologia utilizada para este trabalho passa, primeiramente, por uma revisão bibliográfica relacionada com os diversos pontos da temática, sendo necessário focar o ciclo PDCA, o controlo interno e o seu sistema, caracterizar os hospitais públicos portugueses, assim como o seu enquadramento no SNS. Os diversos pontos focados serão correlacionados com a área hospitalar no decurso da abordagem, de forma a enquadrar os assuntos num plano focalizado e contextualizado.

Sendo o trabalho proposto enquadrado nas ciências sociais, torna-se perentório obter necessário feedback dos profissionais do sector, através da distribuição de um questionário a todos os hospitais do SNS, promovendo a sua disseminação a todos os profissionais (Diretores, Gestores, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Saúde, Auxiliares Gerais, Técnicos de Saúde, Técnicos Superiores, Assistentes e Outros). A metodologia de trabalho de campo proposta pretende obter informações sobre a perceção existente relativa aos conceitos abordados (ciclo PDCA e controlo interno), qual a importância dada a esses conceitos, a aplicabilidade existente das diferentes realidades dos Hospitais e os resultados obtidos com essa aplicação.

Os questionários válidos foram analisados recorrendo ao *software* SPSS – versão 21, conjuntamente com a ferramenta Excel do Office da Microsoft Professional 2013, através de estatística descritiva, associada à análise de algumas medidas de distribuição e de dispersão.

No final, serão apresentadas as possíveis conclusões e inferências relacionadas com os questionários.

1.4 Estrutura do Trabalho

A proposta de trabalho preconiza uma abordagem a dois conceitos distintos anteriormente referidos, validando a sua correlação numa realidade distinta materializada no ambiente hospitalar do SNS. Desta forma, é relevante a abordagem aos conceitos e ao seu enquadramento organizacional, explorando o “estado da arte”, quer ao nível da sua objetividade quer no seu enquadramento internacional.

Assim, a estrutura do trabalho subdivide-se, para além do enquadramento, em dois grandes blocos:

- **Bloco Concetual** - conceitos e respetivos enquadramentos - ciclo PDCA, Controlo Interno e Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente na vertente hospitalar.
- **Bloco Empírico** – onde é apresentada a proposta de abordagens, assim como os resultados obtidos com os diferentes métodos utilizados.

Desta forma, apresenta-se o Quadro 1 com a estrutura da presente dissertação:

Quadro 1 – Estrutura da Dissertação

Enquadramento e Objetivos da Investigação		A saúde em Portugal, sendo nomeadamente focada a resposta hospitalar; apresentar dos objetivos propostos, assim como a metodologia adotada.
Bloco Concetual	Ciclo PDCA	Explorar o conceito e a evolução do ciclo; enumerar e exemplificar as diferentes fases do ciclo; abordagem a outros modelos similares e foco em alguns aspetos relevantes sobre o ciclo.
	Controlo Interno	Abordar o conceito em termos internacionais e nacionais, quer por individualidades quer por organismos; enumerar as normas e ferramentas de controlo, assim como as suas componentes e limitações; verificar fatores que influenciam o controlo e identificar tipos e métodos; abordar a relação da auditoria interna (AI) com o controlo.
	Serviço Nacional de Saúde	Efetuar um enquadramento do SNS assim como uma abordagem aos normativos de controlo interno no setor da saúde; verificar os regimes jurídicos hospitalares vigentes, assim como a estrutura hospitalar que condiciona o controlo interno.
Bloco Empírico	Metodologia	Metodologia utilizada; proposta de análise, instrumento de recolha de dados (questionários).
	Resultados e discussão	Resumo de resultados relativamente às práticas existentes e às opiniões recolhidas.
Conclusões		Conclusões, limitações e pistas para futuros trabalhos
Anexos		Dados complementares ao texto e análise pormenorizada dos resultados

Fonte: Modelo estrutural adaptado de Raposo (2007)

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Perante uma temática tão vasta e de importância tão crucial nos dias de hoje, face aos controlos que se julgam estar a ser efetuados e onde, inesperadamente, são descobertos “buracos” financeiros, défices empresariais estrondosos, monitorizações deficitárias e muitas outras falhas genéricas e específicas, torna-se perentório investigar qual o estado de arte perante toda esta envolvente, nomeadamente nas três áreas chave que envolvem este trabalho: Ciclo PDCA, Controlo Interno e Sistema Nacional de Saúde (hospitalar).

Desta forma, esta revisão bibliográfica e respetivo enquadramento procuram, de forma isolada, explorar cada área, manifestando o necessário entrosamento com as outras áreas, numa revisão cíclica e encadeada, pois “o investigador nunca parte do zero”, existindo conhecimento já estabelecido e publicado por outros investigadores (Coutinho, 2011, p. 55).

2.1 Ciclo PDCA

A sistematização de processos organizacionais é uma temática bastante atual, nomeadamente na relação com processos de certificação e acreditação, pois é nessa área que existe uma profunda incidência sobre estas terminologias. No entanto, contrariamente ao que vulgarmente acontece, a aplicação de sistemas, a definição de metodologias e todos os passos associados devem ser contexto do trabalho diário, fazendo assim parte do normal funcionalmente das organizações.

Um importante modelo (ciclo PDCA) é objeto deste trabalho, o qual comporta uma base fundamental que, transportada para qualquer organização, independentemente do seu objeto de negócio ou serviço, da sua dimensão e da sua estrutura legal, torna qualquer atividade ou ação parte de um todo, estruturado e orientado, para um propósito pré-definido.

É nesse sentido que é abordado, nesta secção, o conceito de ciclo PDCA, a sua evolução histórica, as diversas fases que o compõem, outros modelos similares que abordam a sua sistematização e focados alguns aspetos relevantes.

2.1.1 Conceito

“A melhoria da qualidade na saúde pública é o uso de um processo de melhoria deliberada e definida, como o Plan-Do-Check-Act (PDCA), que é focada em atividades que respondem às

necessidades da comunidade e em melhorar a saúde da população. Trata-se de um esforço contínuo e permanente para atingir melhorias mensuráveis na eficiência, eficácia, desempenho, responsabilidade, resultados e outros indicadores de qualidade nos serviços ou processos que devem alcançar a igualdade e melhorar a saúde da comunidade” (Gorenflo & Moran, 2012, p. 1).

A definição transcrita foi concebida pela *Accreditation Coalition Workgroup* em Junho de 2009, contextualizada num cenário de saúde pública, o qual é perfeitamente enquadrado na temática em causa, abrangendo um maior leque de instituições que têm na sua missão a igualdade e melhoria contínua na saúde.

Segundo Gorenflo e Moran (2012), o ciclo PDCA é uma abordagem sistemática, simples e flexível, correspondendo a princípios fundamentais de analogia a um método científico, sendo defendido por Taylor *et al.* (2013) que o PDCA apresenta um pragmatismo do método científico, ou seja, uma metodologia efetiva de aplicação do método.

Desta forma, importa compreender como surgiu este conceito, a sua evolução e as suas aplicações.

2.1.2 Evolução

Moen e Norman (2006) afirmam que o ciclo PDCA teve a sua origem com a palestra de William Edwards Deming², no Japão, em 1950.

Conforme referido na subsecção anterior, o ciclo PDCA tem um paralelismo ao método científico, sendo que a abordagem à sua contextualização histórica toca no início da ciência moderna, ou seja, inicia-se com o Pai da Ciência (Galileu) (Juran, 1990; Malho, 2014; Chibeni, 2015), conforme é possível verificar na Figura 1. Desta forma existem quatro datas cruciais para uma abordagem sintética do ciclo PDCA (surgindo também a denominação de *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), a qual será explicada posteriormente), sendo que as referências efetuadas são abordadas e explicadas nesta subsecção:

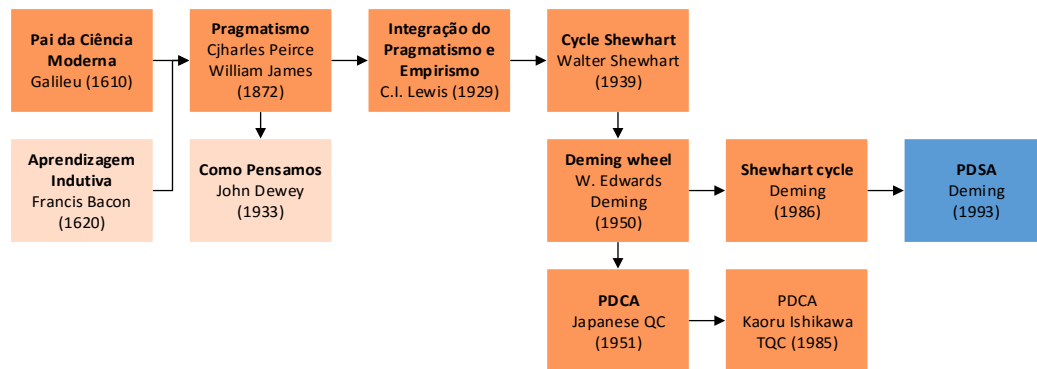
- **1986** – Deming apresenta o seu ciclo de Shewhart³ para aprendizagem e aperfeiçoamento nos EUA.
- **1993** – Deming introduziu um ciclo PDSA mais abreviado.

² Estatístico, Professor Universitário, Autor, Palestrante e Consultor, que viveu de 14 de Outubro de 1900 a 20 de Dezembro de 1993 (The W. Edwards Deming Institute, 2015)

³ Walter A. Shewhart – 1891-1967 – professor de Deming, lecionou e trabalhou com ele e é conhecido pelo desenvolvimento do CEP -Controlo Estatístico de Processo (SkyMark Corporation, 2015)

- **1994** – O ciclo PDSA foi acompanhado por três perguntas para auxiliar na etapa de planeamento do ciclo.
- **1996 e 2009** – Com as publicações, o ciclo PDSA foi ampliado para incluir estratégias e métodos para desenvolver, testar e implementar mudanças que resultem em melhorias. Esta versão foi chamada de Modelo de Melhoria.

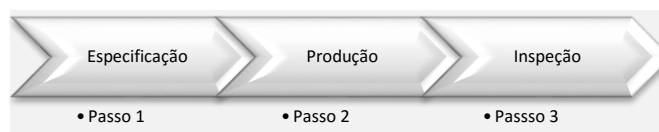
Figura 1 - Evolução do Método Científico e do Ciclo PDCA



Fonte: Moen & Norman (2006, p. 2)

Desta forma é possível verificar que o processo de surgimento do ciclo ocorre com Walter A. Shewhart em 1939, sendo que o seu primeiro modelo (antiga versão) é o consta na Figura 2. Shewart foi um pioneiro estatístico que desenvolveu o processo de controlo estatístico, nos Estados Unidos, durante os anos 30 do século passado (Jingsong, Xiaoguang, Tianshu, & Ren, 2010).

Figura 2 – Antiga versão do ciclo de Shewhart



Fonte: Moen & Norman (2006, p. 5)

No entanto, a verificação que o modelo não correspondia à veracidade do processo foi célere e, assim, Shewhart promoveu uma nova versão que consta da Figura 3, a qual é representativa do essencial que foi alterado, sendo o aspeto cíclico algo fundamental no

processo, pois é sempre retomada a atividade inicial, continuamente, pois tudo é mutável e evolutivo.

Figura 3 – Nova versão do ciclo de Shewhart

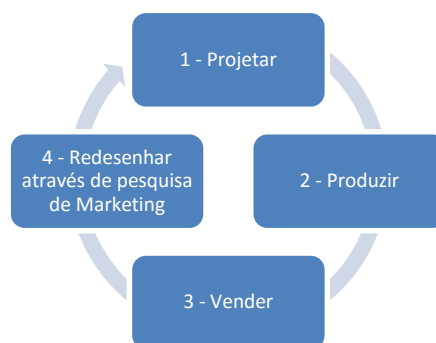


Fonte: Moen & Norman (2006, p. 5)

Face a estas duas versões consecutivas do ciclo de Shewhart, é viável verificar uma analogia ao modelo de processo científico, sendo que a **Especificação** faz correspondência com a **Hipótese**, ou seja, o que pretendemos testar; a **Produção** corresponde à **Realização** da experiência; a **Inspeção** corresponde ao **Teste** final da hipótese. Assim, o referido ciclo é análogo à essência do processo científico, o que fortalece a sua consistência e a sua objetividade científica.

Deming, em 1950, segundo Moen e Norman (2006), promove uma evolução do ciclo, o qual dá origem à sua forma mais conhecida, intitulando-o ciclo de Deming, conforme consta na Figura 4.

Figura 4 – Ciclo de Deming (1950)



Fonte: Adaptado de Moen & Norman (2006)

Desta forma, o ciclo de Deming faz correspondência e evolui para o conhecido ciclo PDCA ou ciclo de Deming, sendo a correspondência constante no Quadro 2. Numa ótica estratégica, a abrangência do Ciclo PDCA é superior ao Ciclo de Deming anterior, visto que a sua aplicação

torna-se transversal para todas as organizações. Se o “projetar” e o “produzir” fazem correspondência direta com o “PLAN” e “DO”, já o “Vender” e o “Redesenhar” não são tão lineares. No entanto, se for considerada uma perspectiva abrangente, poder-se-á correlacionar o “Vender” com o “Check” na medida em que a venda é a validação do produto pelo cliente, pois só compra se a sua verificação ao produto satisfizer a sua exigência perante o mesmo. Se as vendas de determinado produto não satisfizerem as projeções iniciais, será necessário “redesenhar”, correspondendo assim ao “ACT” que prevê uma ação de consolidação ou de retoma do ciclo, sendo que estes desenvolvimentos ocorrerão na secção seguinte.

Quadro 2 - Correspondência entre o Ciclo de Deming e o Ciclo PDCA

Fase	Ciclo de Deming	Ciclo PDCA
1	Projetar	PLAN
2	Produzir	DO
3	Vender	CHECK
4	Redesenhar através de pesquisa de marketing	ACT

Fonte: Adaptado de Moen & Norman (2006)

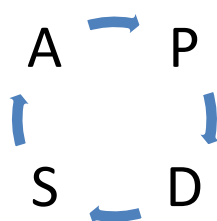
Fortalecendo a evolução sistemática, o ciclo PDCA, de quatro etapas, promove a resolução dos problemas organizacionais, incluindo o **planear** (definição de um problema e uma hipótese sobre as possíveis causas e soluções), o **fazer** (de execução), o **verificar** (avaliação de resultados) e o **agir** (de volta ao planeamento se os resultados não forem satisfatórios ou normalização se os resultados forem satisfatórios).

Uma referência importante e histórica relacionada com este processo é uma afirmação de Ishikawa, o qual diz que as normas e regulamentos devem ser revistos, no mínimo, semestralmente, pois caso tal não ocorra é sinal que ninguém os está a usar (Ishikawa, 1985). Ishikawa, em 1982, promoveu um novo conceito que interliga diretamente com a temática em causa, sendo os Círculos de Controlo da Qualidade (CCQ), os quais, segundo Chen e Kuo (2011), tiveram a sua origem no Japão e que serão também mencionados no decorrer desta revisão de literatura. Naturalmente que o ciclo evolui, solidifica-se e fortalece-se se for utilizado e, conforme o seu nome indica, é um ciclo e, portanto, tem necessidade de revisão periódica.

No entanto, na evolução histórica do ciclo, Deming, em 1993, modificou-o e chamou-lhe ciclo PDSA, ou seja, a palavra “Check” foi substituída pela palavra “Study” face, somente, ao significado das palavras, pois a palavra “Study” traduzia melhor o que era pretendido nesta fase do ciclo, a qual foca a temática da aprendizagem, ou seja, as mais-valias retidas da aplicação do

ciclo em determinado processo da organização, exponenciando a construção de novos conhecimentos. Deming, segundo Taylor et al (2013), foi cauteloso sobre a alteração de terminologia do PDCA referindo que esta terminologia refere um processo, um círculo de controlo de qualidade para lidar com falhas dentro de um sistema, enquanto a nova terminologia (PDSA) é destinada à aprendizagem interativa e melhoria de um produto ou de um processo. Apesar de subtil, a explicação da diferença pode conduzir à explicação do uso de uma ou outra terminologia por diferentes autores. Assim, o ciclo PDSA ficou descrito conforme a Figura 5.

Figura 5 – Ciclo PDSA



Plan – planejar uma mudança ou teste visando a melhoria

Do – efetuar a mudança ou o teste (de preferência a uma escala pequena)

Study – aprender com os resultados. O que correu mal?

Act – adotar a mudança, abandoná-lo ou percorre o ciclo novamente

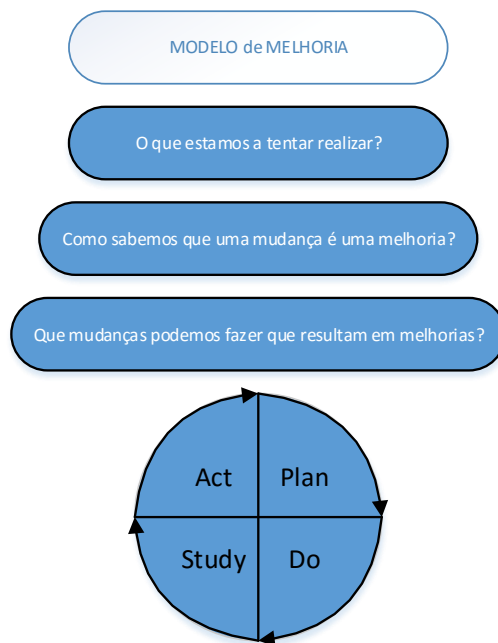
Fonte: Adaptado de Moen & Norman (2006)

Taylor *et al* (2013, p. 7) escreveram uma frase bastante expressiva sobre a funcionalidade do ciclo: “A menor intervenção pode ser planeada (Plan) e colocada em prática (Do). A barreira pode ser encontrada (Study), resultado em que uma decisão seja feita para retrain a intervenção e para fazer alguma coisa diferente (Act)”. Esta frase incumbe qualquer gestor a refletir sobre a necessidade de aplicação deste ciclo em todo o seu trabalho e em tudo o que o rodeia, independentemente da missão da organização onde está inserido, pois todo e qualquer problema carece que se percorra as quatro fases do ciclo, de forma refletida e ponderada para ser alcançado o sucesso desejado com cada tomada de decisão.

Em consonância com estas alterações e fortalecendo o seu significado e aplicabilidade, Moen e Norman (2006), assim como a Fundação Calouste Gulbenkian (2014), relatam a alteração ocorrida em 1996, quando foram acrescentadas três perguntas ao modelo existente,

renomeando o mesmo para “Modelo de Melhoria”, o qual foi reforçado novamente em 2009 por diversos investigadores. Desta forma, o modelo é o que consta na Figura 6.

Figura 6 – Modelo de Melhoria, 1996, 2009



Fonte: Moen & Norman (2006, p. 9)

O modelo, nesta versão recente, pode ser aplicado para a melhoria de quaisquer processos, produtos e serviços incluídos em qualquer organização, assim como promove a melhoria de diversos aspetos sobre diversas atividades.

Importa referir que qualquer dos modelos apresentados (o PDCA, o PDSA e o Modelo de Melhoria), na sua evolução natural, têm as suas raízes no método científico e na filosofia da ciência e, desta forma, torna-se pertinente aprofundar melhor cada fase do ciclo.

Apesar da evolução do modelo, conforme demonstrado anteriormente, a sua conceção na versão terminológica PDCA coaduna-se melhor com a orgânica das instituições hospitalares, com o seu objeto e com os objetivos do presente trabalho de investigação, pois na inter-relação com o controlo interno, o pretendido na terceira fase do ciclo é a verificação do cumprimento do planeamento nas ações executadas correlacionadas com o efetivo controlo.

2.1.3 Fases do Ciclo PDCA (PDSA)

O ciclo PDCA, conforme foi verificado na subsecção anterior, é composto de quatro fases, as quais merecem um desdobramento para que cada fase seja esquematizada e valorizada na sua necessária importância em todo o ciclo.

Segundo António e Teixeira (2007, p. 72), “Deming argumentava que 94% dos problemas de qualidade (melhoria contínua) são da responsabilidade da gestão”, sendo que “uma abordagem quantitativa e sistemática para a identificação e solução de problemas é a aplicação do denominado ciclo PDCA, ou seja, Planear, Fazer, Verificar, Agir”.

2.1.3.1 Plan (Planear)

Como qualquer início de uma qualquer atividade, é perentório iniciá-la pelo planeamento, avaliando a situação atual e promovendo a investigação do que se pretende mudar e otimizar. Para tal, e segundo Gorenflo e Moran (2012), há que compreender totalmente a origem e conteúdo do problema que necessita de resolução, esquematizando todas as possíveis soluções a testar, procurando a melhor decisão.

Esta fase é definida sob alguns pontos importantes que importa referir e que se enumeram seguidamente:

Planeamento – Determinar o foco do projeto

Tendo em conta que não se pode melhorar tudo ao mesmo tempo, há questões estratégicas que, segundo a Quality Insights of Pennsylvania (2013), devem ser feitas:

- Qual será o alvo do esforço de melhoria?
- O que precisa ser melhorado?
- O que causa a maioria dos problemas?
- Quais são as áreas de alto custo?
- Quais são os dados que temos?
- O que pode ser rápido e fácil?
- Quais são os investimentos em tempo e recursos?

Estas perguntas são imperativas com o objetivo de, segundo Gorenflo e Moran (2012), identificar e priorizar as oportunidades de melhoria da qualidade. Torna-se necessário limitar a

ação, pois os esforços necessários têm de ser bem geridos a fim de se conseguir atingir as melhorias pretendidas.

Desta forma, há que “avaliar a qualidade dos cuidados de saúde no que se refere às estruturas hospitalares, processos de tratamento e resultados de saúde” (Chen & Kuo, 2011, p. 93), limitando os focos prioritários de necessidade de intervenção e melhoria.

Planeamento – Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade

Segundo a Quality Insights of Pennsylvania (2013) e enquadrado na temática proposta, muitas equipas incluem um paciente ou cliente na equipa. Os pacientes são clientes finais em todo o processo e os mesmos podem facultar perspetivas únicas sobre a melhoria e o seu impacto. Para o necessário sucesso de um processo PDCA é fundamental a constituição de uma equipa funcional, sendo defendido por Gorenflo e Moran (2012) três aspetos fundamentais:

- Elementos que já possuam algum treino nestes processos e, nomeadamente, em análise de fluxos, sendo as mesmas facilitadoras do processo;
- Esquematizar as funções de cada elemento e estruturar o desempenho de toda a equipa;
- Elaborar, implementar e monitorizar um plano de comunicação de forma a garantir o funcionamento e eficiência da equipa.

Enquadrado no contexto hospitalar, equipas que tenham “treino combinando interações de ciclos PDCA com aplicação de critérios de controlo de qualidade, melhoram muito o processo cirúrgico na aprendizagem, desempenho e produção científica” (Jin, et al., 2012, p. 421). Necessariamente que a experiência já adquirida por alguns membros da equipa a constituir e um treino de aplicabilidade dos ciclos PDCA tornam estas mudanças mais intrínsecas em todo o processo do ciclo.

Complementarmente a Quality Insights of Pennsylvania (2013) define algumas questões a considerar aquando da escolha da equipa:

- Quem conhece o trabalho?
- Quem será afetado?
- Quem seria um facilitador para o alcance do sucesso?
- Quem tem poder de veto?
- Quem tem o poder de fazer as coisas funcionarem?

Estas questões enquadram pontos fundamentais que podem potenciar e garantir um sucesso em todo o processo. Desta forma, as atribuições são focalizadas em papéis típicos, os

quais incluem diretor de projeto, elo de ligação, conselheiro, responsável e membros (Wang, Wang, Lou, Li, & Zhang, 2013), ou outros, respeitando-se uma atribuição de funções e papéis de forma a potenciar o contributo de cada elemento.

Planeamento – Estabelecer os Objetivos

É totalmente imperativo desenvolver uma afirmação que responda ao objetivo, identificar o público-alvo e definir a mensuração, segundo Gorenflo e Moran (2012), ou seja, a definição de um objetivo ou de uma meta é fundamental pois transporta toda a equipa para o mesmo rumo. A definição das metas definem o resultado ou a finalidade pretendida e são guias fundamentais para a ação individualizada e de grupo. De acordo com a Quality Insights of Pennsylvania (2013), todos os intervenientes devem saber qual a sua ação e contributo para o objetivo e atender a essas expectativas, ou seja, é necessário que cada um compreenda as suas funções, a sua contribuição e a sua necessária intervenção em todo o processo, assim como a compreensão do seu desempenho e avaliá-lo, enquadrando-o no objetivo ou meta projetada.

Planeamento – Definir o processo atual

Torna-se fundamental compreender o processo em causa, através de uma descrição factual em torno do problema, com o objetivo de entender todo o processo e identificar as áreas de melhoria, como defende Gorenflo e Moran (2012), através de fluxogramas. Assim, é basilar enumerar dados sobre a situação atual para a compreensão do processo, onde seja possível analisar, por exemplo, tempos, pessoas, espaço, custo, número de passos, eventos adversos, satisfação do cliente e muitos outros, dependendo do processo em causa e a sua contextualização na organização. Toda esta análise e compreensão conduzem a um ponto elementar, o qual se resume à identificação de todas as possíveis causas do problema, ou seja, determinar qual é a raiz do problema.

Como foi referido, um fluxograma identifica e analisa as etapas do processo em causa, sendo possível apontar áreas de melhoria, conforme é construído e/ou analisado. Segundo a Quality Insights of Pennsylvania (2013), deverão ser consideradas algumas ações, sendo:

- Entrevista a trabalhadores sobre as etapas do processo atual – como eles executam as suas tarefas?
- Obter o ponto de vista do paciente (contextualizando a temática abordada) – como eles vêem isto?
- Fazer um fluxograma de processo de todas as etapas – usar uma nota para cada etapa explicativa e elucidativa

- Procurar variações (diferenças) nos processos.
- Verificar a existência de etapas desnecessárias no processo atual

Planeamento – Examinar soluções

Este passo do planeamento é possivelmente o mais motivante, pois após a reflexão sobre o problema e tudo o que a ele é inerente, inicia-se o processo de procura da solução, ou seja, o *brainstorming* de soluções (Wang, Wang, Lou, Li, & Zhang, 2013). A equipa deve arrolar as possíveis soluções para o problema em causa, podendo, inclusive, as soluções passarem por remover redundâncias de procedimentos, de atividades, que simplesmente dificultam o processo e não são mais-valias para o mesmo. Conforme Gorenflo e Moran (2012), torna-se necessário identificar potenciais melhorias para tratar a causa e considerar situações imprevistas que possam surgir, em resultado da melhoria proposta.

Planeamento – Seleccione uma mudança

Depois de apresentado o possível quadro solucionador do problema em questão, a equipa deverá decidir o que fazer. Assim, importa considerar duas questões pertinentes neste passo:

- O que estamos a tentar realizar?
- Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhorias?

Desta forma, esta fase, segundo Gorenflo e Moran (2012, p. 4), promovem o desenvolvimento de uma “teoria da melhoria”, a qual efetua uma articulação entre aquilo que se espera com a intervenção necessária, “cristalizando os objetivos”, ou seja, criando bases sustentáveis e sólidas para uma ação planeada e estruturada.

Planeamento – Determinar medidas

A mensuração sobre qualquer plano é essencial e torna-se pertinente, à priori, a sua definição face à necessidade de monitorização do mesmo. Como exemplo de tais medidas podemos enumerar, segundo a Quality Insights of Pennsylvania (2013), as seguintes relacionadas com a temática em questão:

- Medição – Esta é a medição unitária por cada observação efetuada. Exemplo: tempo, horas extra, custos.
- Contagem – Estes dados consistem em contagens efetuadas por categorias. Exemplo: erros de medicação, censo diário, quedas de utentes, úlceras de pressão, perda de peso.

- Dados subjetivos – Esta medição é vulgarmente relacionada com o relacionamento interpessoal, o nível de qualidade do atendimento assim como a satisfação do cliente. Está diretamente relacionada com perceção ou reações do cliente a processos, produtos ou serviços.

Planeamento – Detalhe do Plano “Teste”

No final desta fase torna-se perentório o desenvolvimento de um plano detalhado para a mudança, com indicação de atividades e responsabilidades. De acordo com Gorenflo e Moran (2012), o referido plano deve conter, imperativamente, o que precisa ser feito, quem é o responsável e quando deve ser concluída cada ação. Os respetivos detalhes devem ser explanativos, ou seja, deverão incluir todos os aspetos do método para testar as melhorias planeadas: dados a reunir, a frequência, quem recolhe, como são documentadas, a linha do tempo e como os resultados serão analisados.

De forma exemplificativa, o Anexo B demonstra algumas destas etapas assim como as seguintes fases do ciclo, num processo de mudança simples, realizada numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e relacionado com a recolha de uma cultura para análise a todos os pacientes admitidos na unidade.

2.1.3.2 Do (Fazer)

Esta é a fase para a ação, ou seja, é efetuada a implementação. O plano de ação deverá ser seguido pela equipa, em toda a sua composição e detalhe, de acordo com a elaboração da fase de planeamento.

Toda a implementação pressupõe a mudança a decorrer e, nesse sentido, é necessário acompanhá-la durante reuniões intercalares, acompanhadas de formulários de dados que devem transparecer os resultados que vão sendo atingidos, assim como qualquer outro fator relevante.

Durante o processo de implementação e de acordo com a Quality Insights of Pennsylvania (2013), existem alguns aspetos relevantes que devem estar presentes numa implementação de melhoria constante:

- **Experimentar a mudança** – a equipa deve acompanhar e vivenciar, no terreno, a mudança a acontecer;

- **Observar as consequências** – toda e qualquer mudança exige um acompanhamento e as consequências da mesma podem ser positivas ou negativas, havendo a necessidade de recolha desses dados para posterior análise.
- **Aprender com os ensaios** – o teste é fundamental para validar se a mudança tem viabilidade, ou seja, deve ser efetuado primeiramente o teste de exequibilidade da mudança em causa.
- **Executar pequenos ciclos** – a mudança deve ser compassada de forma a garantir uma normalidade da organização e uma garantia de funcionamento sem prejuízo de nenhum cliente ou *stakeholder*, ou seja, caso a mudança seja complexa e atinja diversos intervenientes e procedimentos, a mesma deve ser fragmentada e planeada num cronograma encadeado e faseado, de forma a sustentar os passos que vão sendo alcançados.

Após a implementação de todo o plano, a equipa deverá possuir dados e informações sobre a mudança ocorrida, mencionando os sucessos alcançados, assim como os insucessos e as diversas intervenções ou tentativas de implementação.

2.1.3.3 Check / Study (Verificar / Estudar)

Esta é a fase em que se analisa toda a intervenção efetuada, realizando uma comparação pormenorizada entre os dados atuais e os dados iniciais, com o objetivo de determinar, segundo Jin et al (2012), a melhoria alcançada e o cumprimento das medidas planeadas, assim como do objetivo traçado.

Segundo Gorenflo e Moran (2012), existem dois aspetos a considerar nesta fase:

1. Refletir sobre a análise e considerar qualquer informação adicional que ocorreu, comparando os resultados alcançados com o objetivo mensurável definido.
2. Documentar as aprendizagens alcançadas, o conhecimento e quaisquer outros resultados atingidos além do que se encontrava planeado.

Os resultados alcançados e todos os aspetos de mudança ocorridos, segundo a Quality Insights of Pennsylvania (2013), devem compreender respostas às seguintes perguntas:

- O que aprendemos e porquê?
- O que foi errado? Porque é que correu mal?
- O que foi certo? O que o tornou bem-sucedido?
- O que é que aconteceu que foi inesperado? Porque aconteceu?

- O que é que os dados nos dizem sobre o teste ou mudança?
- Existem outras maneiras de olhar para os dados alcançados?

Após a análise efetuada e para evidenciar os resultados obtidos, a equipa deve ter:

- Dados analisados com tabelas, gráficos, etc.
- Uma lista de conhecimentos atingidos
- Uma compreensão clara de todo o processo
- Uma declaração de conclusão sobre os resultados da mudança

Face ao nome desta etapa, referido por alguns autores como “check” e por outros como “study”, é notório verificar a necessidade de efetuar uma organização e consolidação dos dados recolhidos e refletir sobre eles. Em todo o ciclo é necessária a sustentabilidade científica de cada passo e de cada consolidação de dados alcançados, sendo esses os pilares para que a mudança projetada seja eficiente e que se alcance os propósitos iniciais, com as necessárias melhorias identificadas na fase seguinte.

2.1.3.4 Act (Agir)

Esta é a fase culminante do plano, após o teste e análise relacionada com a melhoria, onde é validada a respetiva articulação com o objetivo principal definido. É nesta fase que se procede à criação de alguns normativos organizacionais, criando o necessário fluxograma da mudança ocorrida e promovendo a divulgação necessária a toda a organização sobre os resultados atingidos, pois facilmente os procedimentos criados ou alterados influenciarão outros procedimentos de outros serviços.

No entanto, e chegando a esta fase, diversos podem ser os caminhos, pois nem sempre a mudança tem sucesso, podendo o referido sucesso ser total, parcial ou inexistente. Nesse sentido, Gorenflo e Moran (2012) enumeram três alternativas de ação importantes para esta fase:

1. **Adotar** – Padronizar a melhoria e verificar que o objetivo mensurável definido foi cumprido com o resultado alcançado. Nesta situação, há uma formalização da mudança ocorrida, a qual passa a ser uma realidade da organização nos moldes de sucesso alcançados. No entanto, o ciclo mantém-se e deve ser retomado caso alguma nova variável surja que influencie os resultados obtidos.
2. **Adaptar** – A equipa poderá decidir repetir o teste, reunir dados diferentes, rever a intervenção efetuada ou ajustar a metodologia adotada. Tal situação poderá

ocorrer caso os dados recolhidos não sejam suficientes, as circunstâncias tenham sido alteradas durante o processo de mudança ou os resultados tenham ficado aquém da meta traçada. Neste caso, o ciclo dá origem a um novo ciclo, onde é retomada a atividade de planeamento tendo em conta as conclusões do ciclo anterior, procedendo às necessárias alterações subjacentes.

3. **Abandonar** – Se as mudanças efetuadas não resultaram em melhoria para a organização, as necessárias ilações deverão ser registadas e deverá retomar-se a fase do plano com uma reflexão pormenorizada e enquadrar melhor os objetivos e as mudanças pretendidas.

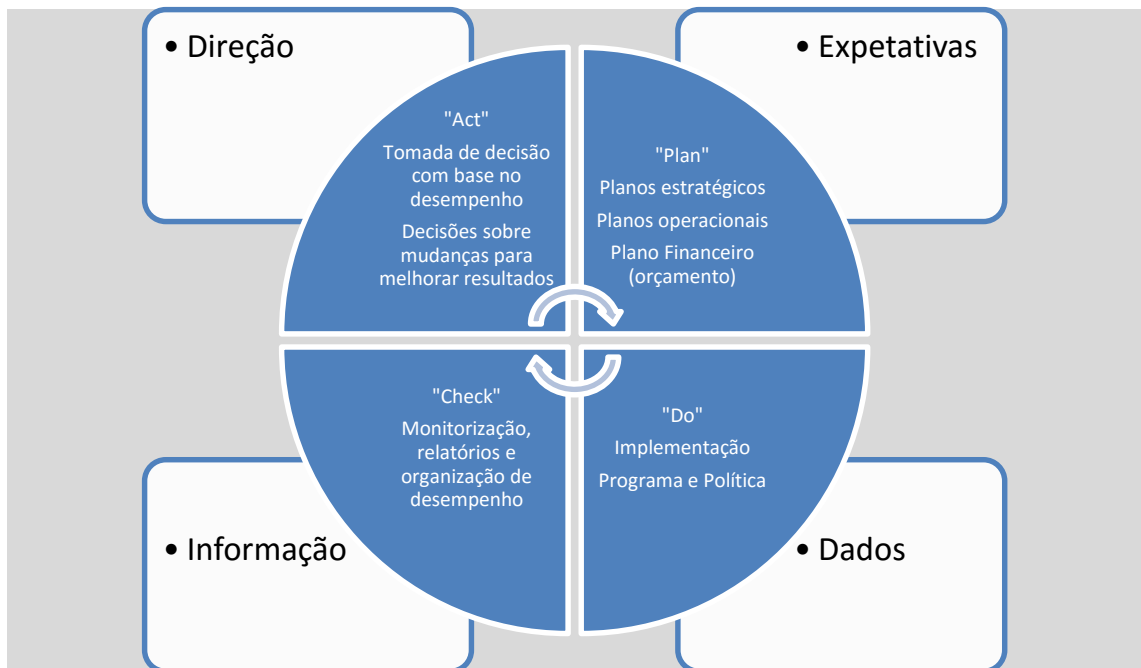
Desta forma, e sendo um ciclo, o próximo ciclo PDCA passará por rever o plano, implementar a sua revisão, reunir e avaliar os dados e decidir novamente de acordo com os três aspetos acima referidos (adotar, adaptar ou abandonar). O processo é repetido até que a equipa esteja satisfeita com os resultados, e assim, possa consolidar a mudança testada.

2.1.4 Outros modelos similares

Enquadrando o conceito e a evolução do ciclo PDCA, diversos são os modelos que têm sido desenvolvidos e promovidos na tentativa de esquematizar determinados sistemas de funcionamento das organizações e a resolução dos respetivos problemas.

Segundo Moran, Epstein e Beitsch (2013), o *Public Health Accreditation Board* (PHAB) refere que um organismo responsável da saúde pública, para ser acreditado, tem de desenvolver um plano estratégico com um horizonte mínimo de três a cinco anos, traduzindo as metas e objetivos do plano em sistemas de gestão de desempenho, conforme Figura 7, associado com planos operacionais para todos os programas, serviços e projetos. Este modelo baseia-se no fundamental do ciclo PDCA, fomentando as transições de etapas, ou seja, as **expetativas** existentes aquando da finalização do plano e o início da sua colocação em prática; os **dados** que são recolhidos durante o teste da mudança e a sua implementação faseada; a **informação** gerada da monitorização efetuada e da verificação do objetivo definido; a **direção** que terá de validar os resultados alcançados e, no sucesso pretendido, formalizar a mudança testada, passando a fazer parte do funcionamento normal da organização.

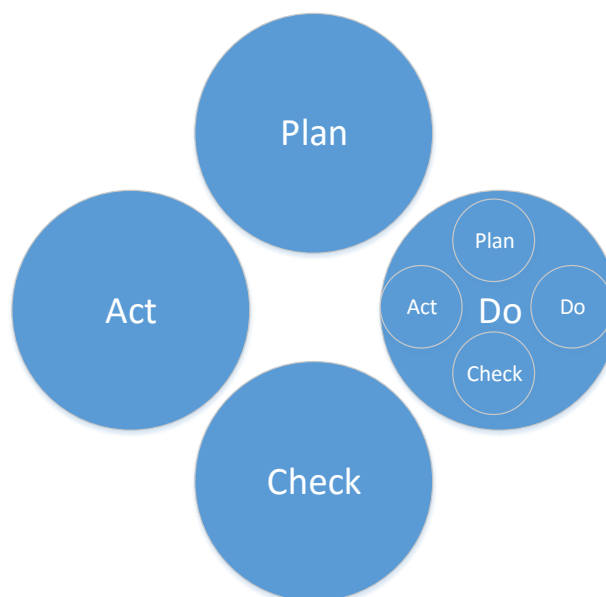
Figura 7 – Sistema de Gestão de Desempenho baseado no PDCA



Fonte: Adaptado de Moran, Epstein & Beitsch (2013)

A fase “Do” desenvolve a ação e nela poderão existir outros ciclos PDCA, ou seja, o ciclo geral faz correspondência ao plano estratégico da organização, e os ciclos mais pequenos corresponderão aos ciclos operacionais, conforme Figura 8.

Figura 8 – Ciclos PDCA – Plano Estratégico e Planos Operacionais



Fonte: Adaptado de Moran, Epstein e Beitsch (2013)

Outro modelo interessante e que complementa a fase do plano no ciclo PDCA é o método de resolução de problemas denominado FOCUS-PDCA, que segundo Hoskins, Sayger e Westman (2002), envolve 5 etapas:

- Identificar e descrever o problema (**Find**);
- Reunir uma equipa com experiência em processos (**Organize**);
- Delimitação do conhecimento do processo atual (**Clarify**);
- Compreender as razões para a variação do processo (**Understand**);
- A escolha de uma ou mais soluções para o problema (**Select**).

Estas etapas têm correspondência direta com algumas etapas do ciclo PDCA anteriormente referidas, nomeadamente na fase do planeamento, as quais são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Método FOCUS-PDCA

FOCUS		Ciclo PDCA – Fase do Plano
F	Find	Planeamento – Determinar o foco do projeto
O	Organize	Planeamento – Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade
C	Clarify	Planeamento – Definir o processo atual
U	Understand	Planeamento – Examinar soluções
S	Select	Planeamento – Seleccione uma mudança

Fonte: Construção própria

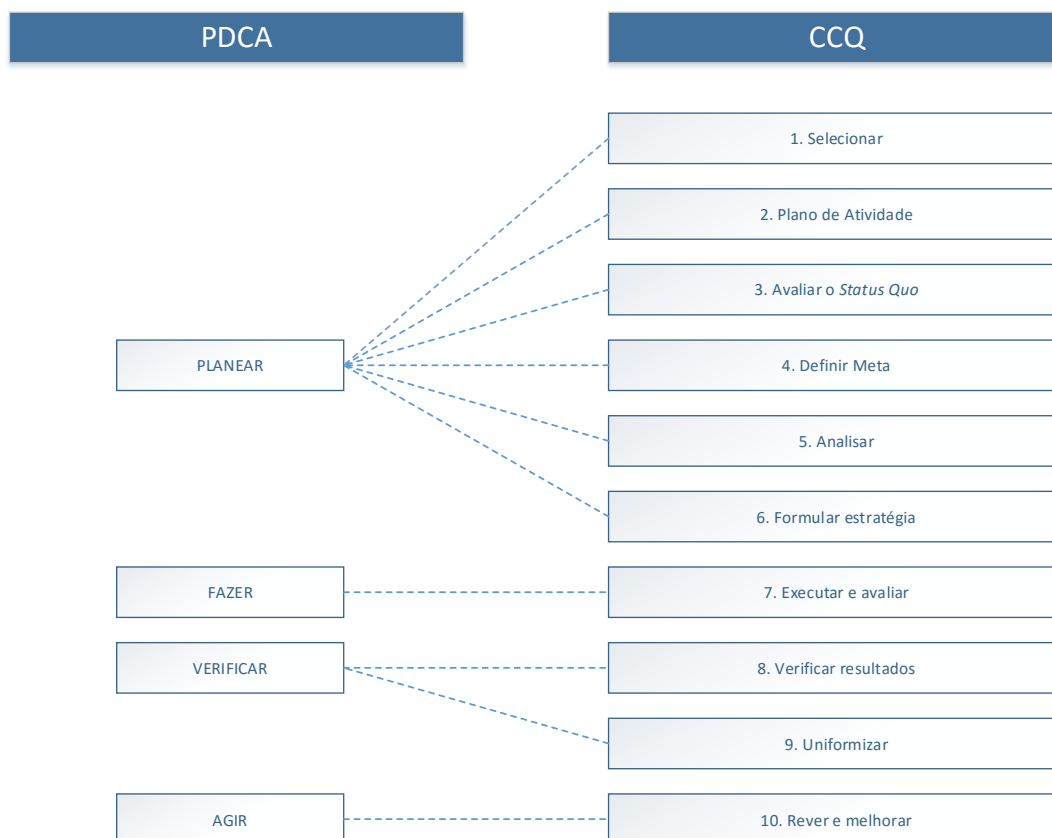
Outro importante modelo que complementa e interliga, no seu todo, o ciclo PDCA é o Circulo de Controlo de Qualidade (CCQ), o qual teve a sua origem com Ishikawa, em 1982 (Chen & Kuo, 2011).

Diversas têm sido as abordagens e aplicações deste ciclo na área da saúde e, segundo Wang, Wang, Lou, Li e Zhang (2013, p. 1), o seu objetivo é “aumentar a moral dos trabalhadores médicos, resolver problemas, melhorar os ambientes de trabalho médico e, eventualmente, aumentando a qualidade dos cuidados médicos, reduzindo os custos de gestão e aumentando a eficiência dos serviços médicos”.

Face à importante hierarquia médica existente em qualquer instituição de saúde, torna-se importante focar esforços de envolvimento dos médicos nestes processos de resolução dos problemas e procura da melhoria contínua, pois serão facilitadores do sucesso pretendido (Chen & Kuo, 2011).

Naturalmente que o objetivo do ciclo (Wang, Wang, Lou, Li, & Zhang, 2013) será de resolver problemas que surgem e o mesmo foi desenvolvido nesse propósito, havendo correlação direta com o ciclo PDCA, conforme podemos verificar na Figura 9.

Figura 9 – Fases do ciclo PDCA com correspondência aos passos de atividade do CCQ



Fonte: Wang, Wang Lou, Li & Zhang (2013, p. 3)

Segundo Wang, Wang, Lou, Li & Zhang (2013, p. 2), as atividades principais dos CCQ promovem “reduções em erros internos, reduções de custos, melhorias no grau de satisfação, melhorias na qualidade de trabalho e melhorias no desempenho económico”, sendo o seu uso intrínseco no funcionamento normal de trabalho e pode “estimular a moral no trabalho, melhorar o conhecimento e habilidade da equipa, incentivar atitudes de trabalho ativas, cultivar a liderança e melhorar a imagem institucional” (Wang, Wang, Lou, Li, & Zhang, 2013, p. 5).

Diversos têm sido os estudos efetuados, nomeadamente nos hospitais de Taiwan, onde, segundo Chen e Kuo (2011), incidiram em três grandes temas: Gestão de Processos, Gestão de Custos e Gestão de Processo Clínico. Esse exemplo de quadro CCQ pode ser visualizado no Anexo C, sendo que existem alguns exemplos sectoriais de aplicação com a identificação dos problemas que originam o referido quadro:

- No departamento de fisioterapia numa tentativa de aumentar a taxa de conclusão para os registos de fisioterapia;
- Muitos médicos não terminam os seus registos na hora, sendo que o atraso pode afetar o calendário de reembolsos de seguros de saúde, o qual afeta o fluxo financeiro dos hospitais;
- Diminuir o tempo de espera do paciente;
- Diminuição de custos globais de dispositivos médicos;
- Avaliar os erros médicos e desenvolver métodos para incentivar a segurança do paciente;
- Determinação de problemas clínicos fundamentais, associados ao cuidado e tratamento do paciente, incluindo problemas com programas de promoção da saúde, unidade de atendimento, taxas de infeção nos cuidados intensivos, infeções nosocomiais⁴ e negligência médica.

Esta metodologia promove dois aspetos fundamentais para o sucesso de qualquer organização e, segundo Chen e Kuo (2011, p. 95), os hospitais de Taiwan são prova disso:

- “Através da participação em CCQ, os funcionários estão expostos a novas ideias”;
- “Através da participação em CCQ, os funcionários podem pensar de forma diferente sobre a natureza do seu trabalho”.

Desta forma verifica-se que pela utilização desta metodologia os funcionários do hospital podem melhorar a qualidade do seu atendimento e aumentar a capacidade de prestação de cuidados.

2.1.5 Outros aspetos importantes

Como já referido anteriormente, as quatro fases do ciclo espelham o método científico experimental, e segundo Taylor et al (2013), composto da formulação da hipótese, coleta de dados para testar a hipótese, analisar e interpretar os resultados e fazer inferência. Desta forma, a interatividade entre as diferentes fases e, conseqüentemente, de ciclo para ciclo é imperativa,

⁴ “Toda a infeção relacionada com o internamento num estabelecimento de saúde, não se encontrando no seu período de incubação quando da admissão, a não ser que esteja relacionada com prévia hospitalização” (Monteiro, 1993, p. 135)

pois a aprendizagem ocorrida deve ser usada para informar o próximo ciclo, para que as intervenções sejam adaptadas e otimizadas (Jingsong, Xiaoguang, Tianshu, & Ren, 2010).

Em toda esta perspectiva de qualidade e melhoria continua, segundo António e Teixeira (2007, p. 73), e na perspectiva de Deming, existem “sete pecados mortais” a serem evitados a todo o custo, pois os mesmos impossibilitam um sucesso pretendido de qualquer implementação, sendo:

1. **“Falta de consistência** (a organização é gerida na base do sabor do mês, com ausência de uma estratégia a longo prazo)” – a falta de planificação e definição estratégica conduz a uma gestão corrente descontrolada associada a tomadas de decisão sem consideração de todos os fatores ponderáveis, assim como de todos os fatores influenciados ao longo do tempo;
2. **“Focalização nos lucros a curto prazo”** – a sustentabilidade é uma área fundamental para que qualquer organização possa prevalecer ao longo do tempo, criar raízes estruturais e estratégicas e fomentar o seu desenvolvimento com bases sólidas;
3. **“Demasiada focalização nas avaliações de desempenho”** – apesar de as pessoas serem fundamentais em qualquer organização e o capital humano ser o cerne, não se deve aplicar demasiado esforço na avaliação de desempenho, esquecendo os restantes polos e fases que são igualmente importantes para a melhoria contínua da organização;
4. **“Movimento regular de gestores entre tarefas, quer dentro ou fora das organizações, ou seja, tipo gafanhotos saltitantes”** – a melhoria contínua faz-se ao longo do tempo e para tal é preciso ir alimentando e criticando os processos para que os mesmo sejam alvo de evolução, associado necessariamente às pessoas que os gerem, pois sem uma gestão eficaz e um acompanhamento regular, qualquer processo caí no esquecimento e deixa de ser uma mais-valia para a organização – o conhecimento tem de ser fundamentado e estabilizado de forma a ser potenciado de mais conhecimento;
5. **“Demasiada importância dada aos números visíveis desprezando outros aspetos menos tangíveis da organização”** – a avaliação de qualquer organização não pode ser somente efetuada por indicadores numéricos ou fáceis de alcançar, pois existem sempre fatores influenciadores que não são facilmente identificáveis ou mensuráveis mas que são igualmente importantes numa avaliação contínua e num empreendedorismo sempre necessário;

6. **“Custos de saúde excessivos suportados pela empresa”** – quando tal se inicia há, nitidamente, uma má condução processual e um desgaste humano que tem de ser monitorizado, controlado e, principalmente, evitado;
7. **“Custos judiciais excessivos”** – necessariamente são algo a evitar pois traduz uma ultrapassagem de aspetos legais que não pode ocorrer.

Adicionalmente, e numa continuada perspetiva de fomentar um sucesso do ciclo, Moran, Epstein e Beitsch (2013, p. 7) afirmam que “para um sistema de melhoria continuar a ser mais eficaz na mudança de condução para melhorar o desempenho, todos na organização devem estar envolvidos”. Esta envolvimento é fundamental e necessariamente compreensível, pois todos os esforços devem estar orientados nos mesmos propósitos. Mais ainda, todo o processo de mudança e melhoria deve ser uma parte integrante da forma como cada profissional desenvolve o seu trabalho e não mais uma tarefa que têm de ser cumprida. Em conformidade com esta necessidade, António e Teixeira (2007) afirmam catorze princípios necessários à transformação da organização para que os “pecados mortais” atrás descritos sejam suprimidos. Os princípios são:

1. **A melhoria de um produto ou serviço tem de ser um propósito constante** – a estagnação do desenvolvimento é nefasta nestes processos, pois tal situação conduz a um enfraquecimento do produto ou serviço, o qual tem de estar sempre atual. Quando tende a ficar obsoleto, o mesmo deverá merecer a necessária atenção e reformulação de forma a ser substituído.
2. **Tem de ser implementada uma nova filosofia de gestão** – se há uma necessidade de mudança e uma procura de melhoria, a gestão tem de mudar e concertar-se dentro dos princípios científicos desenvolvidos, procurando atualizar-se e acompanhar a necessária e emergente evolução do mercado.
3. **Tem que se acabar com a dependência da inspeção em massa** – a procura da melhoria contínua pretende a responsabilização de cada um e o trabalho coletivo de progresso, eliminando a necessidade permanente de fiscalização, pois o encadeamento processual está em monitorização, avaliação e ajustes constantes.
4. **O negócio tem de deixar de ser encarado na base exclusiva do preço** – a melhoria pressupõe uma preocupação com o preço mas associado à qualidade, à eficiência, à eficácia, a maximizar o negócio em todas as suas potencialidades.
5. **O sistema de produção e prestação de serviços tem de ser melhorado continuamente** – todos os processos e fluxos carecem de monitorização constante,

a fim de todas as correções serem efetuadas em tempo útil e a maximização seja uma meta constante.

6. **A formação na empresa deve ser institucionalizada** – este é um ponto muitas vezes abordado mas ainda a carecer de muita atenção e efetivação, pois a formação impulsiona a necessária motivação e predisposição para a melhoria, fortalecendo os recursos humanos e disseminando os objetivos a atingir.
7. **A liderança deve ser adotada e instituída** – em consonância com o princípio 2, a nova filosofia de gestão torna imperativo que a liderança, a descentralização, a responsabilização sejam realidades constantes para que seja possível a necessária monitorização permanente.
8. **O medo deve ser eliminado** – só a arriscar é possível atingir o melhor e o clima organizacional deve promover esse dinamismo individual e potenciá-lo com o objetivo de estimular a massa humana.
9. **As barreiras entre os diferentes departamentos devem ser eliminadas** – a inclusão de todos e a aceitação dos problemas como sendo de todos é fundamental, fomentando uma responsabilidade partilhada.
10. **Slogans, exortações e objetivos dirigidos à força de trabalho devem ser eliminados** – o foco tem de ser ao trabalho de equipa, à partilha, à interligação de funções e à necessária partilha de metas alcançadas.
11. **As quotas e objetivos numéricos à força de trabalho devem ser eliminados** – as metas e objetivos definidos não se podem basear exclusivamente em números soltos, desassociados da melhoria pretendida e da qualidade imperativa, ou seja, cada número alcançado é um sucesso pleno.
12. **As barreiras que retiram às pessoas o orgulho no seu trabalho devem ser eliminadas** – necessariamente o mérito deve ser reconhecido e o alcance e sucesso das metas e objetivos alcançados devem ser enaltecidos.
13. **A educação e o estudo devem ser encorajados** – os recursos humanos devem, além da formação promovida pela organização, ser encorajados a procurar formação e a prosseguir com estudos dentro da sua área, sendo mais-valias para a sua necessária evolução.
14. **É necessário iniciar ações imediatas para que a transformação se dê** – com a velocidade que a sociedade caminha e com as mudanças constantes que ocorrem, qualquer organização não pode esperar que tudo esteja “perfeito” para que avance com a mudança; os passos devem ser iniciados e o aperfeiçoamento e ajustes vão ocorrendo com o tempo.

Neste sentido é importante que todos na organização entendam como devem usar a informação para efetuar o seu trabalho, melhorar o desempenho do programa e ser eficaz, associado ao objeto de estudo, na melhoria da saúde da população.

Segundo Moran, Epstein e Beitsch (2013, p. 11), para “ajudar a criar o alinhamento em todas as estratégias, incluindo estratégias para programas específicos e estratégias transversais que envolvem vários programas e organizações para resolver problemas prioritários de saúde, um «mapa estratégico de alto nível»”, conforme Figura 10, “pode ser usado com base nos doze domínios do PHAB”.

Figura 10 – Mapa Estratégico de nível superior



Fonte: Moran, Epstein & Beitsch (2013)

Os domínios apresentados não estão dispostos por ordem numérica, pois os mesmos estão alinhados com as perspetivas estabelecidas, evoluindo de baixo para cima, impulsionando o desempenho para os dois principais objetivos estabelecidos:

- H1 – Melhorar os resultados de saúde e eliminar as disparidades
- H2 – Melhorar o ambiente para a saúde e reduzir os riscos de saúde

Desta forma, existem diversos formatos de expor a estrutura de atuação perante um problema ou uma mudança evidenciada, seja essa atuação a nível estratégico ou operacional. No entanto, todas as intervenções e melhorias contínuas desejadas têm algo em comum: é

necessário percorrer um caminho estruturado, o qual se inicia com um planeamento fundamentado e global, uma atuação no terreno para testar e implementar o plano traçado, uma análise dos dados recolhidos e confrontação com o plano previamente elaborado e uma decisão de atuação perante as conclusões retiradas, promovendo uma melhoria contínua para qualquer organização, nomeadamente nas estruturas hospitalares do SNS, as quais são estruturas complexas e merecem toda a atenção no decorrer deste trabalho.

2.2 Controlo Interno

Em qualquer organização, independentemente da sua missão e dimensão, o controlo interno é uma preocupação constante de quem a dirige. A monitorização da atividade e, fundamentalmente, do desempenho funcional de cada profissional são tarefas complexas, as quais têm de estar entrosadas com a visão da organização, respondendo aos objetivos estratégicos definidos.

É nesse propósito que o controlo interno assume um papel preponderante, sendo relevante abordar o seu conceito, as suas normas, componentes, limitações, tipos e métodos, a fim de enquadrar a sua importância nos Hospitais do SNS.

2.2.1 Conceito

O conceito de Controlo Interno (CI) é divergente entre diversos autores e a sua existência em qualquer organização é evidente (Neves, 2008), independentemente da sua dimensão, sendo naturalmente mais aprimorado em organizações de maior dimensão ou com atividades mais complexas e merecedoras de maior controlo (Carreira, 2013).

De acordo com Pinto (2004), o CI condiz com os métodos e medidas adotadas com vista a salvaguardar os ativos, a verificar a exatidão e a fidedignidade dos dados contabilísticos, a promover a eficácia operacional e a estimular o cumprimento das políticas prescritas pelos gestores. A planificação está, necessariamente, implícita num controlo interno efetivo, o qual é suportado por métodos e medidas para a sua operacionalidade.

Segundo Barata (1999, p. 113), o CI “engloba o plano da organização e todos os métodos e medidas coordenadas e adotadas por uma empresa para salvaguardar os seus bens, comprovar a eficiência e veracidade dos dados contabilísticos; promover a eficiência, operacionalidade e estimular a adesão aos métodos prescritos pela administração”. Aqui é reforçada a planificação

obrigatória, imputando-a à administração, ou seja, gestão de topo, salientando a necessária eficiência na efetividade da ação de CI.

No entanto, e contextualizando a estrutura de CI, Carmichael, Willingham, & Schaller (1996) referem que a mesma tende a prevenir ou detetar erros ou irregularidades, referindo também que o fator absoluto de tal prevenção ou deteção será sempre muito oneroso e impossível de aplicação efetiva. Estes autores despoletam uma visão do CI centrado no erro ou irregularidade, sendo a sua principal missão a prevenção e a deteção desses fatores que danificam a organização.

A *International Organization of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI) defende que o “controlo interno é um processo integral dinâmico que está continuamente a adaptar-se às mudanças de uma organização. Gestão e pessoal, em todos os níveis, têm de estar envolvidos neste processo para lidar com os riscos e para fornecerem uma garantia razoável e a realização da missão da entidade e objetivos gerais” (INTOSAI, 2004, p. 6)

Segundo Suarez (1991), o CI é definido como o conjunto de elementos materiais e humanos, correlacionados, com o objetivo de assegurar que as políticas desenhadas pela estrutura de topo são executadas corretamente pelos diferentes departamentos e nos diferenciados níveis hierárquicos da organização.

No §6 da *AU Section 319 – Consideration of Internal Control in a Financial Statement Audit* é referido que o CI é um processo projetado para fornecer razoável segurança à gestão de topo relativamente à realização dos objetivos relacionados, à fiabilidade da informação financeira, eficácia e eficiência das operações e cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis (AICPA, 2015).

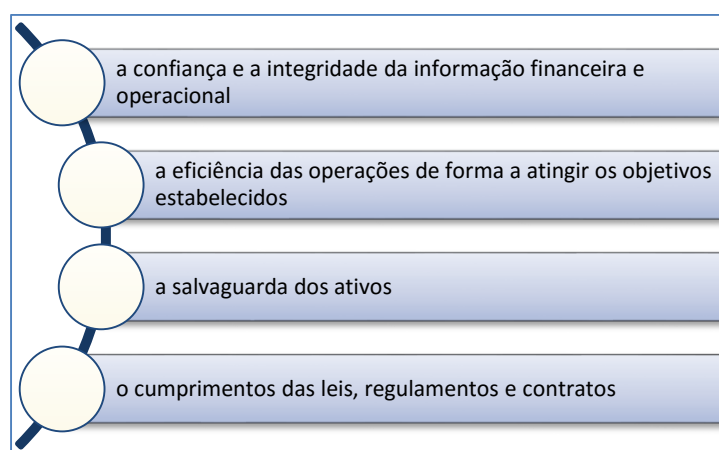
A análise efetuada por Alves e Reis (2002) realça o papel da auditoria interna no setor público, no qual descrevem as normas, os métodos e destacam o papel do CI como instrumento fundamental para garantir a precisão dos registos e a veracidade dos documentos e das informações. Um dos capítulos focados é a relação existente entre auditoria interna e CI, relativamente à qual é efetuada uma afirmação interessante: “Pode-se considerar que a auditoria interna faz parte da pirâmide do controlo interno, sendo ela o ponto mais alto, uma vez que a mesma avalia, supervisiona e fiscaliza o nível de credibilidade dos controlos internos” (Alves & Reis, 2002, p. 842). Acrescentam ainda que o CI é uma ferramenta de controlo social formada por um conjunto de procedimentos e técnicas que têm como objetivo examinar a adequação, a eficácia e a legitimidade dos atos e das informações financeiras e operacionais dos serviços públicos, ou seja, há um sublinhar de o CI ser uma definição de procedimentos, métodos e normas de atuação da entidade, em toda a sua composição e envolvência.

O American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) (1972, p. 234) refere que o CI é “o plano da organização e todos os métodos e medidas, adotadas numa empresa, para proteger o seu alvo, verificar a exatidão e a fidedignidade dos seus dados contabilísticos, incrementar a eficiência operacional e promover a obediência às diretrizes administrativas estabelecidas”.

Costa (2014, p. 234) considera que o CI inclui “o plano de organização e os procedimentos e registos que se relacionam com os processos de decisão e que conduzem à autorização das transações pelo órgão de gestão”, referindo ainda que “tal autorização é uma função de tal órgão diretamente associada com a capacidade de alcançar os objetivos da organização sendo o ponto de partida para um controlo interno contabilístico sobre as transações”.

Em junho de 2007 o *Institute of Internal Auditors* (IIA) (2014) aprovou o *International Professional Practices Framework*, onde consta a Norma 2 130.A1 a qual refere que os objetivos do CI são os que constam na Figura 11.

Figura 11 - Objetivos do Controlo Interno



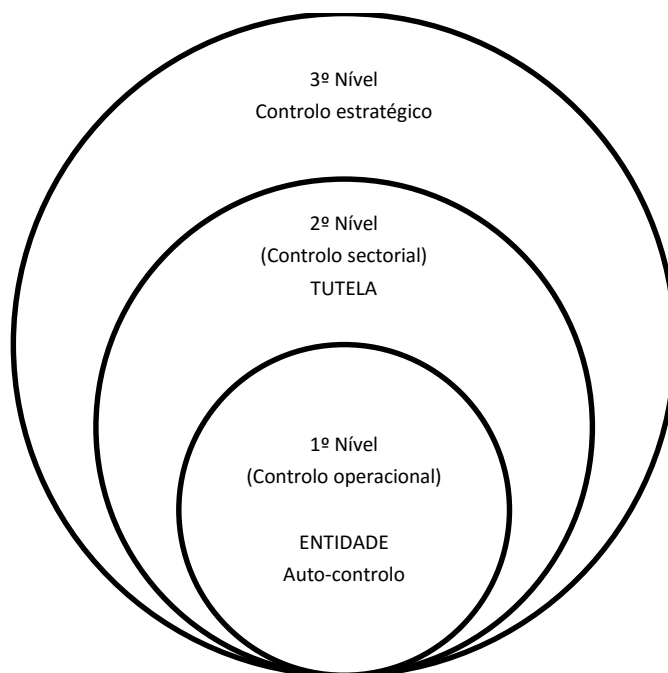
Fonte: Adaptado do *Institute of Internal Auditors* (2014)

A *International Standard on Auditing* (ISA) 315 intitulada *Identifying and Assessing the Risks of Material Misstatement through Understanding the Entity and its Environment* (IFAC, 2009, p. 264) refere que o CI “é o processo concebido, implementado e mantido pelos responsáveis pela governação, pela gestão e outro pessoal, para proporcionar uma segurança razoável com o fim de se atingir os objetivos de uma entidade com vista à credibilidade do relato financeiro, eficácia e eficiência das operações e cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis”.

O Tribunal de Contas, no seu Manual de Auditoria e de Procedimentos – Volume I, remete-nos para a esquematização de três patamares de controlo, os quais efetuam um paralelismo

com a estrutura governamental portuguesa, conforme a Figura 12. A sua definição de CI “pressupõe a existência de um plano e de sistemas coordenados destinados a prevenir a ocorrência de erros e irregularidades ou a minimizar as suas consequências e a maximizar o desempenho da entidade no qual se insere” (Tribunal de Contas, 1999, p. 47).

Figura 12 – Controlo interno público



Fonte: Tribunal de Contas (1999)

Generalizando para o contexto público e privado, a Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (2000, p. 2) expressa na Diretriz de Revisão / Auditoria (DRA) 410 (§4) que o “sistema de controlo interno significa todas as políticas e procedimentos (controlos internos) adotados pela gestão de uma entidade que contribuam para a obtenção dos objetivos da gestão de assegurar, tanto quanto praticável, a condução ordenada e eficiente do seu negócio, incluindo a aderência às políticas da gestão, a salvaguarda de ativos, a prevenção e deteção de fraude e erros, o rigor e a plenitude dos registos contabilísticos, o cumprimento das leis e regulamentos e a preparação tempestiva de informação financeira credível”.

Apesar de existirem diversas tentativas dos organismos em ser estabelecida uma definição comum de CI, tal ainda não é consensual. No entanto, e segundo Gomes (2014), existem alguns termos-chave que são comuns: é um **conjunto de políticas e procedimentos, implementados pelo órgão de gestão, com a finalidade de assegurar, tanto quanto possível, o cumprimento dos seus objetivos, nomeadamente na salvaguarda de ativos e prevenção de erros e fraudes.**

Também parece ser consensual que o CI não é um evento ou uma ocorrência isolada, mas sim uma série de ações que envolvem as atividades de uma qualquer organização. Estas ações

estão diretamente ligadas às operações da organização, numa base contínua, integrando o normal funcionamento da mesma (INTOSAI, 2004).

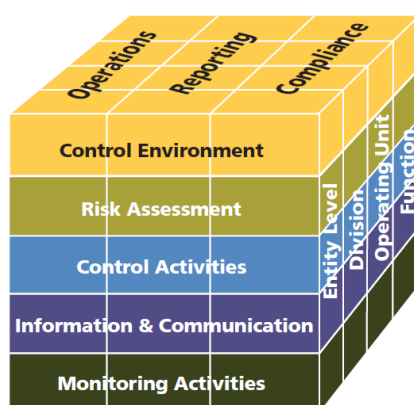
2.2.2 Normas e ferramentas de controlo

De salientar que as definições preconizadas pela maioria dos organismos seguem a estrutura conceptual integrada de CI aprovada pelo *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO)⁵ McNally (2013, p. 4) , que considera no seu relatório que o CI é “um conceito multidimensional que se define como um processo conduzido pelo conselho de administração, gerência e outro pessoal da organização, projetado para fornecer uma garantia razoável relativamente à realização dos seus objetivos”. Para o COSO, e conforme reforçam Doyle, Ge e McVay (2007), são três os objetivos chave do CI: a eficácia e a eficiência das operações; a credibilidade do relato financeiro; o cumprimento das leis e dos regulamentos aplicáveis.

O cubo COSO 2013 (simbologia gráfica adotada), conforme consta na Figura 13, o qual corresponde ao último *integrated framework* divulgado, prevê três categorias de objetivos (operações, relatórios e conformidade) e ainda é composto por cinco componentes integrados: ambiente de controlo, avaliação de risco, atividades de controlo, informação e comunicação, atividades de monitorização. O cubo continua, naturalmente, a ser adaptável à estrutura de qualquer organização, o que lhe permite considerar os controlos internos de uma entidade, divisão, unidade operacional e/ou nível funcional, tal como para um centro de serviços partilhados (McNally, 2013).

⁵ O COSO é um comité de iniciativa conjunta de cinco organizações, sendo: a American Accounting Association (AAA), o American Institute of CPAs (AICPA), o Financial Executives International (FEI), a Association of Accountants and Financial Professionals in Business (IMA) e o Institute of Internal Auditors (IIA)

Figura 13 – Cubo COSO (2013 Edition)



Fonte: Intréis (2015)

Desta forma, são apresentados, no *framework* do COSO, os 17 princípios de CI, esquematizados por cada componente, o qual é apresentado no Quadro 4. Importa referir que a análise destes princípios merece ser efetuada em conjunto com o análise da DRA 410, a qual reflete os mesmos componentes do COSO.

Quadro 4 – Quadro comparativo entre modelo COSO e a DRA 410

COSO	DRA 410
O ambiente de controlo	
1. Demonstra compromisso com os valores de integridade e ética	§24
2. Exercícios sobre responsabilidade de supervisão	§25
3. Estabelece estrutura, autoridade e responsabilidade	§26
4. Demonstra compromisso com a competência	
5. Impõe a prestação de contas	
Avaliação de risco	
6. Especifica objetivos adequados	§27
7. Identifica análises de risco	§28
8. Avalia o risco de fraude	§29
9. Identifica e analisa mudança significativa	§30

COSO	DRA 410
Atividades (Procedimentos) de controle	
10. Seleciona e desenvolve atividades de controle	§31
11. Seleciona e desenvolve controles gerais sobre a tecnologia	§32
12. Implanta através de políticas e procedimentos	
Informação e Comunicação	
13. Usa a informação relevante	§33
14. Comunica internamente	§34
15. Comunica externamente	§35
Atividades de Monitorização	
	§36
16. Realiza avaliações em curso	§37
17. Avalia e comunica deficiências	§38

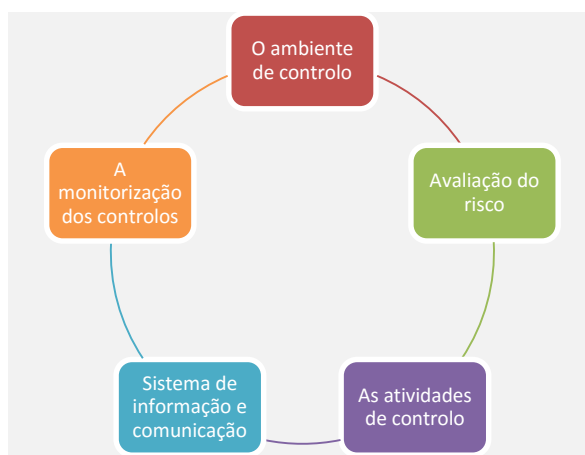
Fontes: McNally (2013, p. 5) e Ordem dos ROC (2000)

Desta forma, e após exposição de algumas normas e ferramentas de controle, importa enquadrar efetivamente o CI dentro da organização, operacionalizando a sua ação através dos seus componentes.

2.2.3 Componentes do Controle Interno

No seguimento da análise da ISA 315, Apêndice 1, e após a explicitação de diversos conceitos e a importância do CI, importa enquadrar o mesmo no seio das organizações, tipificando as suas componentes: o ambiente de controle, a avaliação do risco, o sistema de informação e comunicação, as atividades de controle e a monitorização dos controles, as quais se interligam, conforme a Figura 14, demonstrando um ciclo, à semelhança do PDCA.

Figura 14 – Cinco componentes do controlo interno



Fonte: Adaptado de PricewaterhouseCoopers (2005)

Segundo Costa (2014, p. 235), a primeira componente do CI, o **ambiente de controlo**, “inclui as funções de governação e de gestão e as atitudes, a consciência e as ações dos responsáveis pelas referidas funções em relação ao controlo interno da entidade e à sua importância para a mesma”.

A ISA 315 (IFAC, 2009, pp. 305-306) enumera os seguintes elementos do ambiente de controlo:

- a) “Comunicação e fazer cumprir valores éticos e de integridade” – a eficácia esperada dos controlos não pode ser sobreposta aos valores éticos e integridade das pessoas;
- b) “Compromisso com a competência” – envolve os requisitos e qualidades inerentes ao cumprimento do trabalho de todos os indivíduos;
- c) “Participação dos responsáveis pela governação” – necessariamente é imposta uma responsabilidade superior aos órgãos de gestão, quer pelo carácter das suas funções e responsabilidades, quer pelo exemplo esperado. São eles os principais impulsionadores e responsáveis do processo de funcionamento e eficácia do CI;
- d) “Filosofia de gestão e estilo operacional” – a estratégia definida deverá ser partilhada e responsabilidade de toda a organização, sendo necessariamente do conhecimento geral;
- e) “Estrutura organizacional” – é fundamental que toda a cadeia de autoridade, de responsabilidade e de relato sejam eficazes e funcionais;
- f) “Atribuição de autoridade e de responsabilidade” – fixar a delimitar as funções de cada um dentro da organização;

- g) “Políticas e práticas de recursos humanos” – sentimento de unidade e missão é fundamental dentro da organização, onde a gestão de recursos humanos deve ser potenciadora de tal união e objetivos comuns.

Como refere Gomes (2014, p. 13), o ambiente de controlo “define o nível de influência de uma organização na consciência dos seus colaboradores sobre o controlo interno”. Os fatores do ambiente de CI incluem “integridade e valores éticos, competência, forma de atribuição de autoridade e responsabilidade”. Além disso, é focado também por esta autora, de uma forma bastante incisiva, que o ambiente de controlo é a componente “base para todos os outros componentes”, a qual faz transparecer a consciência e ações da gestão de topo e a importância depositada no controlo interno.

Segundo IFAC (IFAC, 2009) na ISA 315 e a OROC (2000) na DRA 410, a avaliação dos riscos (segunda componente) decorre de várias circunstâncias, nomeadamente, do meio envolvente e as suas mudanças, de novos trabalhadores, das características do sistema de informação (novos ou a sua revisão), de um crescimento acelerado, do surgimento de novas tecnologias, de novos modelos de negócio, produtos ou atividades, de reestruturação da empresa, de expansão de operações no estrangeiro e de novas normas contabilísticas. Tendo em conta a avaliação do risco necessária para um CI de sucesso, Gomes (2014, p. 13) refere 3 tópicos essenciais: estabelecimento de “objetivos ligados a diferentes níveis e consistentes internamente”; “identificação e análise de riscos relevantes para atingir os objetivos”; “definição de uma base para determinar como os riscos deverão ser tratados”. Perante a avaliação dos riscos torna-se pertinente tomar atitudes, as quais cruzam diretamente com o ciclo PDCA retratado no capítulo anterior, ou seja, é imperativo que a identificação do risco resulte na produção de um ciclo PDCA de forma a eliminar ou minimizar o respetivo risco

A terceira componente, as atividades de controlo, compreende as políticas e os procedimentos que permitem assegurar que as orientações da gestão são executadas e suportam-se em sistemas manuais ou de tecnologias de informação que contribuem para a redução de riscos e salvagam a entidade (IFAC, 2009). Gomes (2014, p. 13) enumera em dois pontos os procedimentos de controlo: “procedimentos que asseguram que as diretivas da gestão são efetuadas; as atividades envolvidas centram-se em aprovações, autorizações, revisões de desempenho, segurança dos bens e segregação de funções, para minimizar os riscos”.

Para Costa (2014), as atividades de controle, quer sejam em sistemas manuais quer em sistemas de tecnologias de informação, conforme anteriormente referido, podem ser classificadas como políticas e procedimentos, como sejam: autorização; revisão da execução; processamento da informação; controlos físicos e segregação de funções.

Considerando esta enumeração, assim como a ISA 315, Gomes (2014) resume as políticas e procedimentos, no seu nível mais básico e essencial, a três grupos de atividades:

- Revisões de desempenho – comparabilidade entre os conjuntos de informação existentes (operacional e financeira), a análise das relações internas, as medidas de investigação existentes e a informação de fontes externas;
- Processamento da informação – englobam os controlos aplicativos, quer ao nível do processamento individual de informação, quer ao nível macro, incluindo políticas e procedimentos gerais de funcionamento, assegurando a eficácia e a continuidade;
- Controlos físicos – nomeadamente a segurança física de ativos, autorizações de acessos físicos e informáticos, contagens periódicas e comparação com os registos e a segregação de funções.

Segundo Costa (2014, p. 239), o sistema de informação (quarta componente) adotado por uma entidade “consiste em procedimentos e registos estabelecidos não só para iniciar, registar, processar e relatar as transações, acontecimentos e condições da entidade como também para manter responsabilidade sobre os ativos, passivos e capital próprio relacionados”. Já Gomes (2014, p. 13) indica dois pontos pertinentes relativamente ao sistema de informação:

- “Informação pertinente é identificada, compreendida e comunicada num período de tempo adequado, para permitir às pessoas efetuarem em tempo útil todas as suas responsabilidades;
- Fluxos de informação que permitem um controlo efetivo (instruções sobre funções e responsabilidades, relatórios de deficiências identificadas) ”.

A comunicação deve ser eficaz e no sentido amplo, segundo McNally (2013), fluindo do topo para a base, mas também, de modo transversal e no seio de toda a entidade.

A quinta e última componente do controlo interno, a monitorização dos controlos, é a avaliação da qualidade do desempenho do CI, de modo a aferir se os controlos estão a operar

como o previsto e se são modificados de forma apropriada quando as condições se alteram, conforme ISA 315 do IFAC (IFAC, 2009) e na DRA 410 da OROC (2000).

Gomes (2014, p. 13) refere quatro pontos inerentes à monitorização, sendo: “avaliação do desempenho do Sistema de Controlo Interno (SCI); a combinação de avaliação contínua e pontual que certifica que o sistema de controlo funciona em tempo oportuno; análise das deficiências em tempo útil para as ações corretivas; controlo sobre controlos”.

Em resumo, a relevância, interligação e combinação destes cinco componentes será mais notória quanto maior e mais complexa for a entidade. É de extrema importância que estes cinco componentes estejam evidentes dentro da organização e que sejam fluentes entre si, promovendo um CI eficaz e eficiente, evitando “ruídos” e fatores limitativos de sucesso.

2.2.4 Limitações do Controlo Interno

“A simples existência de um SCI não é garante de que este esteja operacional, seja eficiente e eficaz. Ainda que se trate de um bom SCI, este não é suficiente para certificar que a organização esteja isenta de ocorrência de erros, irregularidades e fraudes” (Gomes, 2014, p. 17). Naturalmente que um SCI bem elaborado e planeado não se torna útil simplesmente por existir, pois o mesmo tem de ser implementado, monitorizado, avaliado e ajustado, constantemente.

Além disso, apesar de existir, estar implementado e com monitorização constante, tal não significa que o SCI em vigor numa organização seja isento e imune de ocorrências de erros, irregularidades e fraudes. Nesse sentido, existem determinados fatores, segundo Costa (2014), que limitam o CI:

- Não interesse por parte do órgão de gestão na manutenção de uma bom sistema de controlo – este é um dos fatores mais limitativos de qualquer SCI, pois apesar de parecer irracional, os órgãos de gestão podem não ter interesse ou não se sentirem motivados para a implementação e manutenção de um integral SCI.
- A dimensão da empresa – contrariamente ao que se pensa inicialmente, a implementação de um SCI numa empresa pequena é muito mais complicado do que numa empresa de média dimensão ou grande dimensão, nomeadamente face ao número de trabalhadores existentes. Conforme descrito anteriormente nas atividades de controlo, a segregação de funções será muito mais difícil, sendo necessário implementar procedimentos adicionais para garantir eficácia.

- A relação de custo/benefício – necessariamente que a implementação de um SCI incorre em custos, os quais vão sendo exponenciais quando se impulsiona um aperfeiçoamento do sistema já implementado. Assim, torna-se necessário avaliar se o que se pretende implementar terá um custo inferior ao benefício que se espera obter, ou seja, ponderar se será preferível correr o risco da inexistência de determinadas medidas e procedimentos, face às injustificadas e possíveis vantagens.
- A existência de erros humanos, conluio e fraudes – o fator humano é determinante em qualquer SCI e dele depende o necessário sucesso. Todos os indivíduos são fundamentais em todo o processo, nomeadamente os que detêm mais responsabilidade, pois a competência e a integridade individual são vitais. No que diz respeito à competência, a mesma pode ser posta em causa por negligência, falta de cuidado ou distrações, assim como poderá existir incompreensão das instruções necessárias e/ou interpretações distorcidas. Pior que tudo isto será sempre a imoralidade ou falta de integridade, a qual poderá ser isolada ou não, seja ela com indivíduos internos ou externos à organização, aumentando a dificuldade de deteção consoante a posição hierárquica ser superior. No entanto, um bom SCI tornar-se-á dissuasor destes acontecimentos.
- As transações pouco usuais – quando o SCI é planeado e implementado, o mesmo contempla os procedimentos e transações que são prática corrente da organização. Desta forma, quando surgem determinadas transações esporádicas, as mesmas não estão englobadas no controlo efetivo e podem potenciar limitações ao mesmo.
- A utilização da informática – naturalmente que a disseminação da informação utilizando mecanismos informáticos, a constituição de grandes bases de dados e tudo o que está relacionado com os acessos, constitui um importante fator a ter em consideração em qualquer SCI.

Desta forma, estas limitações podem ser inerentes a diversos fatores, entre os quais a mudança dos titulares do controlo e/ou mudança de gestão, alterações do mercado ou na área de intervenção da organização, sendo que, rapidamente, os procedimentos instituídos podem ficar obsoletos face à alteração das condições funcionais (Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, 2000).

No caso de organizações públicas (que são o objeto de análise proposto) estas limitações tornam-se mais problemáticas e merecedoras de mais e efetiva atenção, pois a sua exposição à

opinião pública é superior ao privado, estando sujeitos a um maior escrutínio legal e público (Shapiro & Matson, 2008).

Tendo em conta que todas estas limitações são condicionantes do CI, Morais e Martins (2013) resumem essas limitações a três aspetos críticos: a integridade, os valores éticos e competência das pessoas. Ou seja, a condicionante do ser humano é fulcral para o sucesso (ou insucesso) de qualquer controlo, sendo a relação entre as pessoas um aspeto fundamental, que se interliga diretamente com os cinco componentes do CI referidos anteriormente.

2.2.5 Fatores que influenciam o controlo interno

Após a enunciação das possíveis limitações do controlo interno, torna-se relevante olhar o quadro no ponto de vista positivo, ou seja, encarar a organização com potencial para a implementação de um sistema de controlo interno, potenciador de sucesso. Para que tal seja possível, torna-se necessário que a organização esteja propensa a tal, ou seja, o clima organizacional tem de estar propício e, assim, de acordo com Morais e Martins (2013), existem alguns requisitos essenciais, sendo:

1. Objetivos e planos bem definidos, seguindo a filosofia de gestão – é fundamental que a organização disponha de planificação estratégica e operacional, partilhando-a com todos os funcionários, de forma a fomentar uma gestão partilhada, assim como uma responsabilização organizacional.
2. Estrutura organizativa sólida (existindo adequada segregação de funções), facilitando o fluxo da informação, com estrutura orgânica adequada para um controlo efetivo – para uma assimilação e aceitação de um SCI é necessário que a organização esteja hierarquicamente definida, sem quaisquer dúvidas ou ambiguidades e já detentora de um fluxo funcional e informativo. A fluidez funcional será um facilitador indispensável.
3. Procedimentos efetivos e documentados: controlo das operações diárias e forma de assumir riscos, bem como reação a falhas de controlo ou fraudes passadas – qualquer SCI com êxito tem necessidade de uma base funcional suportada por procedimentos e registos, os quais fundamentam a ação de cada indivíduo, assim como se assumem como evidência de execução com cumprimento de todas as normas associadas.
4. Sistema de autorização e registo, definindo os limites de autoridade e responsabilidades associadas ao controlo e estabelecendo níveis de relatórios –

dentro de uma organização é fundamental que a definição de papéis de responsabilidades esteja elucidada, de forma a compreender a ação de cada um, assim como o *report* necessário que deve ser partilhado de acordo com os procedimentos estabelecidos, sem necessidade de ser solicitado.

5. Compromisso de qualidade e competência, efetuando recrutamento com base na competência e honestidade, definindo adequadamente as tarefas, formação e supervisão – para um controlo interno efetivo torna-se necessário que todos os recursos humanos sejam competentes na sua área de trabalho, nas suas tarefas, que sejam capacitados para as funções que exercem, sejam eles já funcionários ou perante um processo de recrutamento, ou seja, torna-se necessário um real e funcional manual de funções que suporte este requisito.
6. Órgão de supervisão e vigilância que oriente e questione os responsáveis pelos resultados e performances – dentro da organização torna-se fundamental que exista alguém que centralize a gestão do SCI, ou seja, que concentre e se responsabilize pelas cinco componentes já referidas anteriormente.
7. Integridade e divulgação de valores éticos, penalizando comportamentos indevidos após a adequada divulgação do código de conduta e reação a críticas de comportamento ético - torna-se necessário que a organização disponha de políticas definidas, nomeadamente relacionadas com ética, sendo esta uma área sensível a qualquer atividade, complementando com procedimentos, condutas e penalizações devidamente identificadas e claras.
8. Incentivos e tentações, incluindo metas realistas e incentivadoras, bem como pressões para atuações menos corretas ou comportamentos desonestos – para um sucesso efetivo da organização não basta o “amor à camisola”, pois tal manifestação pode perfeitamente ser pontual ou, pior ainda, uma manifestação de interesse. O efetivo empenho e alcance dos objetivos, assim como o inverso, deverá ser recompensado ou penalizado, respetivamente.
9. Políticas de pessoal e práticas, incluindo planos de sucessão, avaliações formais e política de remunerações, associada ao processo de avaliação – qualquer organização são as pessoas e, nesse sentido, os recursos humanos são sempre a chave para um potencial sucesso. Nesse âmbito, torna-se pertinente que os mesmos sejam alvo de avaliação, ou seja, implementação e aplicação da avaliação de desempenho sempre associada ao desempenho do grupo de trabalho e da própria organização, pois só assim é entendida como uma avaliação ponderada.

Assim, existem algumas causas e consequências provenientes de problemas gerados pelo próprio controle interno, pois como qualquer sistema, existem fatores que advêm da sua existência, conforme se pode verificar no Quadro 5.

Quadro 5 – Causas e Consequências relacionadas com Problemas de Controle Interno

Complexidade?	Organizações com mais fontes de financiamento são mais propensas a ter uma variedade de operações e, portanto, mais propensas a relatar problemas de controle interno
Continuidade de Risco?	A continuidade de determinadas atividades consideradas de risco conduz a que o auditor tenha sérias dúvidas da organização poder cumprir com as suas obrigações.
Excedente?	As instituições com excedente financeiro têm menos problemas de controle interno.
Tamanho?	Está positivamente associado com a existência de deficiências de controle interno
Crescimento?	Rapidamente organizações em rápido crescimento são muitas vezes incapazes de avaliar adequadamente e atualizar os controles internos no mesmo ritmo em que ocorre a expansão organizacional

Fonte: Adaptado de Petrovits, Shakespeare e Shih (2011)

Relativamente à **complexidade**, é entendível que uma maior variedade e amplitude de operações dentro de uma organização, além de complexificar a percepção dos fluxos associados, é potenciadora de um maior número de problemas associados ao efetivo controle. As organizações que são propensas a atividades continuadas, associadas a **risco** inerente são suscetíveis de problemas correntes de controle interno, pois o risco elevado imprime preocupações adicionais. No que diz respeito ao **excedente**, o qual está relacionado com a capacidade da organização gerar um lucro efetivo, o mesmo é inversamente proporcional aos problemas de controle interno, pois o referido excedente proporciona capacidade à organização de garantir um melhor controle junto dos seus colaboradores. No que diz respeito ao **tamanho** da organização, quanto maior for mais propenso é a deficiências de controle interno, pois apesar de ser referido anteriormente, nas limitações do controle interno, que relativamente à dimensão da empresa, quanto mais pequena mais complicada é a implementação de um SCI, o inverso, ou seja, uma organização de grande dimensão é facilitadora da implementação de um SCI mas também é mais vulnerável a falhas resultantes do normal funcionamento, pois sendo facilitadora da segregação de funções, não o é em termos de controle do número e variedade de funções. Por último, o **crescimento**, sendo relacional que um crescimento acelerado é

sinónimo de problemas de controlo interno, pois a organização não tem tempo útil para sedimentação de processos que permitam um efetivo controlo.

Desta forma importa sempre avaliar o sistema de controlo interno implementado, sendo essencial, segundo Neves (2008, p. 60) “analisar-se a eficiência dos fluxos de operações e informações (relevância da informação obtida) e análise do custo/benefício”, ou seja, a implementação deve promover mais vantagens para a organização do que os custos necessários para a sua existência.

Existindo um clima de controlo interno eficaz, importa mencionar e analisar os tipos de controlo possíveis, assim como os métodos que garantem a sua efetividade.

2.2.6 Tipos e métodos de controlo interno

Após a exposição do conceito, importância, componentes, responsabilidades, limitações e influências, torna-se necessário, segundo Costa (2014, p. 244), analisar as formas de recolher e registar o sistema de CI, sendo necessário estudar “organogramas, o manual de descrição de funções, os manuais de políticas e procedimentos contabilísticos e das medidas de controlo interno, quaisquer outras informações (ordens de serviço, instruções de serviço, comunicações internas, etc.) que de algum modo se relacionem com os aspetos de controlo administrativo e do controlo contabilístico”.

Nesse sentido, além da análise de todos os documentos relacionados com a implementação do controlo interno e seu suporte, torna-se relevante planejar e evitar a ocorrência de potenciais erros e, conforme Morais e Martins (2013), os controlos podem ser preventivos, detetivos, diretivos ou orientativos, corretivos e compensatórios, conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Tipos de Controlo

Preventivos	Serve para que seja impedida a ocorrência de factos indesejáveis. Estes controlos são iniciais em qualquer processo, tentando impedir “à priori”.	Exemplos: comparar as faturas com as guias de receção antes de autorizar pagamentos; verificar a prescrição e dados do utente antes da administração terapêutica
Detetivos	Servem para identificar ou corrigir factos indesejáveis que já tenham ocorrido, sendo efetuados à <i>posteriori</i> .	Exemplos: elaborar reconciliações bancárias; verificação das listas de espera para consulta externa, verificando o cumprimento do regulamento do sistema de consulta a tempo e horas (CTH)
Diretivos ou orientativos	Servem para provocar ou encorajar a ocorrência de um facto desejável, isto é, para produzir efeitos “positivos”, porque quando ocorrem coisas boas impede-se que as más aconteçam	Exemplos: formação sobre procedimentos de controlo interno a todos os departamentos envolvidos em determinado procedimento, promovendo responsáveis e auditores
Corretivos	Servem para retificar problemas identificados	Exemplos: relatório de artigos ou equipamento obsoletos, a fim de se proceder ao seu abate físico e contabilístico; relatórios de atrasos de cobrança de dívidas; lista de reclamações de clientes (doentes)
Compensatórios	Servem para compensar eventuais fraquezas de controlo noutras áreas da organização	Exemplo: o total de salários processados pelo departamento de pessoal pode ser controlado através do total dos créditos feitos à segurança social pela contabilidade

Fonte: Adaptado de Morais e Martins (2013)

Assim sendo, torna-se imperativo compreender, enquadrando estes tipos de controlo anteriormente referidos, quais os métodos a utilizar para tornar efetivo o SCI e, segundo Morais e Martins (2013, p. 34), são cinco os métodos de controlo interno:

- **“Controlos administrativos** – exercício de autoridade, estrutura orgânica, poder de decisão e descrição de tarefas;
- **Controlos operacionais** – planeamento, orçamento, contabilização e sistemas de informação, documentação, autorização, políticas, procedimentos e métodos;
- **Controlos para a gestão dos recursos humanos** – recrutamento e seleção, orientação, formação e desenvolvimento e supervisão;
- **Controlos de revisão e análise** – avaliação do desempenho, análise interna das operações e programas, revisões externas e outros;
- **Controlo das instalações e equipamentos** – verificação das instalações e equipamentos”.

Em suma, segundo Pinheiro (2014, p. 105), podemos afirmar que o sistema de controlo interno “envolve cinco passos essenciais: dirigir, autorizar, fiscalizar, comparar e documentar”, conforme Figura 15, sendo suportados por elementos fundamentais para o controlo interno: “a organização, as políticas estabelecidas, os procedimentos instituídos, o desenho dos processos, a matriz de riscos associada aos processos, o pessoal, o sistema de informação contabilística, os orçamentos, os relatórios de gestão e a revisão interna para avaliar o cumprimento dos objetivos”.

Figura 15 – Processo de Controlo Interno



Fonte: Adaptado de Pinheiro (2014)

Se os quatro primeiros passos são evidentes mediante a sequência do processo, o quinto passo (Documentar) parece deslocado dos restantes, pois todo o processo de controlo interno carece de documentação, ou seja, deveria ser considerado transversalmente nos outros passos. No entanto, a evidência do mesmo no final vem com o propósito de fortalecer uma consolidação final do processo, através da formalização de execução do controlo, o qual correlaciona com a última fase do ciclo PDCA (“Act”), onde os benefícios e as conclusões positivas são transformadas em fundamentos da organização, enquanto as conclusões negativas são novamente reformuladas para originar um novo planeamento (retoma do ciclo).

2.2.7 Auditoria Interna

A operacionalização do controlo interno em cada organização é da competência de todos os profissionais, pois a sua aplicabilidade é transversal e genérica. A sua implementação e eficácia são da responsabilidade da gestão de topo, conforme já referido, a qual normalmente transfere a competência de verificação para os auditores internos.

Desta forma, importa compreender o conceito de auditoria interna, sendo que o *Institute of Internal Auditors* (IIA) define que “auditoria interna é uma atividade independente, de

garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação” (Institute of Internal Auditors, 2009, p. 10).

O objetivo primordial da Auditoria Interna, segundo Pinheiro (2014), é o de auxiliar a empresa e todos os níveis de gestão no cumprimento das suas responsabilidades em promover sistemas de controlo adequados, com fornecimento de relatórios, informações e pareceres em tempo útil, visando a melhoria da performance e do desenvolvimento sustentável da empresa. Naturalmente que as auditorias realizadas requerem revisões ao sistema de controlo interno vigente na organização, promovendo constantes avaliações de eficiência (Lehmann, 2010), procurando a melhoria contínua.

Desta forma, incluem-se nesta definição uma variedade de auditorias, igualmente importantes para o objetivo definido, podendo as mesmas ter ou não, uma focalização financeira, sendo abordada a sua finalidade (Morais & Martins, 2013, pp. 20-21) dentro destas cinco:

- **“Auditoria das demonstrações financeiras** – consiste num exame às demonstrações financeiras com o objetivo de expressar uma opinião sobre a conformidade, ou não, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, os princípios contabilísticos geralmente aceites e as normas de contabilidade;
- **Auditoria de conformidade** – consiste na verificação do cumprimento, pela entidade auditada, das condições, regras e regulamentos especificados por diversas fontes, externas ou internas;
- **Auditoria operacional** – consiste numa revisão sistemática das áreas operacionais da entidade, com o objetivo de avaliar a economia, eficiência e eficácia das atividades e/ou operações;
- **Auditoria de gestão** – consiste na avaliação da *performance* da entidade e o desempenho dos gestores;
- **Auditoria estratégica** – consiste na avaliação da conformidade das decisões com as políticas estratégicas previamente estabelecidas”.

Qualquer uma destas finalidades de auditoria são suscetíveis de serem desenvolvidas pela auditoria interna, apesar das obrigações legais inerentes a algumas que impõem à existência de auditoria externa.

No entanto, importa referir que as auditorias anteriormente referidas são correlacionadas com três tipos de auditoria, segundo um critério metodológico (Morais & Martins, 2013, p. 22):

1. **“Auditoria de sistemas** – consiste no trabalho prévio de implantação de qualquer reorganização administrativa com a finalidade de examinar e analisar os procedimentos administrativos e os sistemas de controlo interno.
2. **Auditoria de procedimentos** – consiste em rever e avaliar a validade das operações.
3. **Auditoria administrativa** – consiste em avaliar uma função específica, dentro da entidade, a fim de determinar se esta obtém a máxima eficiência com essa função em concreto.”

Enquadradas nas finalidades e tipos, importa compreender afinal quais são as atribuições da auditoria interna, conforme Quadro 7, correspondendo assim à operacionalidade de monitorizar a “arquitetura organizativa do sistema de controlo do setor da saúde” (Tribunal de Contas, 2012, p. 18), sendo este o objetivo definido.

Quadro 7 – Finalidades, tipos e atribuições da auditoria interna

Atribuições	Finalidades	Tipos
Rever e avaliar a validade, suficiência, qualidade e aplicação dos controlos contabilísticos, financeiros e operacionais, promovendo um controlo efetivo a um custo razoável.	Auditoria operacional	Auditoria de sistemas
		Auditoria de procedimentos
Assegurar que as políticas, programas e procedimentos se cumprem na íntegra.	Auditoria estratégica	Auditoria administrativa
	Auditoria de gestão	
Certificar que os ativos estão devidamente registados e suficientemente protegidos de qualquer tipo de perdas.	Auditoria das demonstrações financeiras	Auditoria administrativa
Assegurar que a informação utilizada pela Direção, desenvolvida dentro da entidade, é fiável.	Auditoria de conformidade	Auditoria de sistemas
	Auditoria de gestão	
Avaliar a qualidade e eficácia da execução das responsabilidades atribuídas	Auditoria de gestão	Auditoria administrativa
	Auditoria operacional	
Recomendar melhorias operacionais	Auditoria operacional	Auditoria de sistemas
Identificar potenciais economias, devidamente valorizadas e repercussão nos resultados financeiros.	Auditoria das demonstrações financeiras	Auditoria de sistemas

Atribuições	Finalidades	Tipos
	Auditoria de gestão	Auditoria de procedimentos
Rever e seguir a correta e efetiva implantação das recomendações e sugestões de auditoria e de inspeções externas.	Auditoria de gestão	Auditoria administrativa
	Auditoria operacional	

Fonte: Construção própria

Desta forma, importa salientar que a auditoria interna é então o mecanismo utilizado pelas organizações para verificarem o seu sistema de controlo interno, mediante a validação dos sistemas implementados, dos seus processos e procedimentos, assim como de toda a operacionalidade da organização (Tribunal de Contas, 2011). Assim sendo, e conforme consta na Norma IIA 2500 – Monitorização do Progresso (Institute of Internal Auditors, 2009, p. 34), “o responsável pela auditoria tem que estabelecer e manter um sistema de monitorização do efeito dos resultados comunicados à gestão:

- 2500.A1 – O responsável pela auditoria tem que estabelecer um processo de *follow-up* para monitorizar e assegurar que as ações foram efetivamente implementadas ou que os gestores superiores aceitaram o risco de não tomar qualquer medida;
- 2500.C1 – A atividade de auditoria interna tem que monitorizar o efeito dos resultados dos compromissos de consultoria na medida do que for acordado com o cliente”.

Assim verifica-se a importância da auditoria interna e do acompanhamento e monitorização das suas conclusões, com a validação da prática das recomendações resultantes da mesma (Madeira, 2013), sendo uma atividade essencial dentro da organização para a eficácia da sua governação.

2.3 Serviço Nacional de Saúde – Hospitais

A focalização pretendida com este trabalho está direcionada ao SNS, nomeadamente a um nível de cuidados vulgarmente designados como hospitalares. Estes cuidados prestados nos Hospitais do SNS são um dos pilares da prestação de cuidados, sendo objetivamente os mais complexos face à sua especificidade e desenvolvimento científico, sendo importante perceber o seu enquadramento dentro da prestação de cuidados públicos de saúde.

2.3.1 Enquadramento

Desde 3 de Dezembro de 2002 que o Instituto Nacional de Estatística define Hospital como “estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnósticos e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (ACSS e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2015).

Em 1979, com a Lei nº 56/79 de 15 de Dezembro, é criado o SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, com o objetivo de assegurar o direito à proteção da saúde, cumprindo os termos da Constituição. Nos referidos termos, de acordo com o artigo 64º da Constituição Portuguesa, “o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (Assembleia da República, 2015). O referido artigo, no seu ponto 3, refere ainda que “o Serviço Nacional de Saúde tem gestão descentralizada e participada”, ou seja, o mesmo goza de autonomia administrativa e financeira, estruturado em órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de prestadores de cuidados nas três vertentes atuais (cuidados primários, cuidados hospitalares gerais e especializados e cuidados continuados).

Desta forma, presentemente em Portugal, o SNS assume responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, através das suas estruturas de cuidados.

A focalização deste trabalho é centrada em cuidados hospitalares, sendo estas organizações complexas, de diferentes dimensões e abrangências, com resposta múltipla e especializada e, nesse sentido, segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 1), com impacto determinante na prestação de cuidados de saúde, “mas cuja importância não fica confinada às fronteiras da saúde, implicando de forma marcante nos domínios económico e social”.

Desde cedo que o hospital público alcançou o estatuto de instituto público mas, segundo o Ministério da Saúde (2010), a partir da década de noventa passou a utilizar diversos modelos jurídicos:

- 1994 – foi celebrado um contrato para a gestão de um hospital do SNS por uma entidade privada;
- 1998 a 2001 – foram criadas três unidades com um formato empresarial, que não subtraía do Estado a responsabilidade da prestação de serviço público, mas submetia-as a regras de gestão privada;

- 2002 – foi abandonada a figura do instituto público em relação a cerca de um terço dos hospitais públicos, os quais adotaram o modelo de sociedade anónima de capital exclusivamente público;
- 2005 – foi determinada a transformação em entidades públicas empresariais das 31 unidades de saúde com o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.

Neste enquadramento, os hospitais passaram a ser empresas, onde as administrações são independentes nas duas vertentes, ou seja, na gestão e na operacionalização, focalizando a sua missão na especialização de prestação de cuidados de saúde.

Há que salientar que, comparativamente com outras empresas públicas, há fatores que exponenciam a diferenciação entre o sector da saúde e os outros setores e, segundo Barros (2013), os fatores cruciais de diferenciação são:

- Presença de incerteza – no momento em que se necessita de cuidados médicos, o custo do cuidado médico, estado de saúde, tratamento adequado, entre outros, são factos que não são quantificáveis e mensuráveis para uma tipologia automaticamente definida.
- Papel das instituições sem fins lucrativos – muitas das instituições que intervêm no setor não tem como objetivo o lucro, embora procurem obter excedente económico.
- Forte juízo ético – o juízo ético é o princípio geralmente aceite de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras.

Assim, é notório que o setor da saúde, nomeadamente a prestação de cuidados hospitalares, é uma área de extrema importância (vital) para as populações, absorvendo o seu cliente quando o próprio está limitado e privado das suas competências e faculdades. Tendo esta visão como horizonte, os valores e princípios na prestação de cuidados hospitalares, segundo o Ministério da Saúde (2010), devem ter em consideração:

- Orientação para os cidadãos – utilizadores - clientes;
- Competência e promoção da melhoria contínua;
- Transparência nos processos de decisão e respeito pelos princípios éticos;
- Sustentabilidade financeira;
- Evitar a futilidade desperdiçadora de recursos e pernicioso para os doentes.

Desta forma é imperativo que existam formalizadas e sejam vivenciadas políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em todos os serviços de saúde que, segundo o Ministério da Saúde (2010), implica uma alteração na forma como os hospitais estão estruturados, com o objetivo de serem encontradas soluções que potencializem ganhos em saúde, através do aumento da qualidade e satisfação dos cidadãos e também dos profissionais.

O referido relatório relativo à organização interna e à governação dos Hospitais promovido pelo Ministério da Saúde (2010, p. 1) vai mais longe e afirma que “o modelo organizacional é deficitário e obsoleto” e justifica dizendo que “a organização em serviços fragmenta a prestação dos cuidados, dificultando a integração”.

“A focagem, por vezes excessiva, em objetos de produção, potenciada por mecanismos de financiamento nem sempre ajustados, desguarnecida de adequados mecanismos de controlo de qualidade e efetividade, não favorece as boas práticas, compromete a formação e contribui para o desencanto e menor empenho dos profissionais” (Ministério da Saúde, 2010, p. 2).

Naturalmente que toda a governação carece de um equilíbrio, nomeadamente em estruturas como os hospitais, as quais têm nas suas mãos a vida dos cidadãos, sendo o bem mais precioso que é depositado ao cuidado desses profissionais.

Assim, o Ministério da Saúde (2010, p. 20) enumera algumas condições para a competente governação clínica nos diversos domínios da sua ação:

1. “Liderança organizacional e clínica, fortemente empenhada e solidária no processo de governação clínica;
2. Compromisso com a gestão da qualidade e disponibilidade persistente para rever e aperfeiçoar desempenhos;
3. Empenhamento na criação de uma cultura de avaliação e auditoria clínica como recurso comum de leitura e análise;
4. Reconhecimento da importância da identificação e gestão do risco clínico;
5. Educação, treino e formação profissional contínua;
6. Investigação e divulgação das boas práticas e da eficiência clínica;
7. Gerir e aprender com base no reconhecimento do erro e na reclamação;
8. Procurar as opiniões e responder às expectativas dos utentes e fazer uso da informação clínica decorrente das suas experiências;
9. Utilização criteriosa da informação para planear e monitorizar a governação clínica”.

Logo podemos verificar que os modelos organizacionais hospitalares devem-se pautar por critérios de funcionalidade e desenvolvimento, promovendo modalidades de gestão autónomas, descentralizadas e participadas.

2.3.2 Normativo de Controlo Interno na Saúde

Em Portugal, nas últimas duas décadas, tem emergido um esforço em matéria de controlo interno, pois anteriormente era um assunto pouco abordado ou desenvolvido (Marques & Almeida, 2004). Um dos marcos que impulsionou o controlo interno, em termos da administração pública, foi a publicação do Decreto-Lei nº 166/98 de 25 de Junho, onde o Governo instituiu o Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado, sendo o objetivo “promover a difusão de uma «cultura do controlo» em todos os níveis da administração financeira do Estado que permita a assunção de uma generalizada consciência da decisiva relevância do controlo como forma privilegiada de melhorar a gestão” (Decreto-Lei nº 166/98 de 25 de junho).

Especificamente no campo da saúde (foco deste trabalho de investigação), só no ano 2000 é publicada a Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro, a qual define que “as instituições pertencentes ao Ministério da Saúde adotarão um sistema de controlo interno que englobe o plano de organização interna, políticas, métodos, técnicas e procedimentos de controlo, bem como quaisquer outros a definir pelos respetivos órgãos de gestão que permitam assegurar o desenvolvimento das suas atividades de forma eficaz, eficiente e com qualidade assegurem a salvaguarda dos seus ativos, a prevenção de ilegalidades e a exatidão e integridade de todos os registos contabilísticos e a preparação oportuna e atempada de toda a informação financeira (Portaria nº 898/2000 de 28 de Setembro).

Já em 2012, através de Despacho nº 6447/2012 de 15 de Maio, o Ministro da Saúde determina a constituição de um grupo de trabalho denominado Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (GCCl), o qual, num quadro de defesa da sustentabilidade do SNS e por diversas recomendações do Tribunal de Contas, engloba “todas as entidades do sector da saúde, muito particularmente aquelas que intervêm na monitorização, auditoria, fiscalização e controlo da despesa” (Despacho nº 6447/2012).

No que concerne à pesquisa efetuada, a legislação existente foca o CI mais direcionado para a área financeira, não havendo referência direta à área operacional e ao necessário controlo interno nessa área.

No entanto, são divididas as atribuições deste controlo pelos diversos organismos existentes e dependentes do Ministério da Saúde, conforme organograma do mesmo (Ministério da Saúde, 2015b). Entre eles importa referir:

- Administração Direta do MS
 - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) – através da missão e atribuições definidas no artigo 2º do Decreto-Lei nº 33/2012 de 13 de Fevereiro, onde é salientado na alínea b) do número 2 “Atuar no âmbito do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado” (Decreto-Lei nº 33/2012 de 13 de Fevereiro).
 - Direção-Geral da Saúde (DGS) – através da missão e atribuições definidas no artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de janeiro, o qual evidencia na alínea g) do número 2 “Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde” e na alínea h) “Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos (Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de Janeiro).
- Administração Indireta do MS
 - Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) – através da missão e atribuições definidas no artigo 2º do Decreto-Lei nº 35/2012 de 15 de Fevereiro, havendo referência particular na alínea j) do número 2 “Efetuar o controlo da gestão através da avaliação continuada dos indicadores de desempenho e da prática das instituições e serviços do sistema de saúde, bem como desenvolver e implementar modelos de gestão de risco económico-financeiro para o sistema de saúde” (Decreto-Lei nº 35/2012 de 15 de Fevereiro).
 - INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP – através da missão e atribuições definidas no artigo 2º do Decreto-Lei nº 46/2012 de 24 de Fevereiro, sendo de salientar o disposto na alínea b) do número 2 “Regulamentar, avaliar, autorizar, disciplinar, fiscalizar, verificar analiticamente, como laboratório de referência, e assegurar a vigilância e controlo de investigação, produção, distribuição, comercialização e utilização dos medicamentos de uso humano e dos

produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal” (Decreto-Lei nº 46/2012 de 24 de Fevereiro).

- Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS) – através da missão e atribuições definidas no artigo 3º do Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de Janeiro, sendo de evidenciar o disposto na alínea m) do número 2 “Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção” (Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de Janeiro).

Necessariamente que cada instituição terá, dentro das suas atribuições, responsabilidade máxima sobre o efetivo controlo interno de toda a organização, sendo a mesma a principal responsável do seu funcionamento e monitorização. Nesse sentido, importa observar os diversos regimes jurídicos disponíveis para o enquadramento de cada Hospital do SNS.

2.3.3 Regime Jurídico dos Hospitais

Diversos têm sido os modelos organizacionais que têm sido instituídos em Portugal, sendo atualmente focalizado no preceituado do artigo 2º do anexo à Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, onde é definido que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem integrar umas das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, todas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Perante as figuras jurídicas apresentadas, os Hospitais ou Centros Hospitalares, pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, existentes em Portugal configuram-se, atualmente, em três grupos:

- a) Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA)⁶;
- b) Hospitais instituídos como Entidades Públicas Empresariais (EPE)⁷;
- c) Hospitais com contratos de Parceira Público-Privada (PPP)⁸.

Importa assim analisar e compreender a legislação referente a cada regime jurídico para compreender as obrigações e imposições legais inerentes a cada organização com personalidade jurídica.

2.3.3.1 Hospitais SPA

A estrutura legal que suporta os Hospitais do Setor Público Administrativo é definida no Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto, sendo importante referir que no artigo 4º é definido que os órgãos pertencentes a este regime jurídico hospitalar são: órgão de administração, órgão de apoio técnico, órgão de fiscalização e órgão de consulta.

Inseridos como órgãos de fiscalização é definido:

- o “Fiscal Único” no artigo 14º, o qual impõe que se o Hospital tem capacidade igual ou superior a 200 camas obriga à existência de uma Revisor Oficial de Contas (ROC);
- o “Auditor Interno” no artigo 15º, o qual impõe a obrigatoriedade da sua existência quando a capacidade iguala ou excede as 500 camas.

Dos referidos órgãos de fiscalização importa analisar o que é pretendido com a auditoria interna e, assim, no nº 2 do artigo 15º (Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto) é definido que a auditoria interna “tem como objetivo promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a:

- a) Assegurar a função de auditoria nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático, ambiental e da segurança e qualidade;

⁶ Decreto-Lei nº 284/99 de 26 de Julho – diploma que estabelece o regime enquadrador da criação e funcionamento dos centros hospitalares, composto por vários estabelecimentos e de grupos de hospitais; Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto – diploma que regula o regime de funcionamento dos hospitais do setor público administrativo.

⁷ Decreto-Lei nº 558/99 de 17 de Dezembro – diploma que estabelece o regime do setor empresarial do estado; Decreto-Lei nº 330/2007 de 23 de Agosto – alterações ao Decreto-Lei nº 558/99; Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro – diploma que estabelece o regime jurídico dos Hospitais EPE; Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de Novembro – alterações ao Decreto-Lei nº 233/2005.

⁸ Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de Agosto – diploma que define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parceira em saúde, em regime de gestão e financiamento privados; Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril – alteração ao Decreto-Lei nº 185/2002; Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho – alteração ao Decreto-Lei nº 86/2003

- b) Assegurar o desenvolvimento das ações de auditoria solicitadas pelos órgãos de administração;
- c) Fornecer ao conselho de administração e aos gestores operacionais análises e recomendações sobre as atividades revistas para potenciar a melhoria da performance dos serviços;
- d) Apoiar os órgãos de administração e gestão no cumprimento da sua missão;
- e) Propor ao conselho de administração a realização de auditorias por entidades terceiras;"

É ainda referido, no ponto 8 do mesmo artigo que a atividade deve estar em articulação com três entidades: Inspeção-Geral das Finanças, Inspeção-Geral da Saúde e com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). Sendo esta legislação de 2003, importa referir que as entidades podem ter nova designação, conforme consta no Quadro 8.

Quadro 8 – Entidades Extintas e Entidades Atuais de report da AI dos Hospitais SPA

Entidade referida do Decreto-Lei nº 188/2003	Entidade atual que substitui
Inspeção-Geral das Finanças	Inspeção-Geral das Finanças (IGF)
Inspeção-Geral da Saúde	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)	Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

Fonte: Construção própria

2.3.3.2 Hospitais EPE

Os Hospitais EPE têm o seu regime jurídico de acordo com o Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de Novembro, o qual determina, no artigo 5º que os órgãos destas estruturas hospitalares são: o conselho de administração, o fiscal único e o conselho consultivo.

No âmbito do artigo 15º que define o fiscal único é referido que o mesmo é “o órgão responsável pelo controlo da legalidade, regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Hospital EPE” (Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de Novembro), assim como é mencionado que o mesmo é, obrigatoriamente, um ROC ou uma Sociedade de ROC’s.

No entanto, no artigo 17º é focada a auditoria interna, sendo definido no número 1 do artigo 17º que a este serviço “compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo” (Decreto-Lei nº 244/2012 de 9

de Novembro, 2012, p. 6512), sendo enumerado, no número 2 do mesmo artigo as suas competências:

- a) “Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital EPE apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se retirem os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar”.

No mesmo artigo, no número 12 é referenciado que o plano e relatórios anuais de auditoria são aprovados pelo conselho de administração e submetidos às seguintes entidades:

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS)
- Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF)
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)
- Inspeção-Geral de Finanças (IGF)

No entanto, a legislação de suporte jurídico aos Hospitais EPE engloba um artigo específico dedicado ao sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades (Artigo 17º-A), o qual define, no número 2, que o sistema de controlo interno “compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no hospital EPE com vista a garantir” (Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de Novembro, 2012, p. 6513):

- a) “Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo de riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e

estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas”.

Importa ainda referir que no número 3 do artigo 17º-A é referido que o “sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção” (Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de Novembro, 2012, p. 6513).

Desta forma, e face aos anteriores Hospitais SA, os Hospitais EPE “passaram a ser regulamentados por um regime mais rigoroso, desde logo pelas orientações estratégicas da tutela, aprovação e inspeção desempenhada pelos Ministérios das Finanças e Saúde, quer ao nível da atividade operacional quer ao nível de racionalidade económica e financeira das decisões de investimento” (Cardoso, 2014).

2.3.3.3 Hospitais PPP

O Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho define as normais gerais no que concerne à intervenção do Estado na “definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global de parcerias público-privadas” (Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho).

No referido Decreto-Lei, no artigo 5º do anexo publicado, é identificada a repartição de responsabilidades promovida pela parceria, sendo que “incumbe ao parceiro público o acompanhamento e o controlo da execução do objeto de parceria, de forma a garantir que são alcançados os fins de interesse público subjacentes, e ao parceiro privado cabe, preferencialmente, o financiamento, bem como o exercício e a gestão da atividade contratada” (Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho). Por consequência, e relativamente à fiscalização e acompanhamento das parcerias, o artigo 12º menciona que tais poderes de fiscalização e controlo são exercidos por entidades ou serviços a serem indicados, tanto pelo Ministério das Finanças como pelo Ministério da Saúde.

No caso dos Hospitais PPP existe, necessariamente, uma metodologia de controlo diferente, sendo que a entidade gestora terá os seus mecanismos de controlo interno conforme a orgânica que a própria define, sendo que o SNS passa a praticar auditoria externa, pois os organismos nomeados estão fora do setor público.

2.3.4 Estrutura Hospitalar

Toda a estrutura hospitalar tem a sua raiz legal na Lei de Bases da Saúde, no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e na Lei Orgânica do Ministério da Saúde, sendo referido no número 2 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro que “integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde”.

Assim, face à organização existente no SNS, existem entidades (centros hospitalares e unidades locais de saúde) que englobam na sua estrutura orgânica um ou mais hospitais, sendo apresentado no Quadro 9 a distribuição das entidades formalmente constituídas pelas regiões de saúde, especificando o seu regime jurídico (Hospitais SPA, EPE ou PPP) assim como o seu tipo (Centro Hospitalar, Hospital, Centro de Reabilitação, Instituto Português de Oncologia e Unidade Local de Saúde). Já no Quadro 10 é apresentado o número de unidades hospitalares, variando assim, em relação ao Quadro 9, o número na coluna dos Centros Hospitalares e das Unidades Locais de Saúde, sendo estas entidades “agregadoras”.

Quadro 9 – Distribuição do Parque Hospitalar por Tipo de Instituição

Regiões de Saúde	Tipo de Instituição Hospitalar										Total	Total %
	Hospitais SPA ⁹				Hospitais EPE ¹⁰					Hospitais PPP ¹¹		
	CH ¹²	H ¹³	CR ¹⁴	St ¹⁵	CH	H	IPO ¹⁶	ULS ¹⁷	St			
ARS Norte				0	9	2	1	3	15	1	16	31%
ARS Centro		3	1	4	5	1	1	2	9		13	25%
ARS Lisboa e VT	2	1		3	6	3	1		10	3	16	31%
ARS Alentejo				0		1		3	4		4	8%
ARS Algarve			1	1	1				1		2	4%
Total	2	4	2	8	21	7	3	8	39	4	51	100%

Fonte: (Ministério da Saúde, 2015c)

⁹ Hospitais do Setor Público Administrativo

¹⁰ Hospitais do Setor Empresarial do Estado

¹¹ Hospitais em Parceria Público-Privada

¹² Centro Hospitalar

¹³ Hospital

¹⁴ Centro de Reabilitação

¹⁵ Sub-total

¹⁶ Institutos Portugueses de Oncologia

¹⁷ Unidades Locais de Saúde

Quadro 10 - Distribuição das Unidades Hospitalares por Tipo de Instituição

Regiões de Saúde	Hospitais (Unidades Hospitalares por Tipo de Instituição)										Total	Total %
	Hospitais SPA				Hospitais EPE					Hospitais PPP		
	H(CH) ¹⁸	H	CR	St	H(CH)	H	IPO	H(ULS) ¹⁹	St			
ARS Norte				0	23	2	1	6	32	1	33	34%
ARS Centro		3	1	4	13	1	1	3	18		22	22%
ARS Lisboa e VT	7	1		8	18	3	1		22	3	33	34%
ARS Alentejo				0		1		5	6		6	6%
ARS Algarve			1	1	3				3		4	4%
Total	7	4	2	13	57	7	3	14	81	4	98	100%

Fonte: (Ministério da Saúde, 2015c)

¹⁸ Hospitais inseridos nos Centros Hospitalares

¹⁹ Hospitais inseridos nas Unidades Locais de Saúde

3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

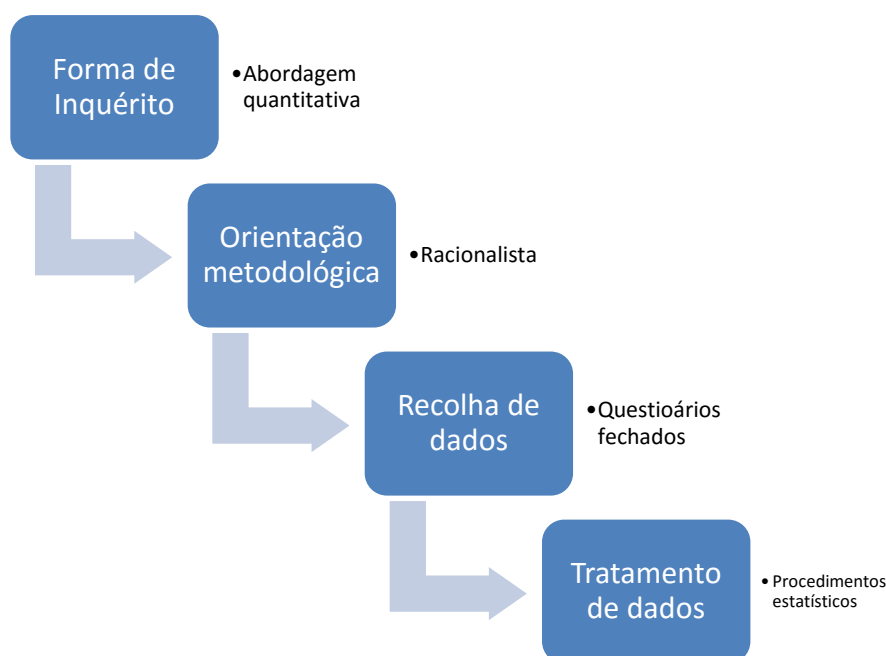
Neste capítulo pretende-se promover uma visão transversal sobre o objeto de estudo proposto, sendo abordada a metodologia adotada para a investigação, enquadrando os diversos passos e escolhas efetuadas.

3.1 Introdução

Após a abordagem concetual dos temas propostos para o presente trabalho importa salientar empiricamente a realidade dos hospitais do SNS, nomeadamente no que diz respeito ao propósito definido, o qual está relacionado com a influência do ciclo PDCA no controlo interno.

Desta forma e no sentido de fortalecer a investigação, é proposta uma abordagem quantitativa, conforme Morais e Neves (2007), a qual se apresenta na Figura 16.

Figura 16 – Posição epistemológica da investigação



Fonte: Adaptado de Morais e Neves (2007)

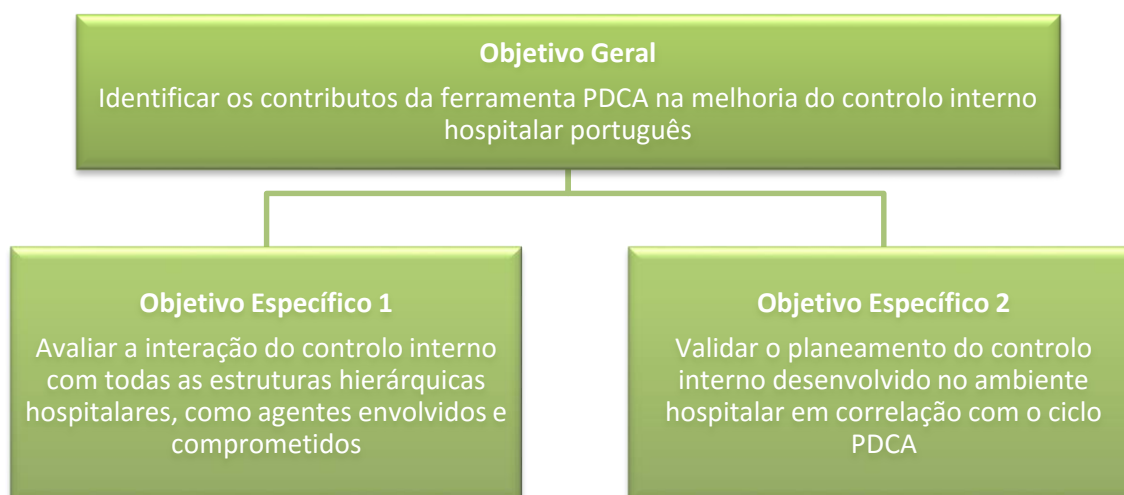
Seguindo uma orientação metodológica racionalista temos a utilização e aplicação de questionários fechados, em procura de respostas diretas e concretas com o culminar de

procedimentos estatísticos que efetuam a leitura dos dados obtidos e possibilitam algumas conclusões face à amostra obtida.

3.2 Objetivos

Na sequência do que inicialmente foi referido, foi definido um objetivo geral que representa o título do presente trabalho, sendo definidos dois objetivos específicos que pretendem obter algumas conclusões relativamente ao propósito, conforme Figura 17.

Figura 17 – Objetivos da Dissertação



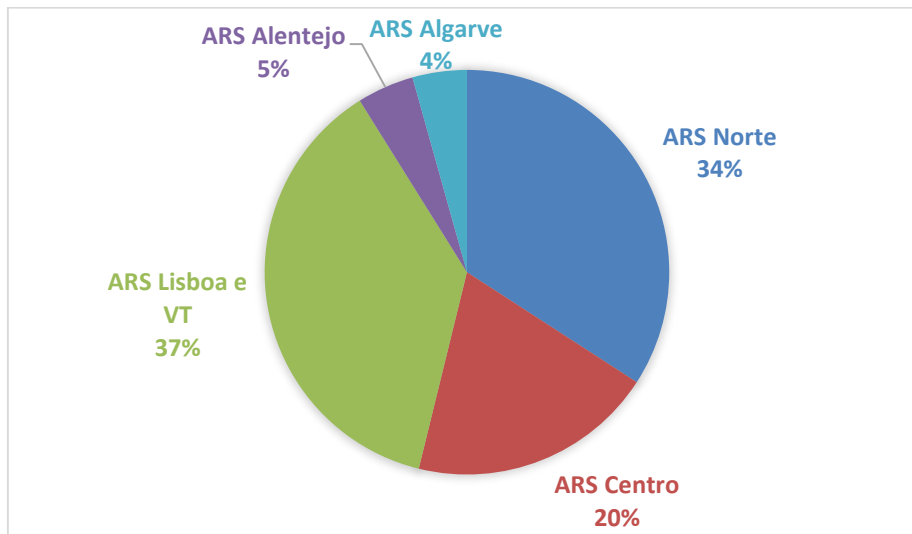
Fonte: Construção própria

3.3 Especificações

À partida, os objetivos definidos são ambiciosos, pois têm como população alvo todos os hospitais pertencentes ao SNS, englobando assim os hospitais do setor público administrativo, as entidades públicas empresariais e as parcerias público-privadas, conforme Anexo D.

Considerando como referência o Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde de 2013, a população deste estudo situa-se nos 93121 profissionais, o que equivale a 78% dos trabalhadores do SNS sendo estes os inseridos nos cuidados hospitalares, distribuídos pelas cinco ARS, conforme Gráfico 1 (ACSS, 2014b).

Gráfico 1 – População de Profissionais Hospitalares por ARS



Apesar do enorme desafio proposto face à normal e conhecida dificuldade de obtenção de respostas aos questionários, manteve-se esse objetivo na tentativa de obter um panorama nacional e assim, as conclusões possíveis face ao parque hospitalar público português.

3.4 Metodologia de recolha de dados

Nesta seção será abordada a orientação previamente definida para a recolha de dados de campo, os quais tornam-se imprescindíveis para a compreensão da realidade atual face ao objeto de estudo definido.

3.4.1 Pesquisa exploratória

Através da pesquisa exploratória, efetuada em simultâneo com toda a pesquisa concetual apresentada no capítulo anterior, foi possível enquadrar melhor as estruturas públicas hospitalares, as quais “fazem intenso uso de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento, além de desempenharem um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde e, conseqüentemente, na responsabilidade que têm perante a tutela e o cidadão na prestação direta de cuidados, na promoção, prevenção e proteção da saúde” (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010, p. 54).

Neste sentido, foram consultados e explorados os *sites* de todos os hospitais e de todas as instituições que pertencem ao organograma no Ministério da Saúde, conforme Anexo F,

explorando todo o bloco de informação institucional, focalizando maior atenção nos instrumentos de gestão partilhados (regulamentos internos, planos de atividades, relatórios de gestão, balanços sociais, contrato programa e *tableau de bord*), quando existentes e atualizados.

A experiência existente em gestão hospitalar e o relacionamento com algumas das instituições do Ministério da Saúde facilitou a compreensão da informação recolhida e do seu necessário tratamento.

3.4.2 Informação a recolher

Conforme a própria temática apresenta e com o fim de comprovar os objetivos delineados, torna-se vinculativa a auscultação dos profissionais hospitalares, independentemente da sua função ou cargo. A auscultação generalizada pretende enquadrar a realidade hospitalar do SNS com os fatores inerentes ao ciclo PDCA e ao controlo interno enquadrados no capítulo anterior, sendo nomeadamente ressaltado o esquema da Figura 18, o qual simboliza a relação que se pretende apurar, validando a utilização da ferramenta PDCA no controlo interno hospitalar, em todas as suas dimensões e interações. Considerando cada instituição hospitalar como um todo, o controlo interno deve estar presente no seio da organização, não só por ser interno mas por ser um processo que deve estar presente, de forma transversal, nas diversas atividades e funções. Os ciclos PDCA, quer sejam exclusivos do controlo interno quer interajam com processos exclusivos de controlo associados com processo do fluxo organizacional corrente, são diversos e funcionam em simultâneo, produzindo resultados em momentos diferentes e provocando interações.

Assim, poder-se-á dizer que o simbolismo presente na Figura 18 traduz o apuramento da correlação pretendida com o presente trabalho, pois foca os diversos ciclos PDCA, associados a um controlo interno, dentro de uma organização hospitalar, como potenciadores de uma melhor prestação de cuidados em saúde à população.

Figura 18 – Esquema objetivado da dissertação



Fonte: Construção própria

3.4.3 Métodos de recolha de dados

Desta forma, e conforme anteriormente referido, a recolha de dados foi efetuada tendo em conta a abordagem quantitativa tendo sido efetuados, distribuídos, recolhidos e analisados os questionários distribuídos a todos os hospitais do SNS.

A metodologia adotada para a distribuição e recolha dos questionários foi a utilização da plataforma de inquéritos da Universidade de Évora, disponível em www.inqueritos.uevora.pt, facilitando assim a disseminação por correio eletrónico, bem como a recolha imediata de cada resposta com garantia da confidencialidade.

3.4.4 Construção do questionário

“Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre

conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expetativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado, etc.” (Gil, 2008, p. 121).

Face à necessária observância de aplicações de questionários já efetuados, tomou-se como ponto de partida uma pesquisa de questionários já aplicados com o objetivo de observar estruturas e regras básicas da sua construção e aplicação. O resultado dessa pesquisa culminou com a estrutura encontrada no questionário da “Avaliação da cultura de segurança do doente em Hospitais”, aplicado a uma amostra de hospitais portugueses, tendo os seus resultados sido publicados em Dezembro de 2011 (Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011).

Desta forma, foi construído o questionário constante no Anexo G, o qual procura obter respostas enquadradas em 4 grupos distintos: **O Profissional** (questões referentes à postura e individualidade de cada profissional enquanto elemento integrante da organização); **O Serviço** (unidade operacional que congrega diversos profissionais com objetivos idênticos); **O Superior Hierárquico** (enquadrando os superiores hierárquicos de cada nível, dentro da sua missão e nível de responsabilidade); **A Organização** (a instituição como um todo, com uma missão, visão e valores definidos). Além de facilitar a organização das perguntas para o respondente, o mesmo tem uma perceção dos diferentes níveis abrangidos.

3.4.5 Amostragem

O questionário foi distribuído pelas 51 instituições hospitalares do SNS a todos os profissionais, conforme anteriormente apresentado. Assim, a amostra extraída é não probabilística, sendo que as conclusões retiradas são com base na percentagem de respostas obtidas.

3.4.6 Pré-teste

Com o objetivo de testar o questionário construído com a finalidade de detetar possíveis falhas (Gil, 2008), foi solicitada a necessária colaboração ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE e ao Hospital Espírito Santo, EPE – Évora. Para tal, foi remetido um link com o questionário de pré-teste a uma pessoa de contacto de cada instituição, os quais distribuíram o questionário internamente por quem consideraram, tendo sido solicitado a distribuição por pelo menos um elemento de cada categoria profissional apresentada no questionário.

As respostas obtidas constam da Quadro 11, as quais totalizam 11 respostas recolhidas, sendo um número aceitável (Gil, 2008) face à solicitação de 16 respostas, ou seja, foi atingido 69% do objetivo definido.

Os resultados do pré-teste foi a sinalização de dois erros ortográficos, assim como o apontamento da extensão questionário e a repetição de algumas afirmações. A repetição apontada tem razão de ser pela questão da validação reforçada da resposta recolhida, pois foram desenhadas algumas afirmações chave de validação, de forma a garantir que as respostas não foram dadas aleatoriamente pelos respondentes.

Foram ainda acolhidos alguns elogios à estrutura do questionário, a qual é perceptível e amigável ao respondente.

Quadro 11 – Número de respostas obtidas no pré-teste

	CHLO	HES
Diretor de Serviço	1	2
Técnico Superior	2	
Médico		
Enfermeiro	1	1
Assistente Técnico	3	
Assistente Operacional (Auxiliar de Ação Médica)		
Assistente Operacional (Serviços Gerais)		1
Técnico Superior de Saúde ou de Diagnóstico e Terapêutica		
Totais	7	4
Nº de respostas solicitadas	8	8
% de contribuição	87,5%	50%

Fonte: Construção própria

3.4.7 Trabalho de campo

Após a execução do pré-teste, foi finalizado o questionário a ser enviado para todas as instituições, utilizando a plataforma já anteriormente mencionada, sendo que o envio para cada instituição foi efetuado por correio eletrónico dirigido aos Presidentes do Conselho de Administração, sendo remetidos para os contactos constantes no Anexo E.

O primeiro envio foi efetuado em 10 de Abril de 2015, sendo efetuados, posteriormente, três reforços de emails: 27 de Abril de 2015, 12 de Maio de 2015 e 2 de Julho de 2015. Além disso, foram dadas respostas a todos os contactos recebidos.

Face à diminuta resposta dos Conselhos de Administração foi solicitado o patrocínio de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde no sentido de incentivar os Conselhos de Administração

a aderirem à proposta de investigação dirigida, sendo que o Gabinete encaminhou tal pedido para as Administrações Regionais de Saúde.

Certo é que este trabalho de investigação tem dependência direta da adesão e autorização dos Presidentes dos Conselhos de Administração para divulgação interna dos mesmos.

3.4.8 Tratamento dos dados

Apesar do questionário apresentar um esquema facilitador para o respondente, não o é para análise dos resultados, sendo construída uma matriz de análise que interliga as questões com as fases do ciclo PDCA, conforme Quadro 12, e com os componentes integrados do controlo interno, conforme Quadro 13.

Quadro 12 – Matriz de Análise de Respostas do Questionário para o Ciclo PDCA

Fases do Ciclo	Questão
Plano	
Planeamento – Determinar o foco do projeto	
Considera que tem sido ouvido quando se prepara a elaboração do plano (de atividades, de trabalho, de ação de qualidade, etc.) do serviço.	1.01
Os profissionais conhecem a missão, a visão e os valores da organização	1.08
No seu serviço é efetuado um planeamento anual, o qual tem participação ativa de todos os profissionais.	2.02
No planeamento elaborado, seja ele anual, mensal ou pontual, existe uma preocupação relativa ao tempo necessário para o colocar em prática.	2.03
Aquando da elaboração do plano é pensada a melhoria do que já é feito, procurando fazer cada vez melhor.	2.06
No serviço existe a tendência para os profissionais colocarem a questão: “se não há dinheiro, para quê fazer planos?”.	2.07
No processo de execução do plano existe a preocupação de incluir atividades ou ações para resolver os principais problemas que têm sido falados constantemente	2.08
Quando é efetuado um plano anual é tida em conta a avaliação relativa ao ano anterior.	4.01
Planeamento – Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade	
Quando é detetado um problema no serviço, o superior hierárquico é informado imediatamente.	1.02
Existe, no seu serviço, uma pequena equipa (1 a 3 profissionais) que se preocupa mais com estas questões do planeamento	2.09
Planeamento – Estabelecer os Objetivos	
No planeamento são definidos objetivos do serviço e é a partir desses que são pensadas as atividades ou ações a desenvolver.	2.10
A organização define um plano estratégico e está disponível a todos os profissionais	4.02
Planeamento - Definir o processo atual	
Existe um conhecimento profundo das atividades do serviço por todos os profissionais do mesmo.	1.03
É do seu conhecimento o que cada um dos seus colegas de trabalho executa no serviço.	1.04
Algumas atividades seguem um manual de procedimentos já existente e outras são executadas conforme a decisão de cada um	1.05
Tudo o que é efetuado no serviço segue um manual de procedimentos já definido	2.12
Periodicamente existe um reflexão sobre os procedimentos instituídos.	2.13
Planeamento – Examinar soluções	
Sente que as suas opiniões sobre o planeamento e a resolução dos problemas são ouvidas e tidas em conta.	1.10
O superior hierárquico promove momentos de reunião de todos os profissionais do serviço com o objetivo de encontrarem soluções para os problemas.	3.01
Planeamento – Seleccione uma mudança	
Quando é efetuado o planeamento do seu serviço, existe a preocupação de enumerar o que é mais urgente resolver (prioridades).	2.14
Planeamento – Determinar medidas	
Existe a preocupação de pensar se as propostas de atividade planeadas são ou não cumpridas.	1.12

Fases do Ciclo	Questão
Planeamento – Detalhe do Plano “Teste”	
Antes de efetuar qualquer mudança no serviço, a mesma é planeada e partilhada a forma de a colocar em prática	3.03
Fazer	
As atividades planeadas, quando colocadas em prática, são acompanhadas por todos os profissionais do serviço	1.13
Quando ocorrem mudanças planeadas no serviço, as mesmas são acompanhadas e monitorizadas	2.15
Qualquer alteração planeada no serviço é testada para pré-verificar o seu sucesso.	2.16
Todas as mudanças são planeadas e ocorrem faseadamente, passo a passo, conforme indicações hierárquicas	3.06
Verificar	
Após as mudanças ocorrem, é verificado se o que foi planeado foi cumprido	2.18
Há alguém responsável de analisar, em pormenor, os resultados alcançados	2.20
Os erros ocorridos na atividade ou na mudança são analisados e os principais intervenientes são questionados	3.07
Os benefícios detetados com a mudança são valorizados e registados	3.08
Os profissionais do serviço são ouvidos sobre a sua opinião das mudanças ocorridas	3.10
Agir	
No serviço, os erros conduzem a mudanças positivas	2.04
Após as mudanças ocorridas, tudo o que é considerado positivo passa a fazer parte das rotinas diárias do serviço	2.21
Se as mudanças não tiveram o sucesso planeado é efetuado novo planeamento para resolver o problema	2.22
Existe uma avaliação da eficácia das alterações efetuados no serviço, com o objetivo de melhorar	2.23
Existe uma reformulação dos procedimentos e das práticas de todos os profissionais do serviço quando é detetada essa necessidade	3.14
Ficam registados, por escrito, todos os passos efetuados e resultados alcançados, desde o planeamento, realização, análise e conclusões.	3.16

Fonte: Construção própria

Quadro 13 - Matriz de Análise de Respostas do Questionário para o Controlo Interno

Componentes Integrados	Questão
Ambiente de controlo	
Existe sempre a procura de fazer melhor por parte de todos os profissionais do serviço	1.11
O serviço está bem estruturado e cada um conhece o seu papel interventivo	1.14
Sente que no serviço são cumpridos os princípios éticos e respeitados os valores individuais	2.01
O seu responsável hierárquico é atento ao desempenho do serviço	3.02
O seu responsável hierárquico é atento ao seu desempenho pessoal	3.09
Quando algum profissional é incorreto no desempenho das suas funções, o mesmo é confrontado com essa análise	3.13
É-lhe divulgado e do seu conhecimento o plano operacional e orçamento do seu serviço	3.15
Nos serviços existe uma estrutura hierárquica definida e em funcionamento	4.03
Os serviços do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital (conforme cada caso) não se coordenam bem uns com os outros	4.04
Existe uma boa colaboração entre os serviços que têm necessidade de trabalhar em conjunto	4.12
Avaliação do Risco	
Os objetivos existentes para o seu serviço são do seu conhecimento e todos os seus colegas	1.06
Nos procedimentos existentes no seu serviço estão identificados os problemas que ocorrem caso cada procedimento não seja cumprido.	2.19
É dado conhecimento, aos profissionais, das reclamações relativas ao serviço, sejam elas escritas ou verbais	3.11
Se alguém no seu serviço efetuar alguma fraude, a mesma é facilmente detetável	3.12
Quando um problema é notificado, existe uma atenção especial a quem o faz e não ao problema em si	3.17
Os procedimentos instituídos e os sistemas existentes são eficazes na prevenção de erros	4.10
Procedimentos de Controlo	
O relatório anual do seu serviço é partilhado com todos os profissionais	2.11
O seu superior hierárquico questiona-o muitas vezes sobre a execução das suas tarefas	3.05
O seu superior hierárquico tem por hábito verificar as tarefas de todos os profissionais do serviço	3.18
É verificada, periodicamente, a execução das diversas tarefas/procedimentos do serviço	3.19
As normas de controlo interno são divulgadas a todos os profissionais	4.06
O Hospital tem implementado (a funcionar) um sistema de controlo interno	4.07
Pelo menos uma vez por ano, existe alguém que não é do serviço, a verificar se tudo está a ser efetuado da melhor forma	4.09
Informação e Comunicação	
Partilha, com os seus colegas, os problemas que deteta no serviço e nos outros serviços com que se relaciona	1.07
Quando se verifica um descontentamento de um cliente (doente), relativamente a um determinado serviço, comunica ao responsável hierárquico	1.09
O seu superior hierárquico ouve-o quando pretende comunicar-lhe alguma irregularidade	3.04

Componentes Integrados	Questão
São comunicados os resultados das auditorias que vão ocorrendo na organização e, nomeadamente, no seu serviço, sejam elas internas ou externas	4.05
É do seu conhecimento, através de comunicação interna, os principais problemas que ocorrem em todos os serviços e das soluções encontradas.	4.11
Monitorização	
É verificado regularmente o cumprimento dos objetivos do seu serviço	2.05
Existe periodicamente uma reunião alargada de todo o serviço para partilhar os resultados de todas as atividades, mudanças e desempenho	2.17
Ocorrem, frequentemente, problemas quando há passagem de informação entre os diversos serviços	4.08

Fonte: Construção própria

Os questionários foram transferidos diretamente da plataforma de recolha para o software de análise estatística denominado SPSS, o qual serviu de base para o tratamento dos dados. Associado ao SPSS, foi igualmente utilizado o excel da ferramenta office, pois o tratamento gráfico e de conjugação de perguntas são facilitados nesse software.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, em resultado da metodologia definida no capítulo anterior, serão analisados os resultados obtidos através do trabalho de campo realizado, o qual durou cerca de cinco meses, face à dificuldade existente de fazer chegar os questionários aos respetivos destinatários, conforme é explicitado mais adiante.

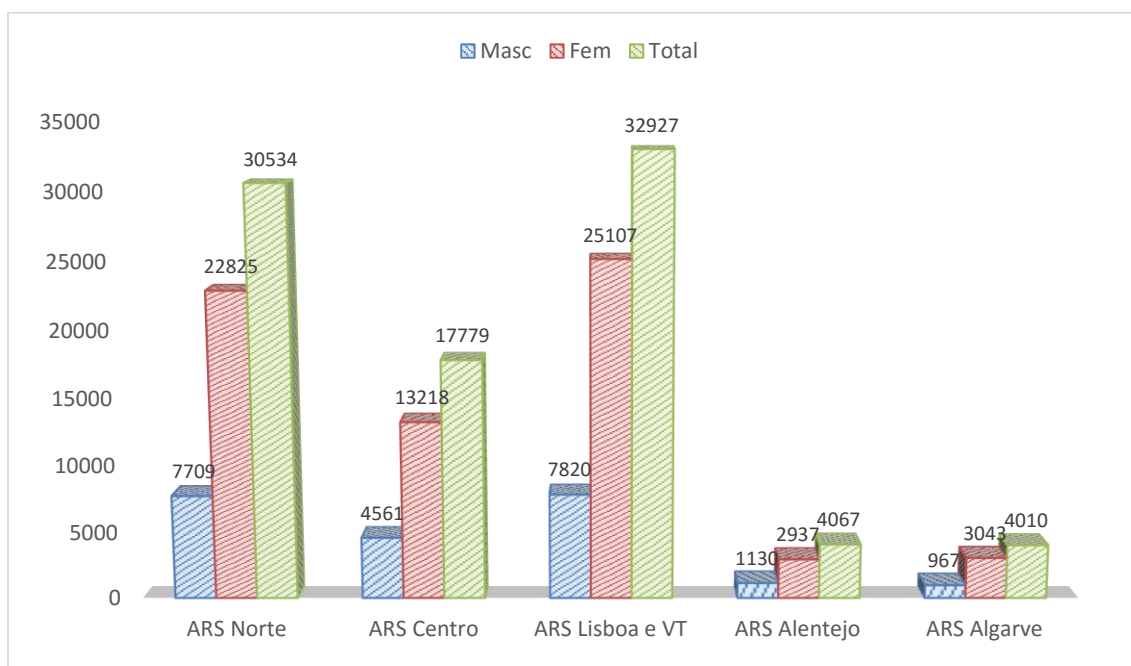
4.1 População Total

Face aos objetivos mencionados anteriormente, a população total em estudo para os objetivos traçados são todos os trabalhadores que compõem o quadro de trabalhadores dos Hospitais do SNS, sendo que foram obtidos os dados diretamente da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, através do seu Departamento de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos (DRH), reportando-se aos balanços sociais das instituições a reportar ao ano de 2014 (ACSS, 2015b).

Assim, conforme consta no Gráfico 2, o total da população de trabalhadores dos Hospitais do SNS é de 89317 em 2014²⁰ (havendo um decréscimo relativo a 2013, onde eram 93121), sendo que 25% são do género masculino (22187) e 75% são do género feminino (67130). Cerca de 34,2% dos trabalhadores estão vinculados a Hospitais da ARS Norte, 19,9% na ARS Centro, 36,9% na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 4,6% na ARS Alentejo e 4,5% na ARS Algarve (ACSS, 2015b).

²⁰ No início do trabalho de campo, a informação disponível era relativa ao balanço social de 2013, sendo que no momento da análise dos dados já tinha sido facultado o balanço social de 2014, após solicitação direta à ACSS

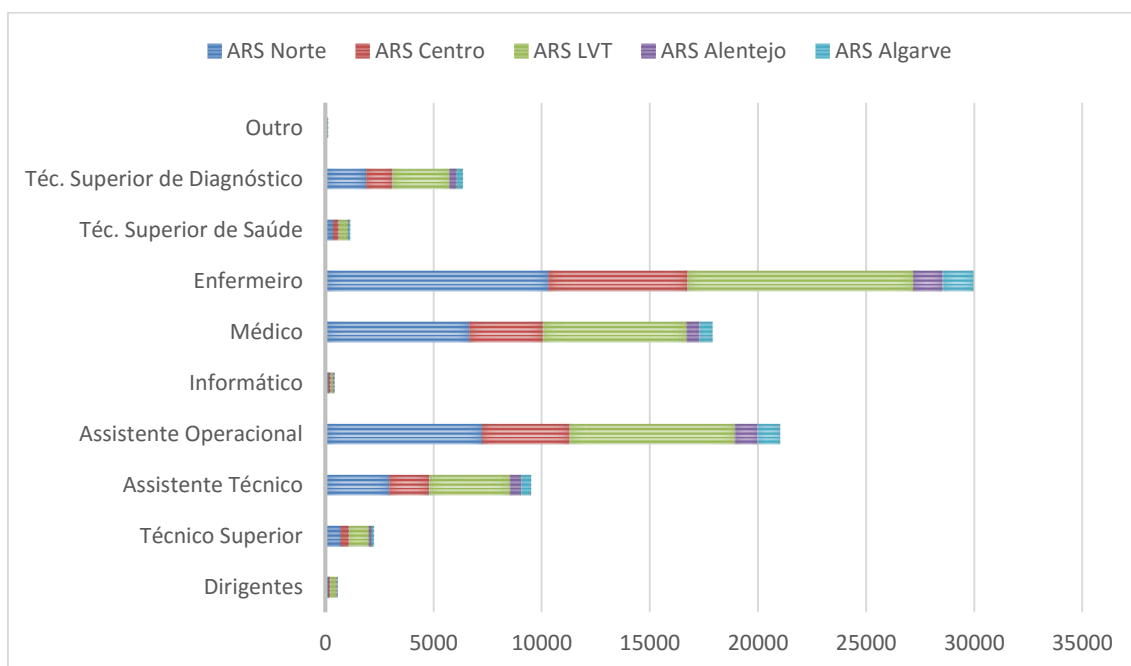
Gráfico 2 – Análise da população por género e por ARS



Fonte: Balanços Sociais dos Hospitais do SNS reportado pela ACSS (não inclui o Hospital de Loures, PPP e o Hospital de Cascais, PPP) (ACSS, 2015b)

Face aos dados populacionais, importa salientar a dispersão por grupos de categoria profissional, conforme Gráfico 3, sendo que os três grupos que mais se destacam são os Enfermeiros (29948 enfermeiros correspondente a 33,53%), os Assistentes Operacionais (21018 assistentes operacionais correspondente a 23,53%) e os Médicos (17896 médicos correspondente a 20,04%).

Gráfico 3 – Trabalhadores por grupos de categoria profissional e ARS



Fonte: Balanços Sociais dos Hospitais do SNS reportado pela ACSS (não inclui o Hospital de Loures, PPP e o Hospital de Cascais, PPP) (ACSS, 2015b)

4.2 Amostra de respostas obtidas

Conforme anteriormente mencionado, o questionário foi remetido aos Presidentes dos Conselhos de Administração de todos os Hospitais do SNS, sendo que dos 51 hospitais foram obtidas respostas somente de 23 hospitais, sucedendo que o número de respostas de alguns é irrisória.

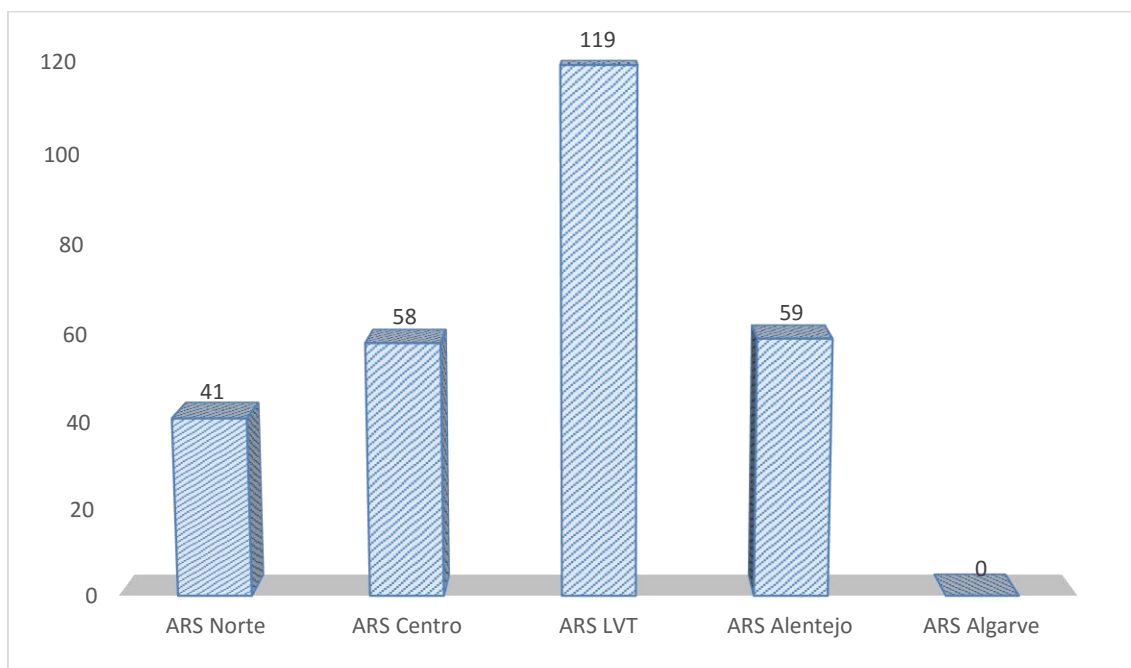
De notar que comparativamente com o número de respostas obtidas dos Hospitais que aprovaram a divulgação interna do questionário, a amostra obtida poderia ter sido bastante expressiva e, nessa perspetiva, poder-se-á concluir que o tamanho da amostra ficou grandemente condicionado pelos Conselhos de Administração dos Hospitais.

Associado a esta condicionante, existe outro aspeto que é notório pela partilha e conhecimento da situação, o qual está relacionado com os diversos estudos e trabalhos que recaem sobre os Hospitais, sendo que os profissionais também revelam alguma saturação das diversas abordagens a que são sujeitos.

Dos 806 acessos ao link do questionário, foram registadas 529 respostas incompletas sendo que dessas, 405 respostas reportam entre 0 e 3 respostas preenchidas e 124 respostas reportam entre 3 e 9 respostas preenchidas. Em resultado dessa análise foram somente considerados os respondentes que concluíram todo o questionário, totalizando 277 questionários válidos.

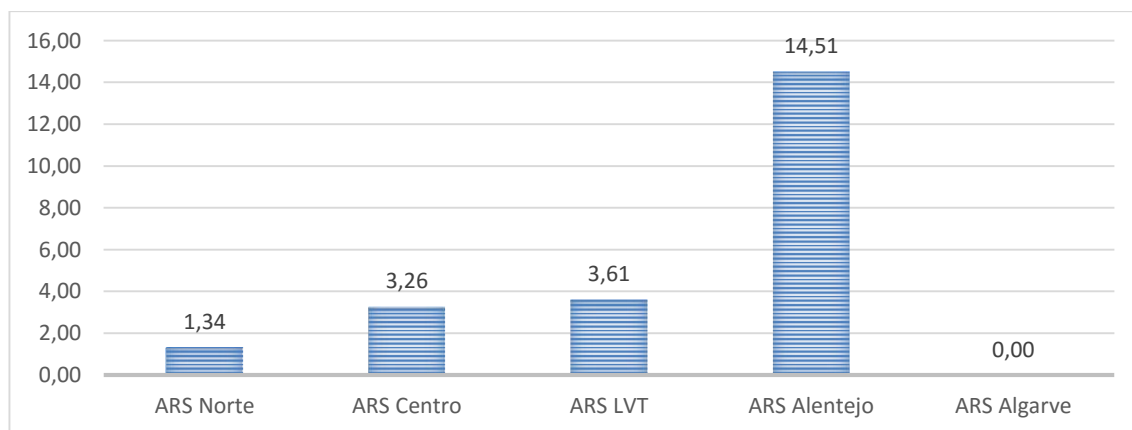
Consequentemente, os questionários considerados válidos distribuem-se somente por 4 ARS, conforme Gráfico 4, sendo comparativamente relevante o número de questionários obtidos de Hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) em relação aos restantes.

Gráfico 4 – Respostas válidas ao questionário, distribuídas por ARS



No entanto, considerando o número de respostas efetivas e o número de respostas possíveis, poder-se-á calcular a taxa de resposta aos questionários, evidenciando-se que, por 1000 profissionais, a taxa de resposta mais alta corresponde à ARS Alentejo com 14,51‰, seguido da ARS LVT com 3,61‰, a ARS Centro com 3,26‰ e a ARS Norte com 1,34‰, conforme é verificável no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Taxa de Respostas ao questionário, por ARS



De forma nominal, os hospitais que responderam ao questionário são os referidos no Quadro 14, verificando-se respostas pontuais de determinados hospitais, considerando-se que foi o profissional a quem foi dirigido o questionário para validar o mesmo ou que, por curiosidade foi responder.

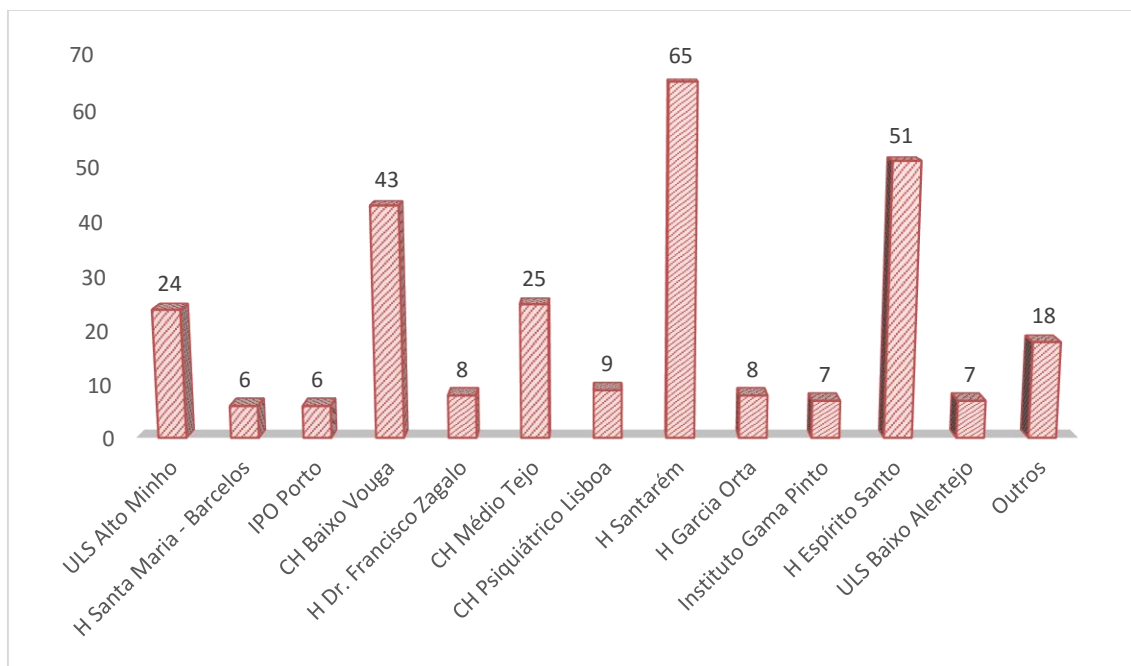
Quadro 14 – Listagem de Hospitais que responderam ao questionário

ARS	Nome	Nº Questionários
Norte	Centro Hospitalar de S. João, EPE	1
Norte	Hospital Santa Maria, EPE – Barcelos	6
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	6
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	3
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	24
Norte	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	1
Centro	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	1
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	3
Centro	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	43
Centro	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	1
Centro	Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede	1
Centro	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	8
Centro	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	1
Lisboa e VT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	1
Lisboa e VT	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	25
Lisboa e VT	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	9
Lisboa e VT	Hospital de Santarém, EPE	65
Lisboa e VT	Hospital Garcia de Orta, EPE	8
Lisboa e VT	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	4
Lisboa e VT	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	7
Alentejo	Hospital Espírito Santo, EPE – Évora	51
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	7
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	1
		277

Fonte: Construção própria

Dos 277 questionários válidos, 75% das respostas são obtidas de cinco hospitais: **Hospital de Santarém, EPE** (23,47% = 65 questionários), **Hospital Espírito Santo, EPE** (18,41% = 51 questionários), **Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE** (15,52% = 43 questionários), **Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE** (9,03% = 25 questionários) e **Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE** (8,66% = 24 questionários), conforme Gráfico 6.

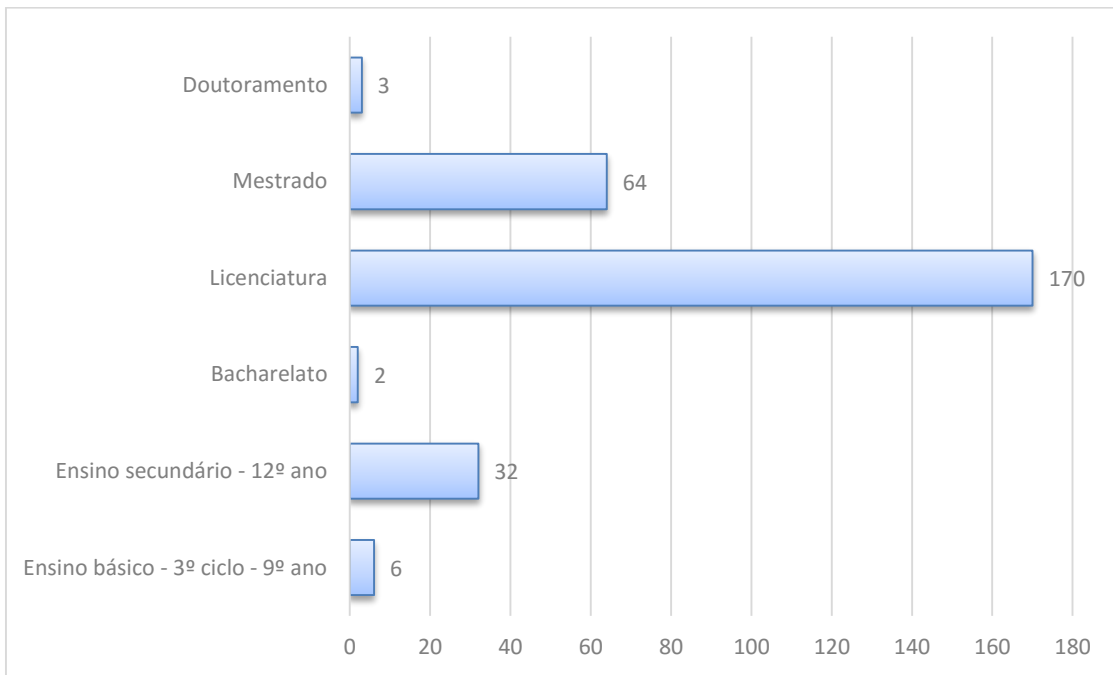
Gráfico 6 - Respostas válidas ao questionário, distribuídas por Hospital



Relativamente à análise dos 277 questionários válidos em termos de população respondente, é possível caracterizar a amostra obtida através de alguns dados recolhidos.

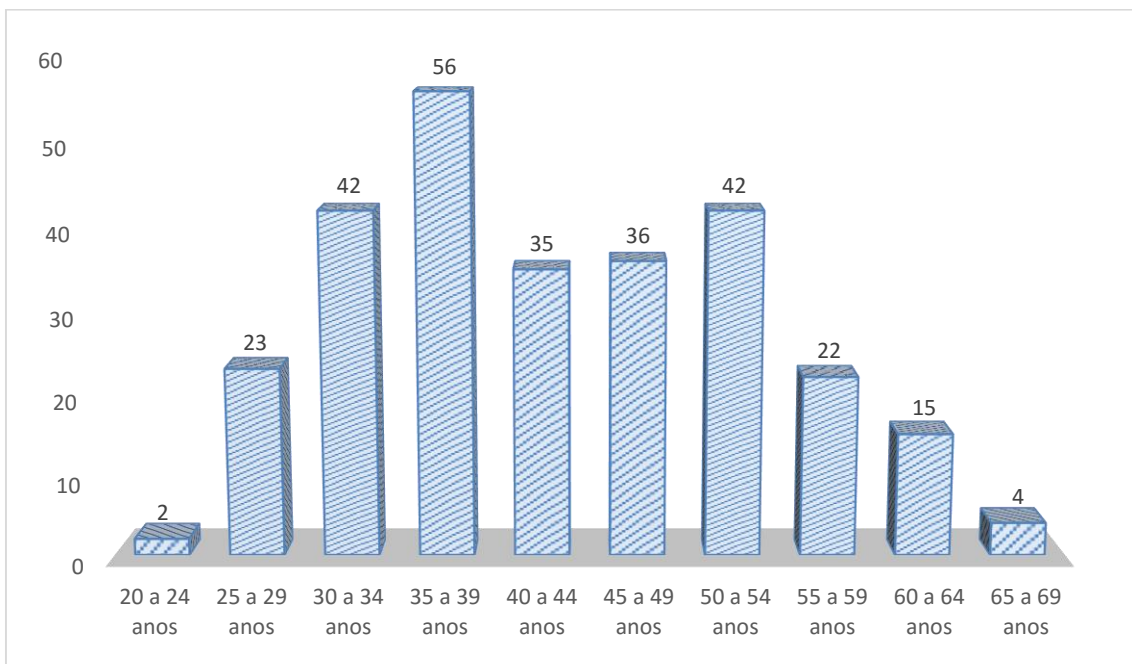
Em termos de grau de escolaridade dos respondentes, de acordo com o Gráfico 7, destacam-se 61% com o grau de licenciatura, 23% com o grau de mestrado e 12% com o 12º ano de escolaridade (ensino secundário).

Gráfico 7 – Grau de Escolaridade dos Respondentes



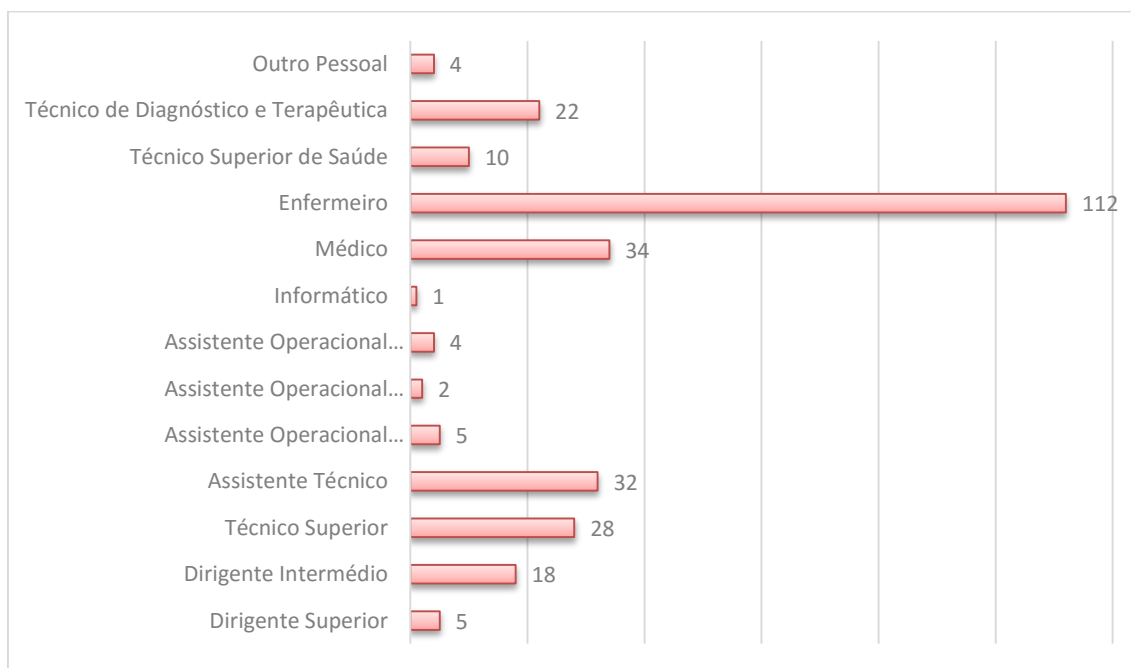
Face aos escalões etários dos respondentes, denota-se, conforme demonstra o Gráfico 8, uma normal pirâmide etária, a qual é descontinuada nos escalões intermédios. Assim, 20,2% dos respondentes tem idade compreendida entre os 35 e 39 anos, seguidos de 15,2% em dois escalões etários – entre os 30 e 34 anos, assim como, entre 50 e 54 anos.

Gráfico 8 – Escalões etários dos respondentes



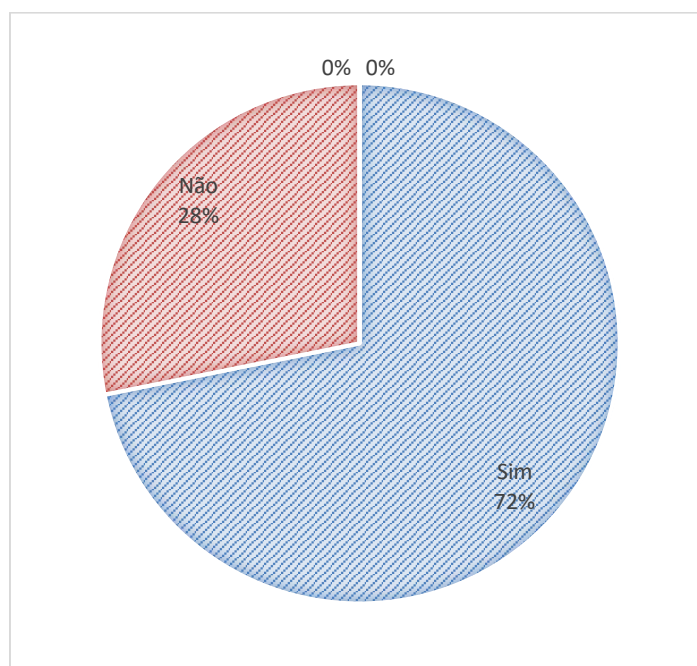
Em termos de categoria profissional, há um destaque significativo nos enfermeiros, os quais representam 40,4% dos respondentes, seguidos dos médicos com 12,3% (Gráfico 9). Assim, nestas duas categorias profissionais temos mais de metade dos respondentes (52,7%).

Gráfico 9 – Categoria Profissional



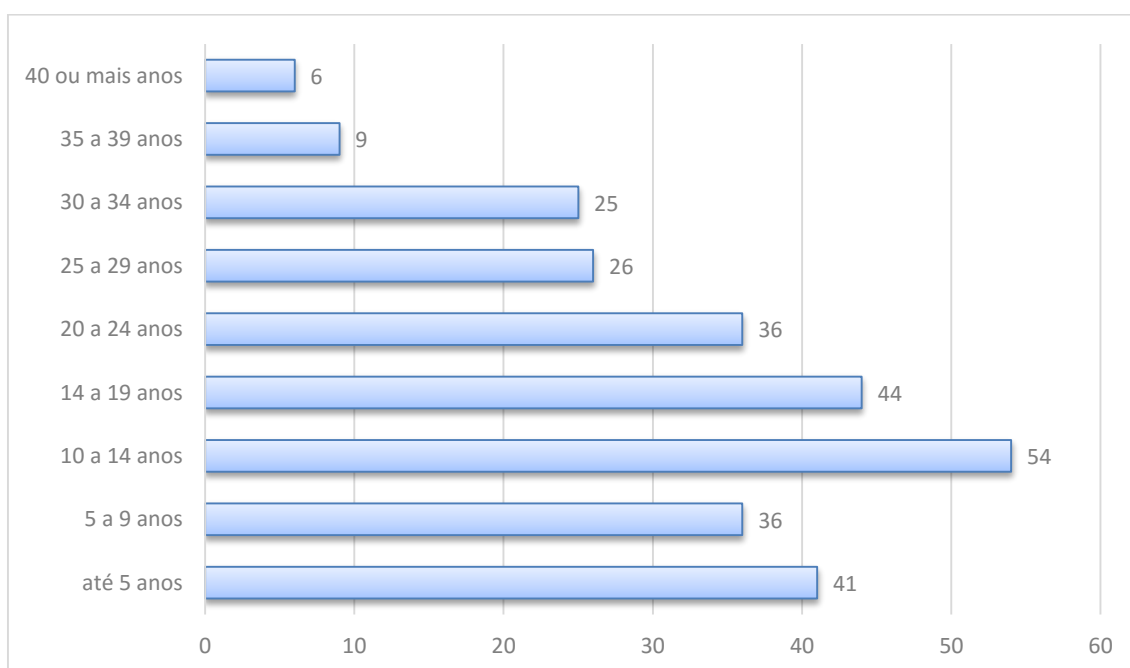
Dos 277 respondentes e face à sua atividade profissional, conforme demonstra o Gráfico 10, 72% dos profissionais têm interação direta com os doentes, contrariamente a 28% que no desempenho das suas funções não têm esse contacto.

Gráfico 10 – Âmbito das funções - interação ou têm contacto com doentes



Por último, relativamente à análise da população respondente e no que diz respeito à antiguidade na instituição, denota-se uma antiguidade significativa, pois 36,8% dos respondentes têm 20 ou mais anos de antiguidade na instituição, sendo que o maior número (54 respondentes) situa-se entre os 10 e 14 anos de antiguidade na instituição.

Gráfico 11 – Antiguidade na Instituição Hospitalar



4.3 Metodologia de análise dos dados

Conforme mencionado na subsecção 3.4.8, a análise dos dados foi consubstanciada através da matriz inicialmente construída, a qual deu origem ao questionário.

Para a leitura e interpretação dos dados, procedeu-se a uma fusão de respostas consideradas negativas e respostas consideradas positivas, de acordo com a formulação da pergunta, considerando-se que “discordo fortemente”(1) e “discordo”(2) seria uma resposta negativa numa formulação de pergunta positiva, assim como “concordo”(4) e “concordo fortemente”(5) seria uma resposta positiva na mesma formulação positiva. No caso de a pergunta ser formulada pela negativa, a leitura é inversa à anterior, sendo o caso das questões 2.7, 3.17, 4.4 e 4.8. A resposta “não discordo nem concordo” foi considerada uma resposta neutra, apesar de que perante o questionário distribuído, a mesma poderia ser considerada uma resposta negativa, pois poderá transparecer um desconhecimento ou despreocupação com a temática abordada, a qual é imprescindível para o bom funcionamento das instituições.

A análise consubstancia-se na análise dos scores relativos a cada fase do ciclo PDCA e dos componentes do CI, nomeadamente os resultados positivos, negativos e neutros.

4.4 Matriz de respostas sobre o Ciclo PDCA

Na análise das questões relativas ao Ciclo PDCA, as mesmas foram agrupadas pelas quatro fases do ciclo, sendo que a primeira fase (considerada a mais importante e relevante do sucesso) foi subdividida em 8 subfases que viabilizam o planeamento, conforme anteriormente mencionadas.

4.4.1 Planeamento (Plan)

O planeamento, composto de oito subfases, foi analisado nesta metodologia face à necessária gestão e envolvimento de todos os funcionários, desde os dirigentes de topo até todos os funcionários transversalmente, potenciando uma meta de sucesso.

A elaboração e alocação das perguntas teve por base a pesquisa bibliográfica efetuada, assim como a importância dada pelos autores a cada momento do processo.

4.4.1.1 Planeamento – Determinar o foco do projeto

A subfase de “determinar o foco do projeto” englobou oito perguntas, conforme consta no Quadro 15, as quais proveem de questões relacionadas com os profissionais, com o serviço e com a própria organização.

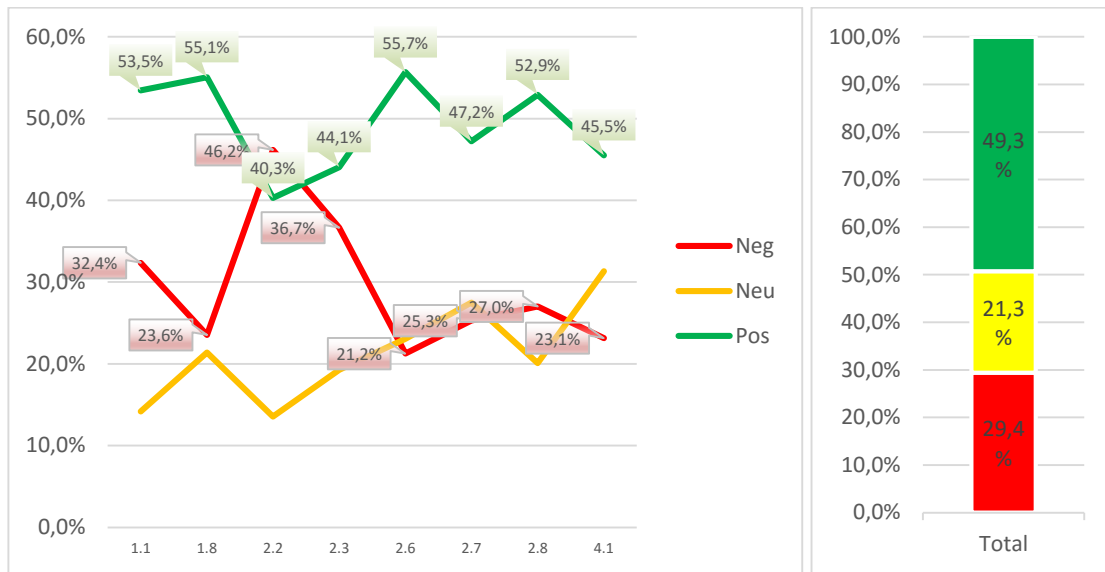
Quadro 15 – Questões - Planeamento - Determinar o foco do projeto

1.1 - Considera que tem sido ouvido quando se prepara a elaboração do plano (de atividades, de trabalho, de ação de qualidade, etc.) do serviço.
1.8 - Os profissionais conhecem a missão, a visão e os valores da organização
2.2 - No seu serviço é efetuado um planeamento anual, o qual tem participação ativa de todos os profissionais.
2.3 - No planeamento elaborado, seja ele anual, mensal ou pontual, existe uma preocupação relativa ao tempo necessário para o colocar em prática.
2.6 - Aquando da elaboração do plano é pensada a melhoria do que já é feito, procurando fazer cada vez melhor.
2.7 - No serviço existe a tendência para os profissionais colocarem a questão: “se não há dinheiro, para quê fazer planos?”.
2.8 - No processo de execução do plano existe a preocupação de incluir atividades ou ações para resolver os principais problemas que têm sido falados constantemente
4.1 - Quando é efetuado um plano anual é tida em conta a avaliação relativa ao ano anterior.

Fonte: Construção própria

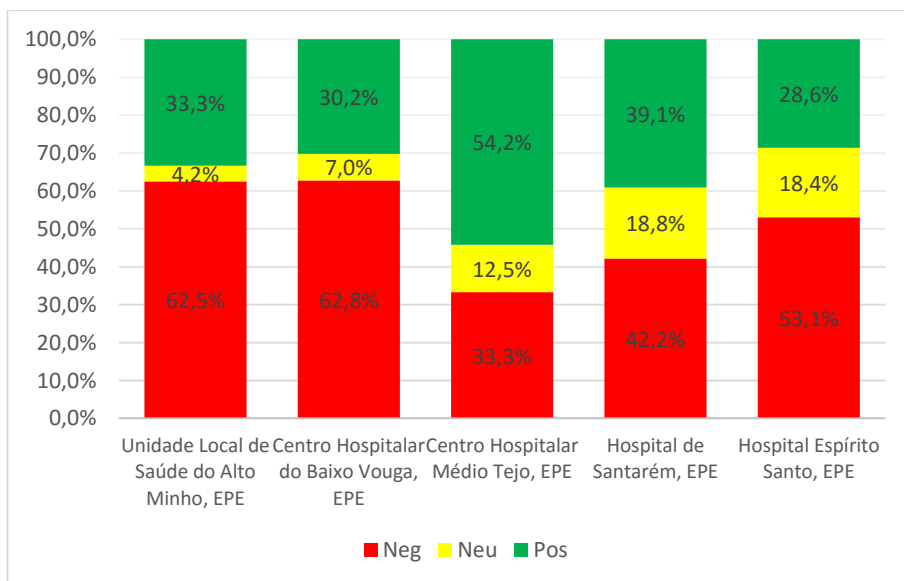
Na subfase de determinação do foco do projeto, as respostas positivas correspondem a 49,3% e as respostas negativas a 29,4%. Conforme Gráfico 12, destaca-se a questão 2.2 relacionada com a participação ativa de todos os profissionais no planeamento, a qual tem 46,2% de respostas negativas face a 40,3% positivas, o que demonstra aqui um défice relevante. De salientar que a questão 2.7 foi construída pela negativa, evidenciando coerência nas respostas dadas face ao valor de 47,2% de respostas positivas, demonstrativo da importância do planeamento.

Gráfico 12 – Ciclo PDCA – Determinar o foco do projeto



Desta forma, importa analisar, no âmbito dos cinco hospitais mais relevantes no estudo, quais os que evidenciam as maiores percentagens (acima de 50%) de respostas negativas na questão 2.2, devido ao número de respostas negativas ser superior às respostas positivas, sendo demonstrativo no Gráfico 13 que no Centro Hospital do Baixo Vouga, EPE 62,8% dos funcionários não se sente envolvido na elaboração do plano do seu serviço, seguido da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE com 62,5% e o Hospital Espírito Santo, EPE com 53,1%.

Gráfico 13 – Respostas à questão 2.2 nos cinco hospitais relevantes do estudo



Importa referir que em termos de grupos profissionais, e conforme explícito no Anexo I onde é analisada cada questão individualmente, o top3 com percentagem de respostas

negativas mais elevada são, com 72,7%, os técnicos de diagnóstico e terapêutica, seguidos dos assistentes técnicos com 53,1% e os enfermeiros com 51,8%.

4.4.1.2 Planeamento – Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade

A subfase relacionada com a existência de uma equipa é fundamental para um alinhamento do planeamento, garantindo uma padronização e uma continuidade das boas práticas. Assim, foram englobadas duas perguntas nesta subfase, conforme Quadro 16, onde uma pergunta foca o comportamento dos profissionais e outra o funcionamento do próprio serviço.

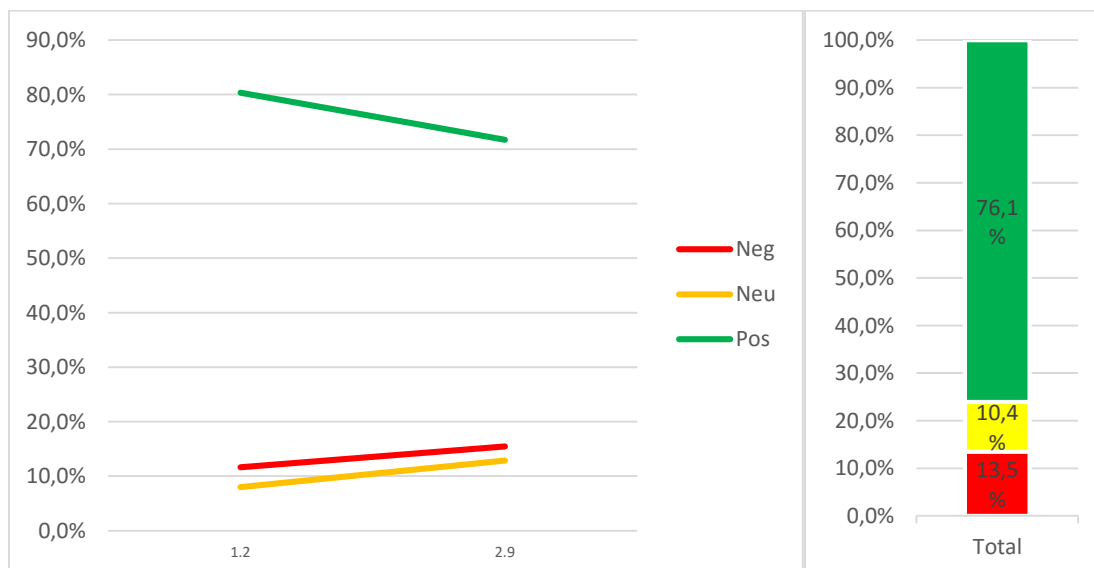
Quadro 16 - Questões – Planeamento – Estabelecer Equipa da Melhoria da Qualidade

1.2 - Quando é detetado um problema no serviço, o superior hierárquico é informado imediatamente.
2.9 - Existe, no seu serviço, uma pequena equipa (1 a 3 profissionais) que se preocupa mais com estas questões do planeamento

Fonte: Construção própria

Perante a análise do Gráfico 14 é visível que esta subfase tem uma percentagem de respostas positivas bastante confortável (cerca de 76,1%), o que dá garantias da execução desta boa prática pela maioria dos serviços hospitalares, sendo o expectável.

Gráfico 14 - Ciclo PDCA – Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade



4.4.1.3 Planeamento – Estabelecer os Objetivos

Neste subfase foram incluídas duas perguntas, focalizando o serviço e a organização como um todo, realçando a importância dos objetivos estratégicos numa ótica de visão estrutural e inovadora, assim como objetivos operacionais que potenciam o crescimento e melhoria contínua dos serviços (cf. Quadro 17).

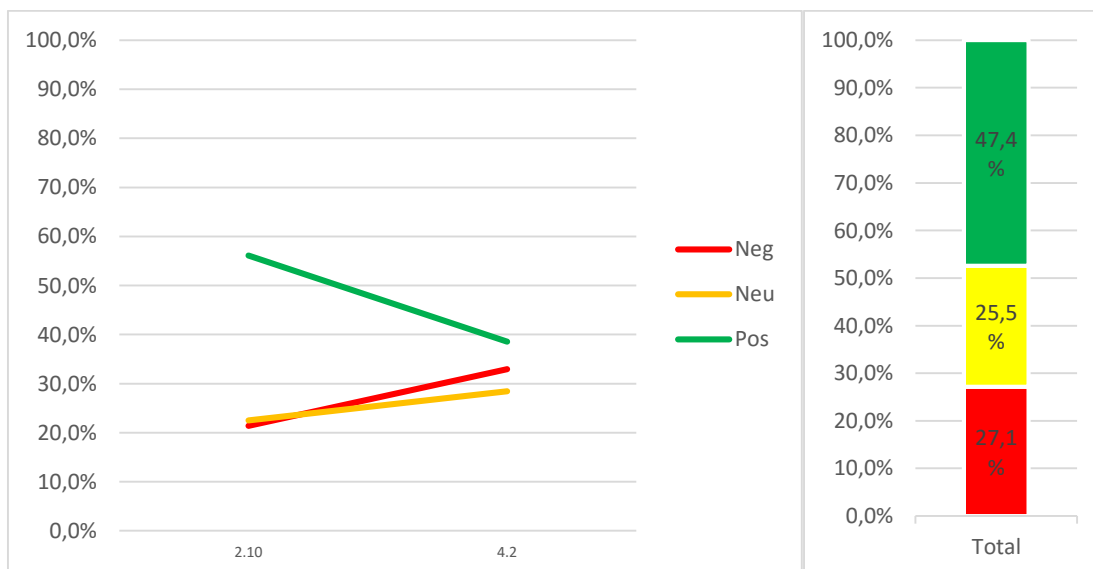
Quadro 17 - Questões – Planeamento - Estabelecer os Objetivos

2.10 - No planeamento são definidos objetivos do serviço e é a partir desses que são pensadas as atividades ou ações a desenvolver.
4.2 - A organização define um plano estratégico e está disponível a todos os profissionais

Fonte: Construção própria

Face aos resultados obtidos, é verificável que os profissionais são positivamente conhecedores dos objetivos do seu serviço e que a estruturação dos planos operacionais desenvolve-se a partir dessa definição de objetivos. Não é claro o conhecimento do plano estratégico organizacional, sendo já espectável este comportamento muito relacionado com a própria cultura da tipologia organizacional. Ainda assim, é sólido afirmar que o conceito de objetivos e a sua aplicação no planeamento está potencialmente consolidado nas práticas de planeamento das organizações hospitalares do SNS, demonstrado em 47,4% das respostas positivas obtidas neste conjunto de perguntas (cf. Gráfico 15).

Gráfico 15 - Ciclo PDCA – Estabelecer os Objetivos



4.4.1.4 Planeamento – Definir o Processo Atual

Na subfase da definição de processo foram contempladas cinco perguntas (Quadro 18), subdividas em três perguntas direcionadas para os próprios profissionais e duas perguntas relacionadas com o funcionamento do serviço. Na fase de planeamento é fundamental compreender o “ponto de partida”, ou seja, ter presente o conteúdo do equivalente a uma análise SWOT, de forma a garantir uma fundamentação contextualizada.

Quadro 18 - Questões - Planeamento - Definir o Processo Atual

1.3 - Existe um conhecimento profundo das atividades do serviço por todos os profissionais do mesmo.
1.4 - É do seu conhecimento o que cada um dos seus colegas de trabalho executa no serviço.
1.5 - Algumas atividades seguem um manual de procedimentos já existente e outras são executadas conforme a decisão de cada um
2.12 - Tudo o que é efetuado no serviço segue um manual de procedimentos já definido
2.13 - Periodicamente existe um reflexão sobre os procedimentos instituídos.

Fonte: Construção própria

Os resultados obtidos são manifestamente diferentes quando as perguntas são referentes ao comportamento e conhecimento dos próprios profissionais e quando são referentes ao funcionamento do serviço.

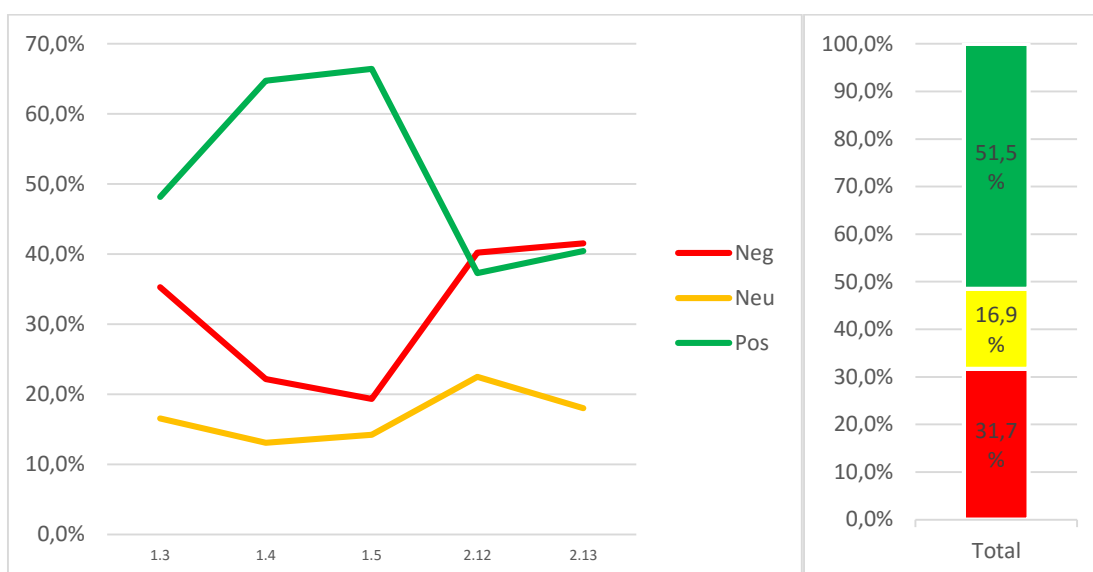
As questões 1.3 e 1.4, conforme os resultados obtidos no Gráfico 16, de 48,2% e 64,7% de respostas positivas, respetivamente, são reveladores de uma autoavaliação e heteroavaliação por parte dos respondentes, pois existe uma certeza relevante (64,7%) de que o próprio conhece os que os colegas executam, não sendo já tão relevante quando a questão avalia se os colegas conhecem o que o respondente executa (48,2%).

A análise emparelhada das questões 1.5 e 2.12 demonstra, pelos resultados alcançados, que apesar da existência de manuais de procedimentos, os mesmos não contemplam todas as atividades dos serviços ou permitem que existam procedimentos não formalizados. As conclusões, neste aspeto, não são lineares, pois a questão 2.12, apesar de ser avaliada sobre o critério de “quanto mais melhor”, é uma questão mais neutral, visto que naturalmente o profissional deve ter espaço de intervenção por pró-atividade, não sendo vinculado exclusivamente a um manual de procedimentos.

No entanto, a questão 2.13, face aos 41,5% de respostas negativas e aos 40,4% de respostas positivas, é relevante no sentido de se aprofundar, em termos de instituições, se as mesmas são lineares nesta avaliação neutral da questão.

Assim, e avaliando os resultados cumulativos obtidos, há uma relevância positiva de 51,5%, correspondendo assim a poder-se afirmar que a maioria dos respondentes considera que esta área do planeamento está presente na instituição hospitalar.

Gráfico 16 - Ciclo PDCA – Definir o Processo Atual



4.4.1.5 Planejamento – Examinar Soluções

Nesta subfase foram incluídas duas perguntas (Quadro 19), as quais englobam uma pergunta relacionada com o próprio profissional e outra relacionada com o superior hierárquico.

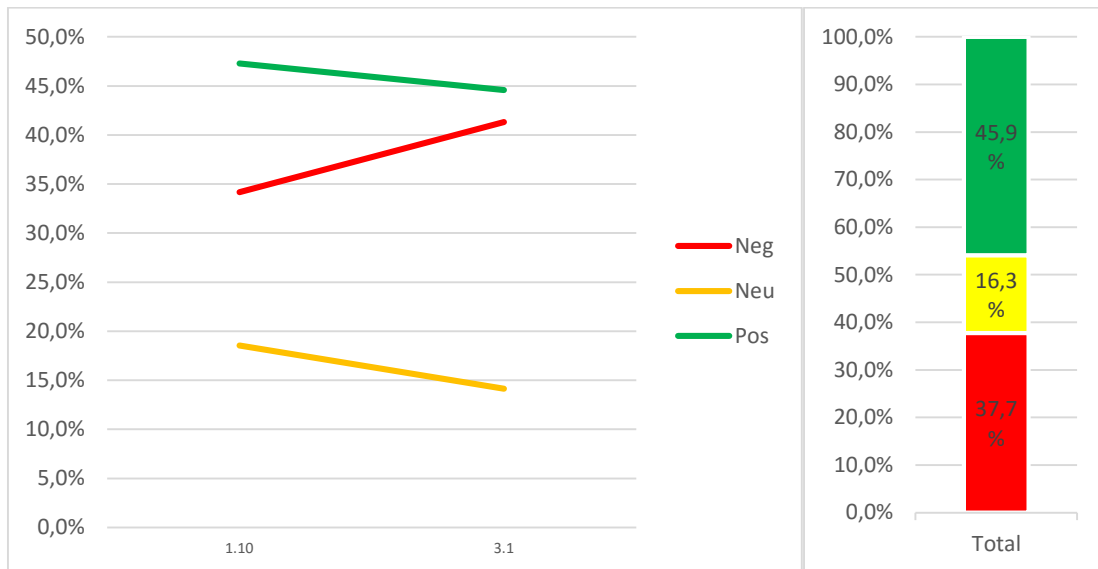
Quadro 19 - Questões - Planejamento – Examinar Soluções

1.10 - Sente que as suas opiniões sobre o planeamento e a resolução dos problemas são ouvidas e tidas em conta.
3.1 - O superior hierárquico promove momentos de reunião de todos os profissionais do serviço com o objetivo de encontrarem soluções para os problemas.

Fonte: Construção própria

A prevalência de respostas positivas nestas duas perguntas destacam a relevância desta subfase no planeamento, pois há que ter propósitos concretos quando se esquematiza um determinado planeamento. No entanto, conforme verificável no Gráfico 17, a pequena diferença entre as respostas positivas (44,6%) e as respostas negativas (41,3%) na segunda pergunta, pode ser demonstrativo do não envolvimento de todos os profissionais na busca de soluções comuns para os problemas laborais de todos.

Gráfico 17 - Ciclo PDCA – Examinar Soluções

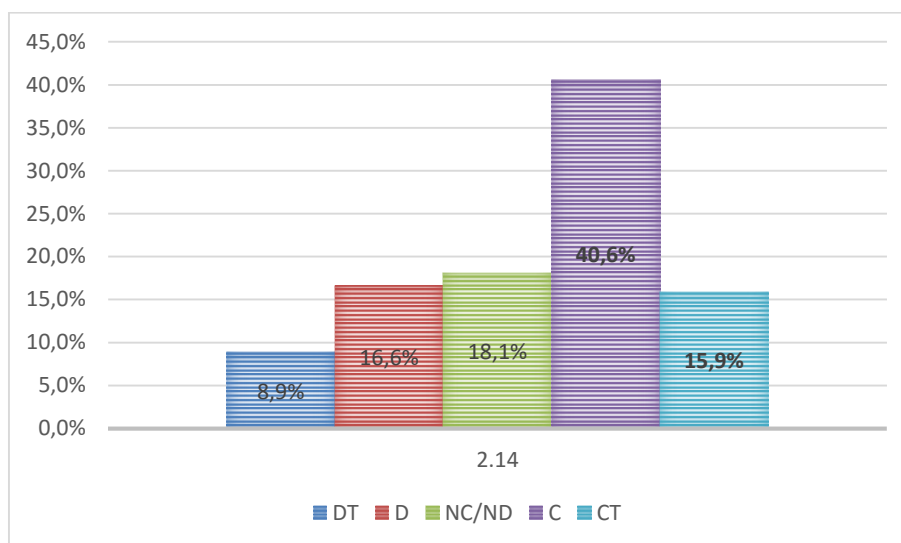


4.4.1.6 Planeamento – Selecione uma Mudança

Esta subfase foi abordada através de uma única questão (2.14 - Quando é efetuado o planeamento do seu serviço, existe a preocupação de enumerar o que é mais urgente resolver - «prioridades»), correspondendo a uma análise de todo o serviço relacionada com a priorização das diversas tarefas que existem e que momentaneamente vão surgindo.

Na sequência dos resultados obtidos, conforme demonstra o Gráfico 18, a percentagem de respostas positivas ascende a 56,5%, sendo assim um aspeto bastante relevante, contrariamente ao espectável, pois é vulgar existir a sensação de dispersão de tarefas em vez de uma priorização controlada e programada.

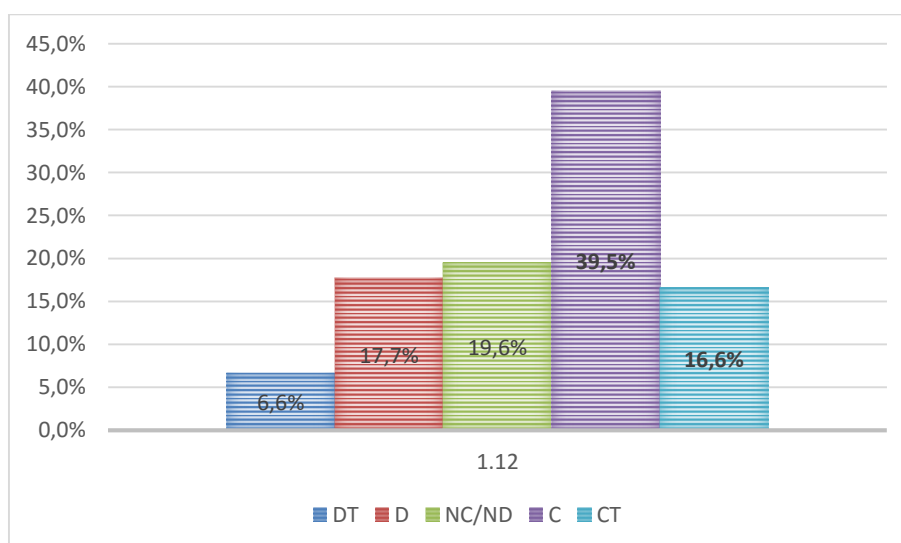
Gráfico 18 - Ciclo PDCA – Seleccione uma Mudança



4.4.1.7 Planeamento – Determinar Medidas

Esta subfase, à semelhança da anterior, também foi abordada através de uma questão (1.12 - Existe a preocupação de pensar se as propostas de atividade planeadas são ou não cumpridas), a qual é de extrema importância num processo evolutivo e avaliativo, pois algo que não é mensurável não pode ser avaliado corretamente. Assim denota-se uma preocupação com este aspeto junto das instituições hospitalares do SNS que responderam ao questionário, correspondendo a 56,1% de respostas positivas (cf. Gráfico 19).

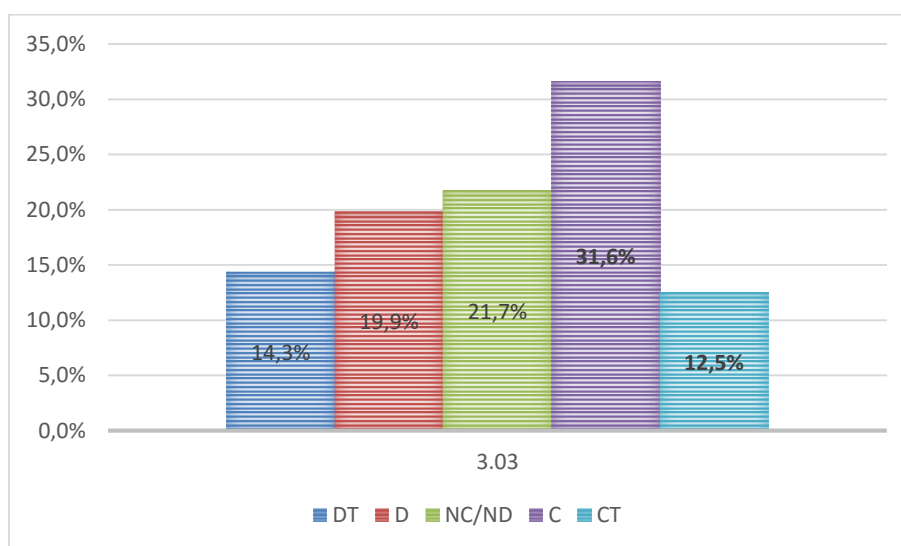
Gráfico 19 - Ciclo PDCA – Determinar Medidas



4.4.1.8 Planeamento – Detalhe do Plano “Teste”

A última subfase do planeamento foi referendada através de uma questão relacionada com o comportamento do superior hierárquico relativamente à necessidade pertinente de testar qualquer mudança antes da sua implementação efetiva, pois será um garante experimental do sucesso pretendido. Na questão abordada (3.3 - Antes de efetuar qualquer mudança no serviço, a mesma é planeada e partilhada a forma de a colocar em prática) foram obtidas, conforme demonstra o Gráfico 20, 44,1% de respostas positivas contra 34,2% de respostas negativas, transparecendo que esta prática não é constante em todos os processos de mudança.

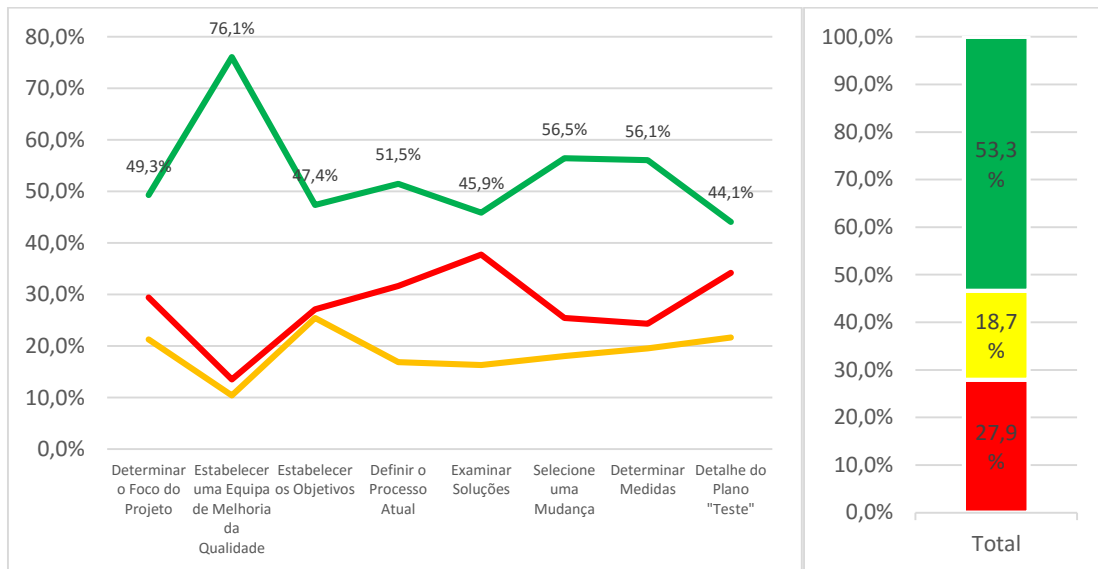
Gráfico 20 - Ciclo PDCA – Detalhe do Plano “Teste”



4.4.1.9 Planeamento – Total da Fase

Após a análise de todas as subfases do planeamento, importa uma análise conjunta do todo, correspondendo a uma agregação de todas as questões através do apuramento da média. Assim, conforme demonstra o Gráfico 21, a obtenção de 53,5% de respostas positivas é representativo que, nas instituições hospitalares que responderam ao inquérito, existe uma valorização positiva do planeamento e as diversas intervenções neste campo, assim como promovem a sua utilização no fluxo dos diversos processos existentes. O foco positivo mais expressivo está na existência de uma equipa de qualidade “especializada” nestas questões, assim como o planeamento da respetiva mudança ser faseada.

Gráfico 21 – Ciclo PDCA - Planeamento



4.4.2 Fazer (Do)

Na segunda fase do ciclo PDCA, a matriz de questões escolhida (Quadro 20) engloba questões relacionadas com o próprio profissional, com o serviço e também com o superior hierárquico, considerando três áreas chave para o sucesso da ação.

Quadro 20 - Questões - Fazer

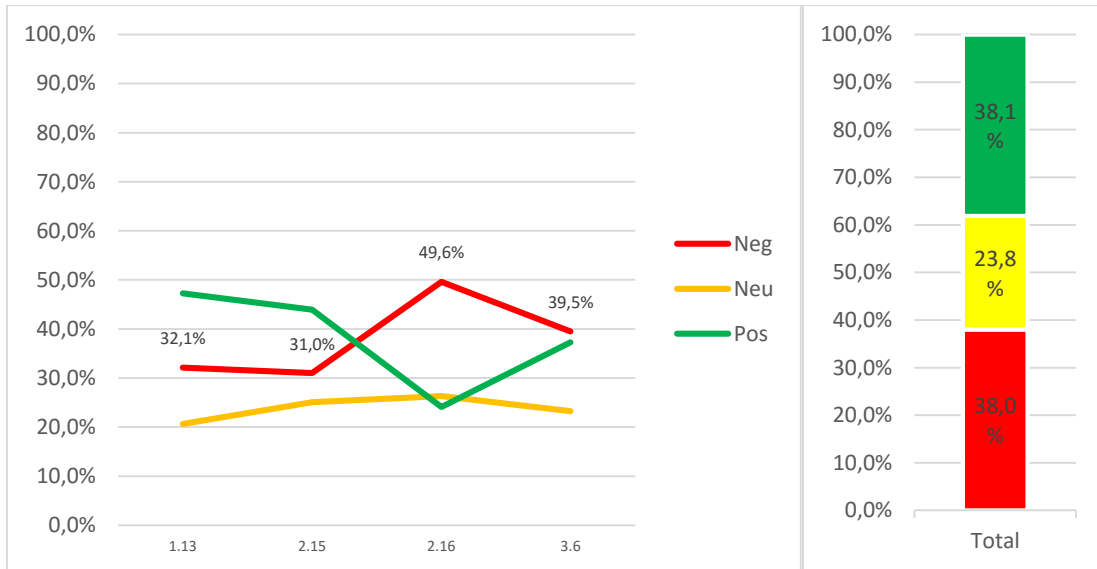
1.13 - As atividades planeadas, quando colocadas em prática, são acompanhadas por todos os profissionais do serviço
2.15 - Quando ocorrem mudanças planeadas no serviço, as mesmas são acompanhadas e monitorizadas
2.16 - Qualquer alteração planeada no serviço é testada para pré-verificar o seu sucesso.
3.6 - Todas as mudanças são planeadas e ocorrem faseadamente, passo a passo, conforme indicações hierárquicas

Fonte: Construção própria

Se em termos de “planeamento” o resultado foi positivo e caracterizou um aspeto bastante relevante no funcionamento dos hospitais, já o “fazer” não é tão positivo, destacando-se que os resultados positivos totalizam 38,1% e os negativos 38,0% (Gráfico 22), ou seja, se por um lado existem profissionais que destacam esta área como positiva, outros há que a destacam como negativa.

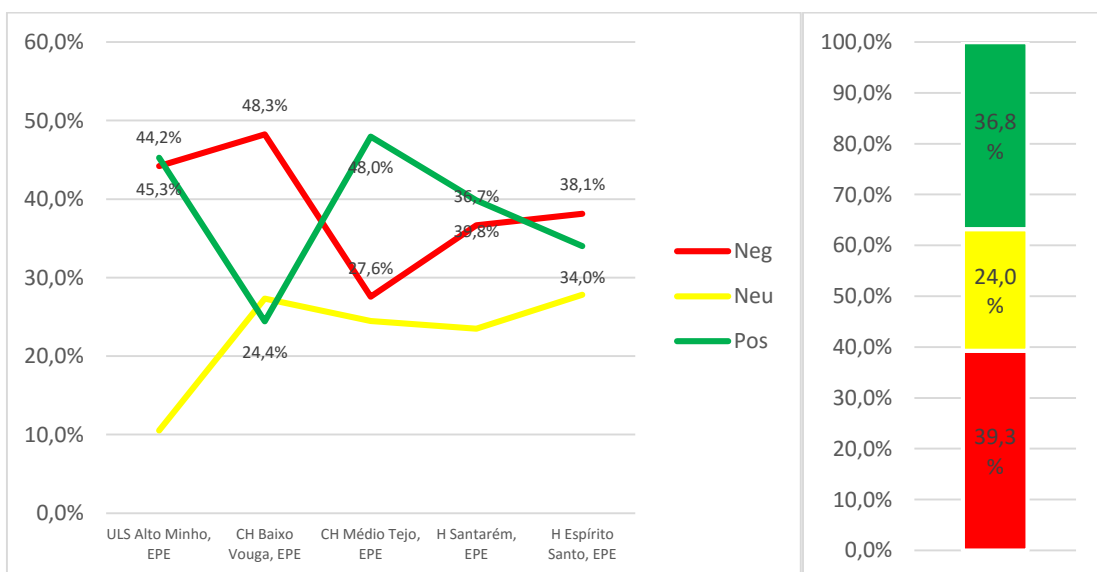
É adicionalmente relevante que 49,6% dos respondentes, na questão 2.16, responderam negativamente à mesma, podendo retirar-se a ilação de que as mudanças, apesar de quando planeadas o serem numa perspetiva de testar as alterações antes da sua efetivação, na prática tal não ocorre.

Gráfico 22 – Ciclo PDCA - Fazer



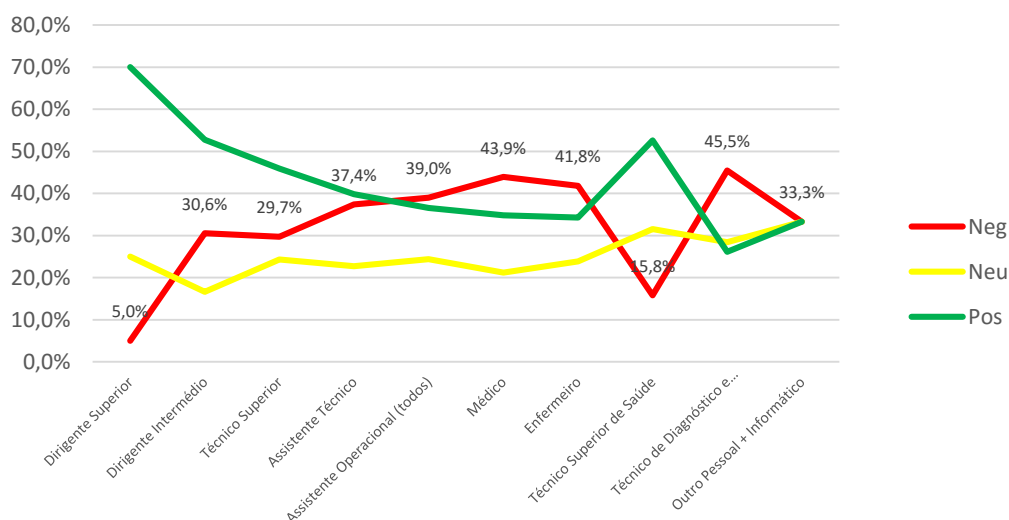
Assim, e tendo em conta estes resultados importa validar se há diferenças significativas nos cinco hospitais mais relevantes em quantidade de respostas obtidas ou se, no entanto, a diferença está nas categorias profissionais. Conforme é verificável no Gráfico 23, é evidenciado, pela positiva, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE (48,0%), enquanto, pela negativa, é relevante o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (48,3%), sendo considerada a análise das quatro questões, cumulativamente.

Gráfico 23 – Ciclo PDCA – Fazer – 5 principais hospitais respondentes



Perante esta análise, importa compreender as categorias profissionais que evidenciam o maior número de respostas negativas, evidenciando-se, de acordo com o Gráfico 24, os técnicos de diagnóstico e terapêutica com 45,5%, os médicos com 43,9% e os enfermeiros com 41,8%.

Gráfico 24 – Ciclo PDCA – Fazer – análise por categoria profissional



4.4.3 Verificar (Check)

Para validar a terceira fase do ciclo PDCA foram selecionadas cinco questões, baseando-se as mesmas no serviço e no superior hierárquico, conforme Quadro 21.

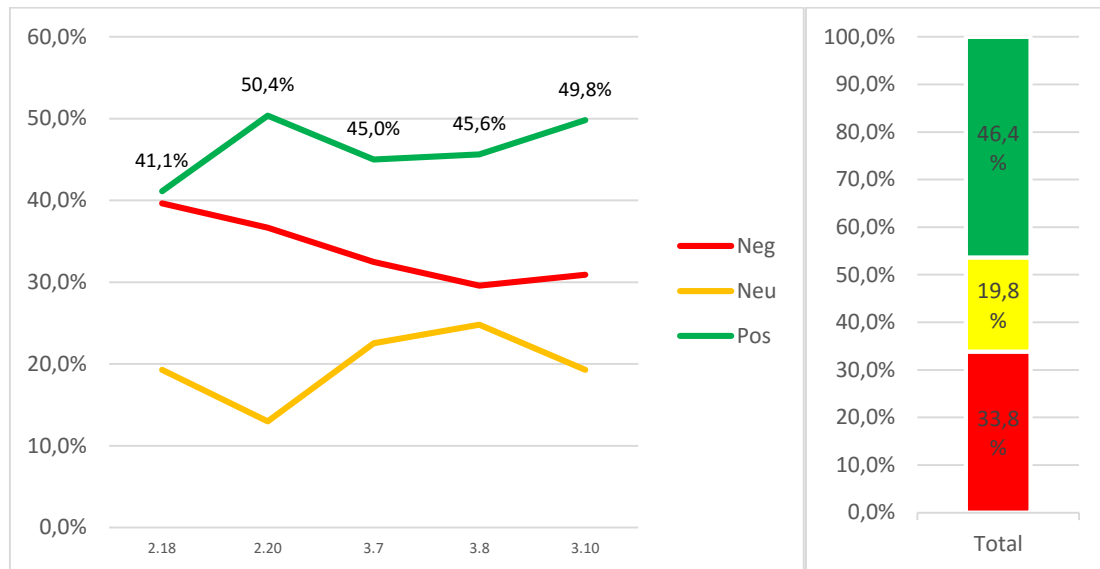
Quadro 21 - Questões - Verificar

2.18 - Após as mudanças ocorrerem, é verificado se o que foi planeado foi cumprido
2.20 - Há alguém responsável de analisar, em pormenor, os resultados alcançados
3.7 - Os erros ocorridos na atividade ou na mudança são analisados e os principais intervenientes são questionados
3.8 - Os benefícios detetados com a mudança são valorizados e registados
3.10 - Os profissionais do serviço são ouvidos sobre a sua opinião das mudanças ocorridas

Fonte: Construção própria

Os resultados obtidos nesta fase são maioritariamente positivos, representando 46,4% de respostas positivas, face a 33,8% de respostas negativas. Conforme é verificável no Gráfico 25, a questão 2.18 obteve um número de respostas positivas (41,4%) muito perto do número de respostas negativas (39,6%), o que não dá robustez positiva às questões (acumuladas), as quais relacionam o planeado com o efetuado, numa ótica de mensuração.

Gráfico 25 – Ciclo PDCA - Verificar



Há que destacar que nas questões 2.20 e 3.10, o número de respostas positivas é substancial (50,4% e 49,8%, respetivamente), revelando que há uma preocupação de delegação desta tarefa a alguém do serviço, garantindo assim um cumprimento desta fase, assim como o envolvimento dos colaboradores é alcançado e a sua opinião auscultada.

4.4.4 Agir (Act)

Na última fase do ciclo PDCA, foram evidenciadas cinco questões (Quadro 22) relacionadas com o serviço e com o superior hierárquico, no sentido de validar os dois aspetos essenciais desta fase: a avaliação generalizada do processo ocorrido e a retoma do planeamento (novo ou reformulação, pois o processo é cíclico).

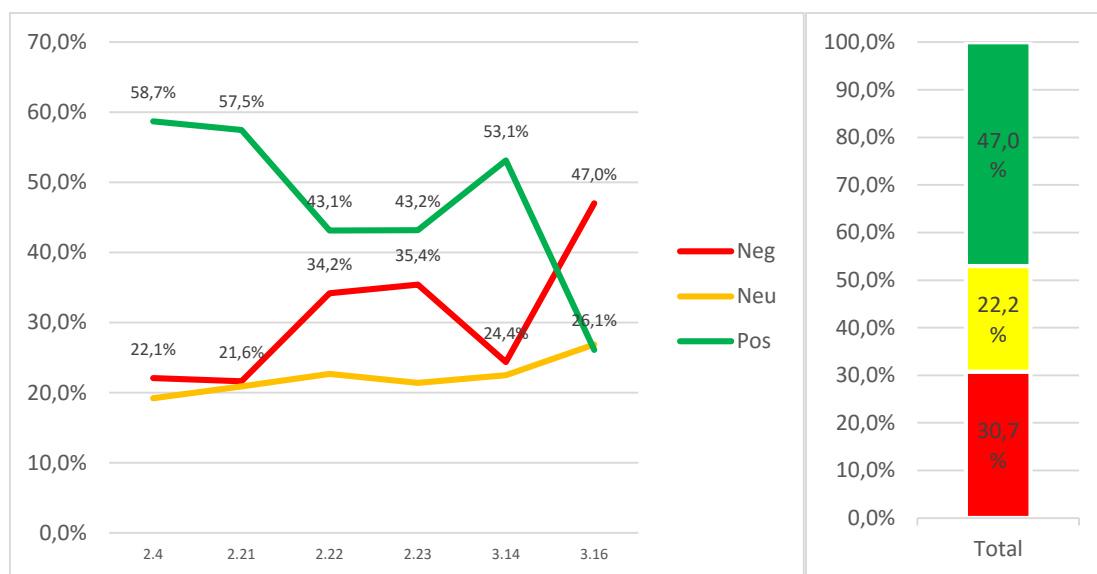
Quadro 22 - Questões - Agir

2.4 - No serviço, os erros conduzem a mudanças positivas
2.21 - Após as mudanças ocorridas, tudo o que é considerado positivo passa a fazer parte das rotinas diárias do serviço
2.22 - Se as mudanças não tiveram o sucesso planeado é efetuado novo planeamento para resolver o problema
2.23 - Existe uma avaliação da eficácia das alterações efetuados no serviço, com o objetivo de melhorar
3.14 - Existe uma reformulação dos procedimentos e das práticas de todos os profissionais do serviço quando é detetada essa necessidade
3.16 - Ficam registados, por escrito, todos os passos efetuados e resultados alcançados, desde o planeamento, realização, análise e conclusões.

Fonte: Construção própria

Com a exceção da última questão, todas as outras são manifestamente positivas, sendo que o valor total apurado, conforme Gráfico 26, perfaz 47,0% de respostas positivas. Relativamente à questão 3.16, foram obtidas somente 26,1% de respostas positivas contra 47,0% de respostas negativas, o que transparece que apesar da aplicabilidade do ciclo PDCA, a evidência da sua aplicação e o registo das diversas fases como suporte da mudança preconizada não são efetivados, não sendo assim o garante de uma evolução sustentada e registada.

Gráfico 26 – Ciclo PDCA - Agir



4.5 Matriz de respostas sobre o Controlo Interno

A matriz de respostas relativas ao controlo interno tiveram por base os cinco componentes defendidos no modelo COSO, que como anteriormente foi referenciado, corresponde a Ambiente de Controlo, Avaliação do Risco, Procedimentos de Controlo, Informação e Comunicação e, por fim, Monitorização.

4.5.1 Controlo Interno - Ambiente de Controlo

As questões utilizadas na validação desta componente do controlo interno foram transversais nas dimensões abordadas, correspondendo a questões relacionadas com o profissional, com o serviço, com o superior hierárquico e com a própria organização.

Assim, e conforme demonstra o Quadro 23, foram evidenciadas 10 questões na validação desta componente.

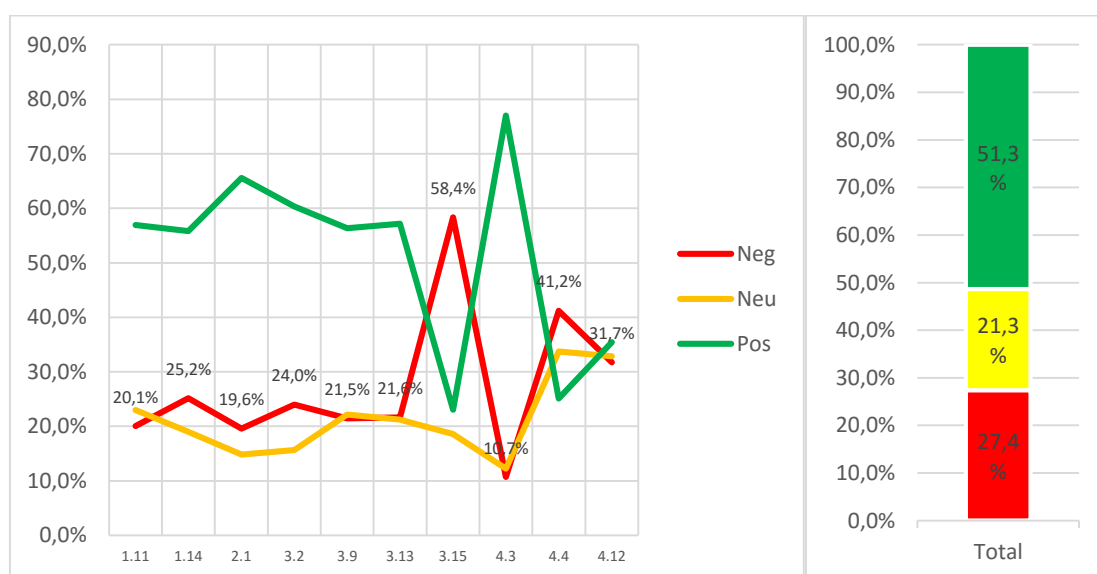
Quadro 23 – Controlo Interno - Ambiente

1.11 - Existe sempre a procura de fazer melhor por parte de todos os profissionais do serviço
1.14 - O serviço está bem estruturado e cada um conhece o seu papel interventivo
2.1 - Sente que no serviço são cumpridos os princípios éticos e respeitados os valores individuais
3.2 - O seu responsável hierárquico é atento ao desempenho do serviço
3.9 - O seu responsável hierárquico é atento ao seu desempenho pessoal
3.13 - Quando algum profissional é incorreto no desempenho das suas funções, o mesmo é confrontado com essa análise
3.15 - É-lhe divulgado e do seu conhecimento o plano operacional e orçamento do seu serviço
4.3 - Nos serviços existe uma estrutura hierárquica definida e em funcionamento
4.4 - Os serviços do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital (conforme cada caso) não se coordenam bem uns com os outros
4.12 - Existe uma boa colaboração entre os serviços que têm necessidade de trabalhar em conjunto

Fonte: Construção própria

Os resultados obtidos traduzem o expectável, sendo que, cumulativamente, foram obtidas 51,3% de respostas positivas face a 27,4% de respostas negativas. É notório que existem duas questões onde a apreciação é negativa, sendo que a questão 3.15, com 58,4% de respostas negativas é um tradicional problema, pois dificilmente existe uma cultura de partilha de informação financeira associada à divulgação do plano operacional. Já os 41,2% de respostas negativas obtidas na questão 4.4 são demonstrativos da complexidade de uma estrutura hospitalar, pois muitas vezes a dificuldade de coordenação entre serviços está associada à complexidade da prestação de cuidados ao doente, o qual pode, surpreendentemente, necessitar de uma especificidade de cuidados urgente.

Gráfico 27 – Controlo Interno - Ambiente



4.5.2 Controlo Interno - Avaliação de Risco

Na segunda componente do controlo interno, e de acordo com o Quadro 24, foram selecionadas 6 questões, as quais englobam as quatro dimensões (profissional, serviço, superior hierárquico e organização), numa tentativa de validar o risco e a respetiva avaliação do mesmo, perspetivando uma minimização desejável.

Quadro 24 – Controlo Interno – Avaliação de Risco

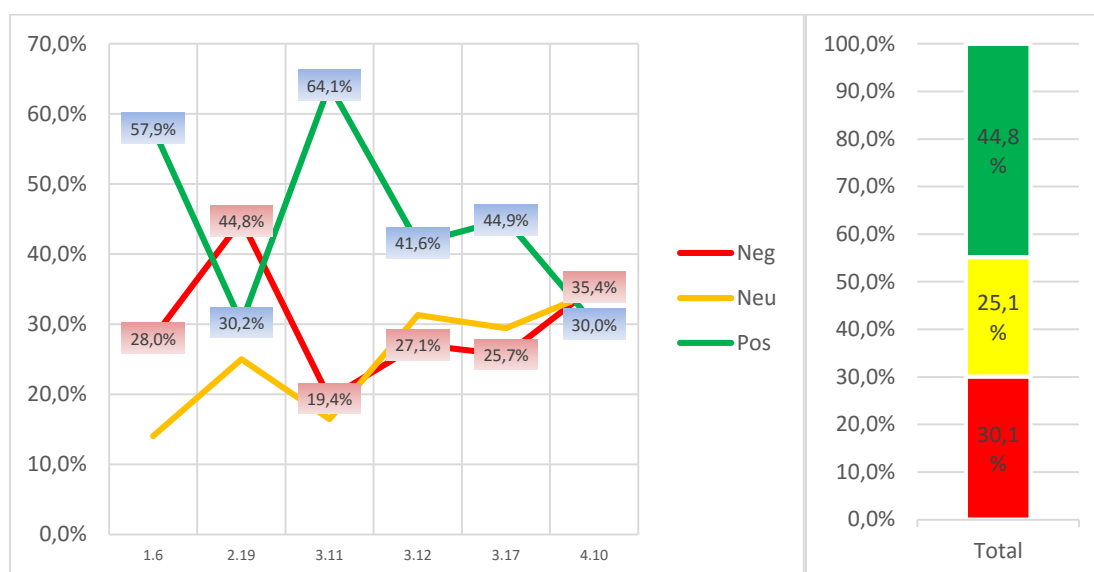
1.6 - Os objetivos existentes para o seu serviço são do seu conhecimento e todos os seus colegas
2.19 - Nos procedimentos existentes no seu serviço estão identificados os problemas que ocorrem caso cada procedimento não seja cumprido.
3.11 - É dado conhecimento, aos profissionais, das reclamações relativas ao serviço, sejam elas escritas ou verbais
3.12 - Se alguém no seu serviço efetuar alguma fraude, a mesma é facilmente detetável
3.17 - Quando um problema é notificado, existe uma atenção especial a quem o faz e não ao problema em si
4.10 - Os procedimentos instituídos e os sistemas existentes são eficazes na prevenção de erros

Fonte: Construção própria

No conjunto de respostas envolvido, tendo em conta o apuramento evidenciado no Gráfico 28, foram obtidas 44,8% de respostas positivas face a 30,1% de respostas negativas. É evidenciada a questão 3.11 com 64,1% de respostas positivas, sendo um aspeto bastante relevante, pois demonstra uma partilha de informação aquando de uma reclamação referente ao serviço; além disso, é também relevante o resultado obtido na questão 1.6 com 57,9% de respostas positivas, transparecendo uma partilha e conhecimento dos objetivos do serviço, sendo também este fator um minimizador do risco.

No entanto, e pelo contrário, a questão 2.19, com 44,8% de respostas negativas é demonstrativa que, apesar da obrigatoriedade de existir um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas em cada hospital (Conselho Nacional de Prevenção, 2009), o mesmo ou não existe ou não é do conhecimento de todos os profissionais, sendo que o referido plano prevê a resposta à questão colocada. A questão 4.10, com 35,4% de respostas negativas fazem denotar que em termos de procedimentos instituídos, os mesmos não são garantes de prevenção do risco.

Gráfico 28 – Controlo Interno – Avaliação de Risco



4.5.3 Controlo Interno – Procedimentos de Controlo

Relativamente à componente de Procedimentos de Controlo, a mesma foi testada com 7 questões, mas focalizadas no superior hierárquico e em toda a organização, conforme consta no Quadro 25.

Quadro 25 – Controlo Interno – Procedimentos de Controlo

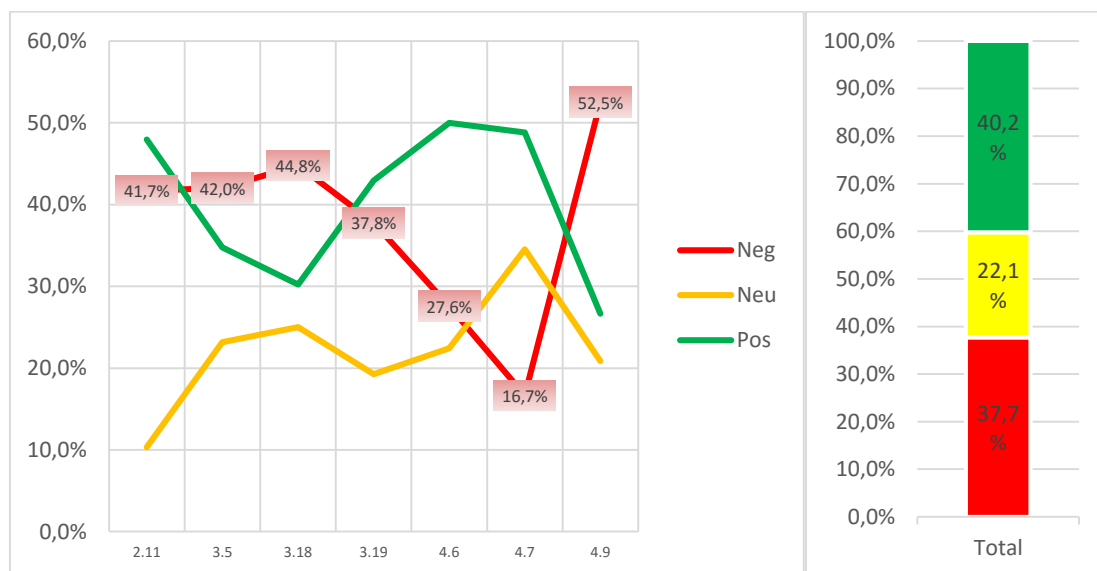
2.11 - O relatório anual do seu serviço é partilhado com todos os profissionais
3.5 - O seu superior hierárquico questiona-o muitas vezes sobre a execução das suas tarefas
3.18 - O seu superior hierárquico tem por hábito verificar as tarefas de todos os profissionais do serviço
3.19 - É verificada, periodicamente, a execução das diversas tarefas/procedimentos do serviço
4.6 - As normas de controlo interno são divulgadas a todos os profissionais
4.7 - O Hospital tem implementado (a funcionar) um sistema de controlo interno
4.9 - Pelo menos uma vez por ano, existe alguém que não é do serviço, a verificar se tudo está a ser efetuado da melhor forma

Fonte: Construção própria

Relativamente às respostas obtidas, há uma aproximação entre as respostas positivas (40,2%) e as respostas negativas (37,7%), evidenciando-se algumas questões pela negativa. Nas questões 3.5 e 3.18, com 42,0% e 44,8% de respostas negativas, respetivamente, há alguma evidência de um afastamento do superior hierárquico relativamente a operacionalidade do próprio serviço, em particular sobre as tarefas delegadas em cada profissional. Na questão 4.9, com 52,5% de respostas negativas, a problemática é transversal em todo o serviço, não existindo um efetivo controlo relativamente a todos os profissionais, incluindo o superior hierárquico,

sendo promovidas auditorias externas ao serviço, no sentido de garantir imparcialidade avaliativa.

Gráfico 29 – Controlo Interno – Procedimentos de Controlo



4.5.4 Controlo Interno – Informação e Comunicação

A informação e comunicação são, vulgarmente, evidenciadas como áreas problemáticas, onde são enumerados diversos problemas e que, redundantemente, são implementadas estratégias para melhoria.

Este componente do controlo interno foi validado através de 5 questões, as quais incidiram no profissional e na organização, conforme Quadro 26.

Quadro 26 – Controlo Interno – Informação e Comunicação

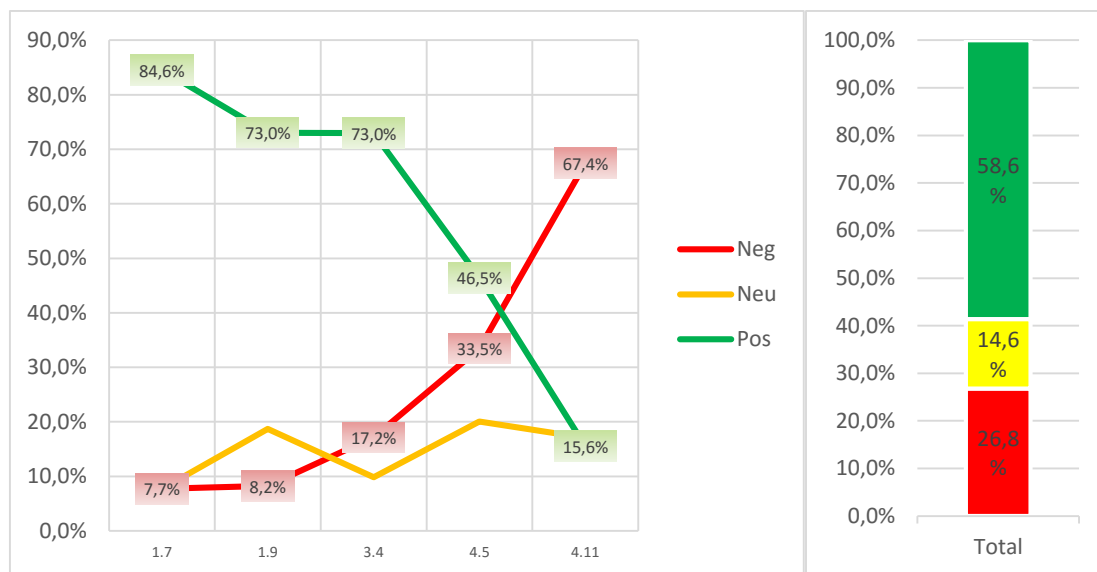
1.7 - Partilha, com os seus colegas, os problemas que deteta no serviço e nos outros serviços com que se relaciona
1.9 - Quando se verifica um descontentamento de um cliente (doente), relativamente a um determinado serviço, comunica ao responsável hierárquico
3.4 - O seu superior hierárquico ouve-o quando pretende comunicar-lhe alguma irregularidade
4.5 - São comunicados os resultados das auditorias que vão ocorrendo na organização e, nomeadamente, no seu serviço, sejam elas internas ou externas
4.11 - É do seu conhecimento, através de comunicação interna, os principais problemas que ocorrem em todos os serviços e das soluções encontradas.

Fonte: Construção própria

Neste componente, foram obtidas 58,6% de respostas positivas face a 26,8% de respostas negativas, revelando alguma robustez nos meios de informação e comunicação instituídos (Gráfico 30). No entanto, nas questões organizacionais há uma tendência menos positiva (ou mesmo negativa). Na questão 4.5, apesar as respostas positivas (46,5%) serem superiores às

respostas negativas (33,5%), há um paralelismo com o componente anterior, evidenciando uma necessidade de reforçar a área de auditorias e a respetiva partilha dos resultados obtidos, numa ótica de envolvimento transversal de todos os profissionais. Na questão 4.11 foram obtidos resultados negativos de 67,4% demonstrando que as boas práticas e soluções para diversos problemas não são disseminados na organização, o que potenciará um maior sucesso no desempenho organizacional.

Gráfico 30 – Controlo Interno – Informação e Comunicação



4.5.5 Controlo Interno – Monitorização

A monitorização é um componente do controlo interno que evidencia uma continuidade necessária, de forma a manter os padrões definidos e garantir a persecução da missão e objetivos da instituição. Assim, a validação deste componente foi efetuada mediante 3 questões, que constam no Quadro 27, as quais incidiram sobre o serviço e sobre a organização.

Quadro 27 – Controlo Interno - Monitorização

2.5 - É verificado regularmente o cumprimento dos objetivos do seu serviço
2.17 - Existe periodicamente uma reunião alargada de todo o serviço para partilhar os resultados de todas as atividades, mudanças e desempenho
4.8 - Ocorrem, frequentemente, problemas quando há passagem de informação entre os diversos serviços

Fonte: Construção própria

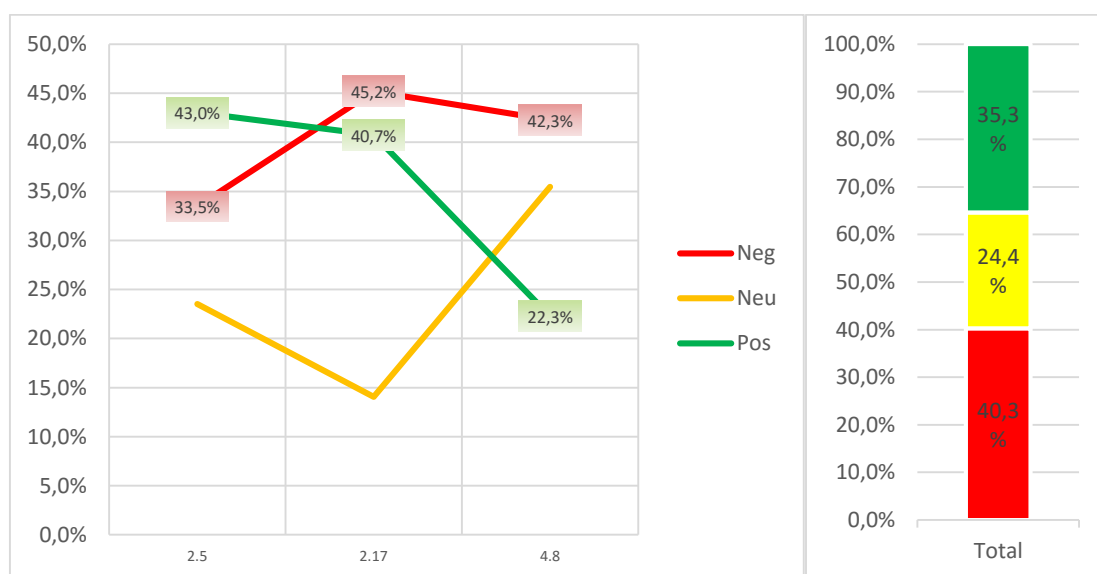
No Gráfico 31 são demonstrados os resultados obtidos, os quais contrariam os componentes anteriormente referidos, tendo sido obtidas 40,3% de respostas negativas e 35,3%

de respostas positivas. O aspeto positivo está relacionado com a questão 2.5, onde são evidenciadas 43% de respostas positivas, fortalecendo uma monitorização da atividade face aos objetivos pré-definidos para o serviço.

No entanto, é demonstrado um número de respostas negativas (45,2%) quando questionados sobre a existência de uma reunião para partilha dos resultados obtidos, assim como das boas práticas preconizadas.

De forma marcante, e na questão 4.8, foram obtidas 42,3% de respostas negativas face a 22,3% de respostas positivas, o que é revelador da existência de problemas quando existe a necessidade de partilha e transferência de informação entre serviços da organização.

Gráfico 31 – Controlo Interno - Monitorização



4.6 Ciclo PDCA e Controlo Interno

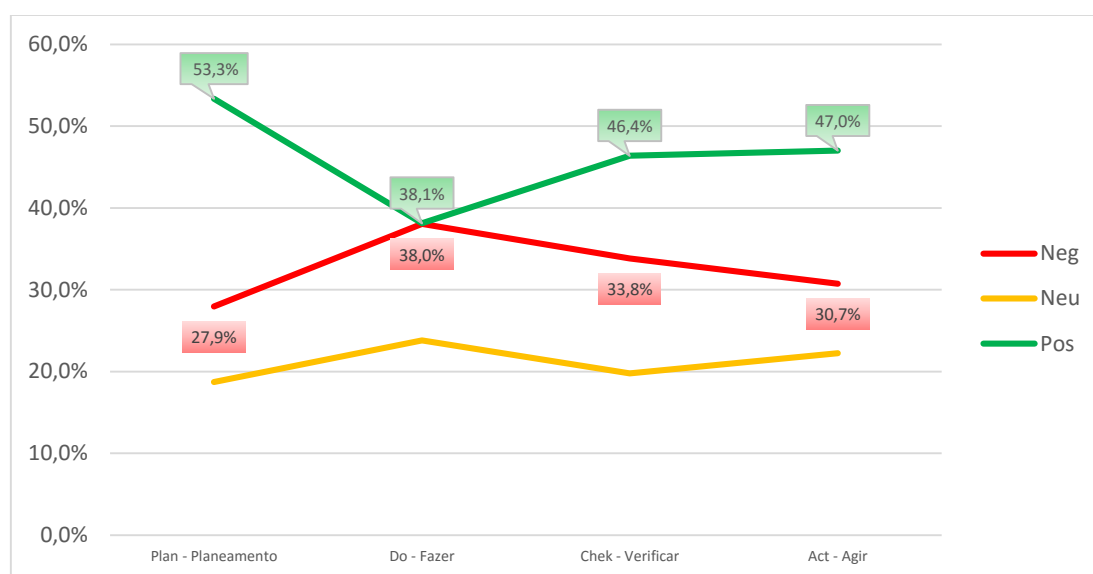
Tendo em conta os objetivos definidos, importa perceber os resultados cumulativos, tanto do ciclo PDCA como do Controlo Interno, validando a interação dos mesmos nas diversas categorias profissionais, assim como nos hospitais respondentes.

4.6.1 Ciclo PDCA

Em resultado da análise cumulativa de todas as fases do ciclo PDCA, é verificável, no Gráfico 32, que o planeamento tem 53,3% de respostas positivas face a 27,9% de respostas negativas,

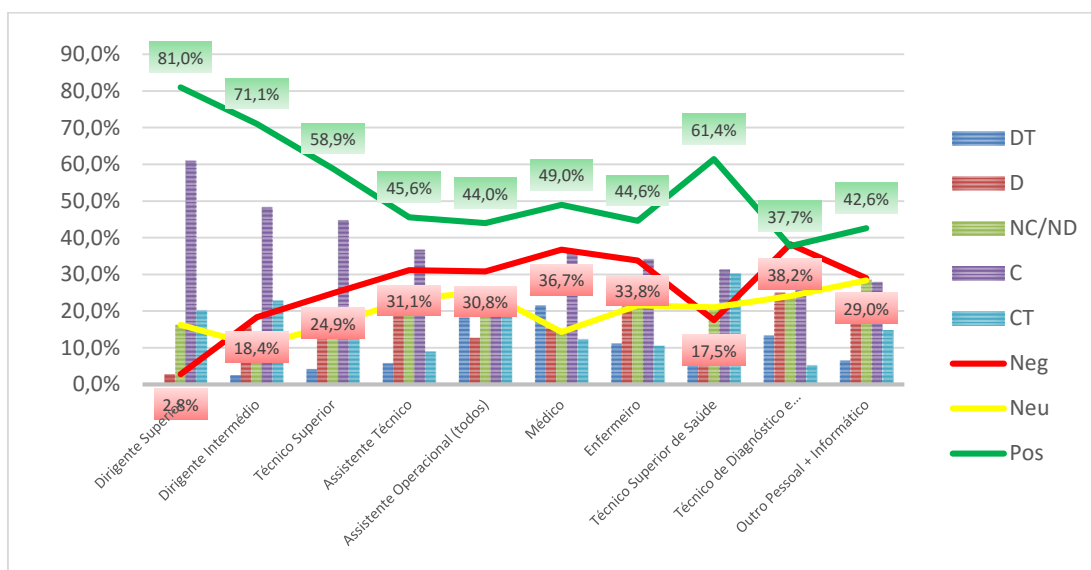
o que evidencia que esta fase do ciclo PDCA tem um peso importante no funcionamento dos hospitais respondentes. Contrariamente ao planeamento, a fase subsequente (Fazer) tem 38,1% de respostas positivas e 38,0% de respostas negativas, o que aponta um défice nesta fase, pressupondo que apesar de um planeamento bem elaborado e sustentado, a colocação do mesmo em prática efetiva fica comprometido. A terceira e quarta fase, verificar e agir, respetivamente, têm valores de respostas positivas e negativas similares entre si, sendo que o intervalo de respostas positivas [46,4%;47,0%] dá evidência de serem fases com implementação e efetividade sustentadas.

Gráfico 32 – 4 fases do ciclo PDCA



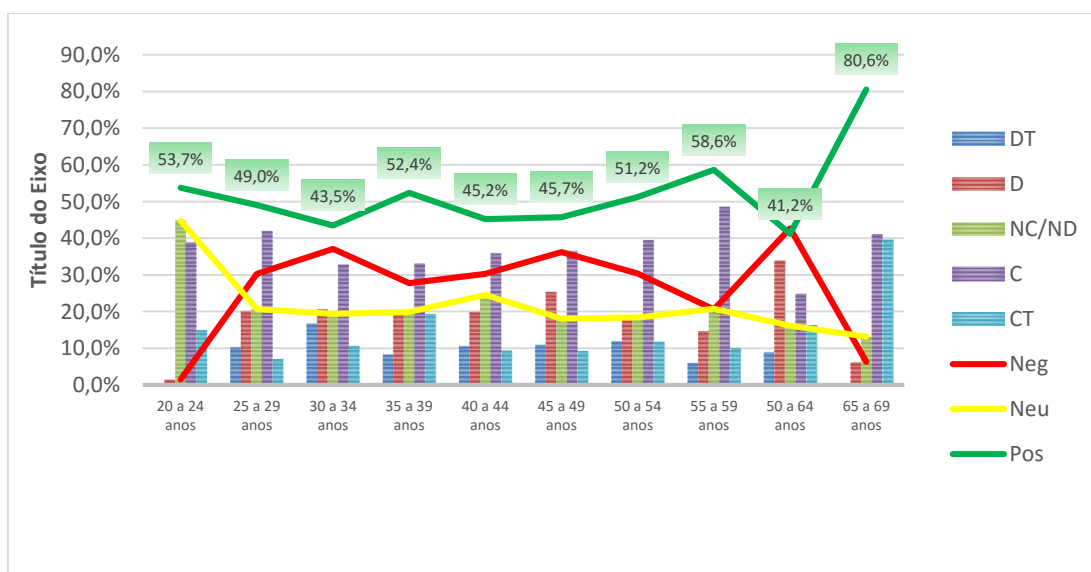
Tendo em contas as 4 fases do ciclo PDCA e de forma a validar os objetivos inicialmente propostos, torna-se relevante analisar as respostas obtidas em correlação com as variáveis em estudo, retirando assim possíveis conclusões pertinentes. Conforme é visível no Gráfico 33, as respostas positivas, em todas as categorias profissionais são superiores às respostas negativas, com exceção dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, onde são evidenciadas 38,2% de respostas negativas face a 37,7% de respostas positivas. Assim, poder-se-á afirmar que perante os hospitais respondentes, os profissionais com a categoria profissional referida não validam o ciclo PDCA como sendo uma ferramenta efetiva do funcionamento da instituição. No entanto, e com clara certeza, os restantes respondentes consideram o ciclo PDCA como uma ferramenta que fortalece um processo de melhoria continua, não evidenciando homogeneidade de opinião.

Gráfico 33 – Ciclo PDCA por Categorias Profissionais



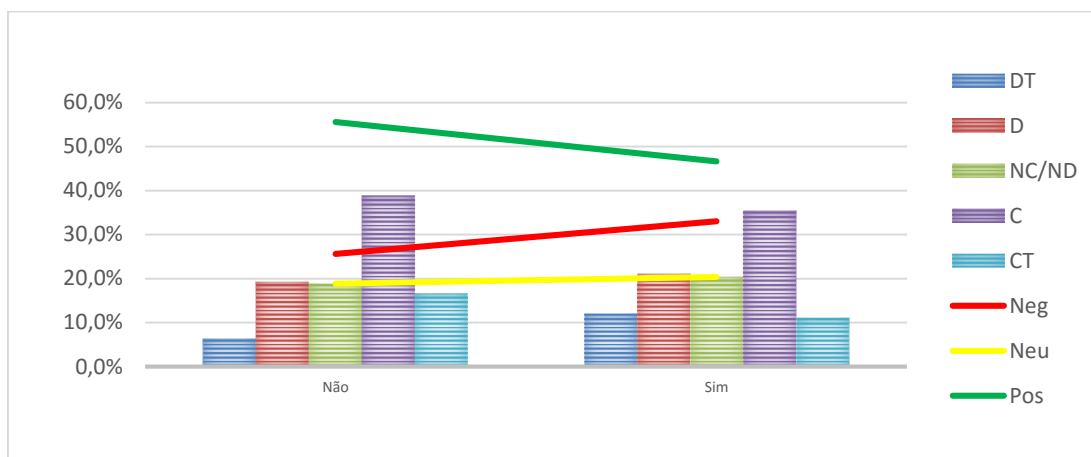
Relativamente aos intervalos de idade dos respondentes, conforme Gráfico 34, é visível que a os intervalos de idade com maior amplitude de percentagem de respostas positivas situa-se nos 20 a 24 anos (53,7%), nos 35 a 39 a nos (52,4%), nos 55 a 59 anos (58,6%) e nos 65 a 69 anos (80,6%). É visível que o intervalo entre os 50 a 64 anos engloba profissionais que não revêm maioritariamente a ferramenta do ciclo PDCA no funcionamento do seu serviço e da sua própria intervenção assistencial.

Gráfico 34 – Ciclo PDCA por intervalos de Idade



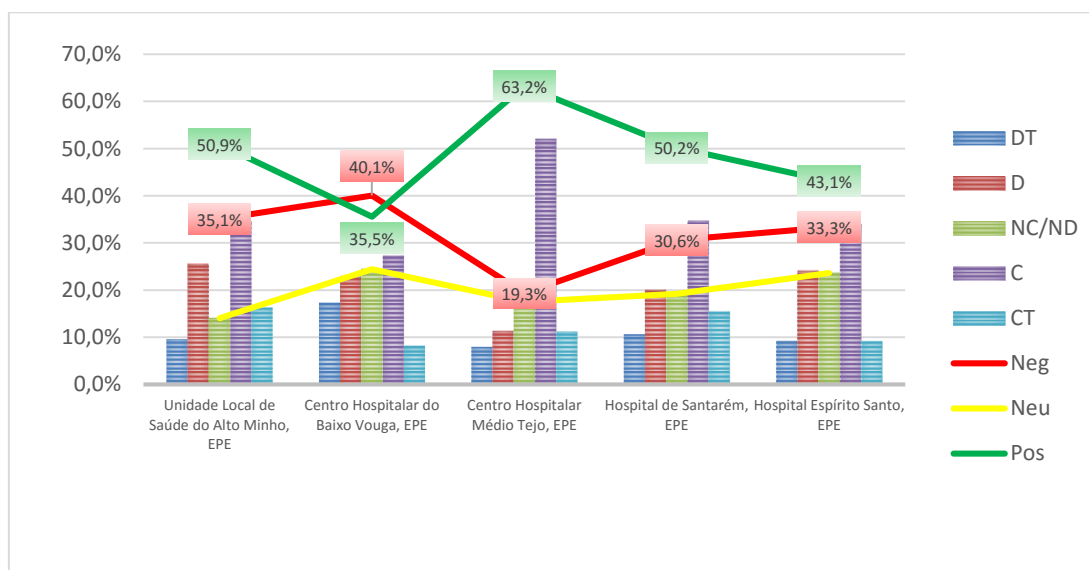
Como seria expectável, os profissionais que não têm, na sua atividade, contacto direto com doentes estão mais concordantes com a aplicação do ciclo PDCA nas suas tarefas laborais, contrariamente aos que têm contacto com os doentes, revelando-se no Gráfico 35.

Gráfico 35 – Ciclo PDCA - profissionais têm contacto direto com doentes?



Relativamente aos cinco principais hospitais respondentes, é verificável, no Gráfico 36, que o Centro Hospital do Médio Tejo, EPE destaca-se pelas respostas positivas, atingindo os 63,2%. No entanto, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE tem um número de respostas negativas (40,1%) superior às respostas positivas (35,5%), sendo marcante que esta instituição carece de um maior trabalho relacionado com a melhoria contínua.

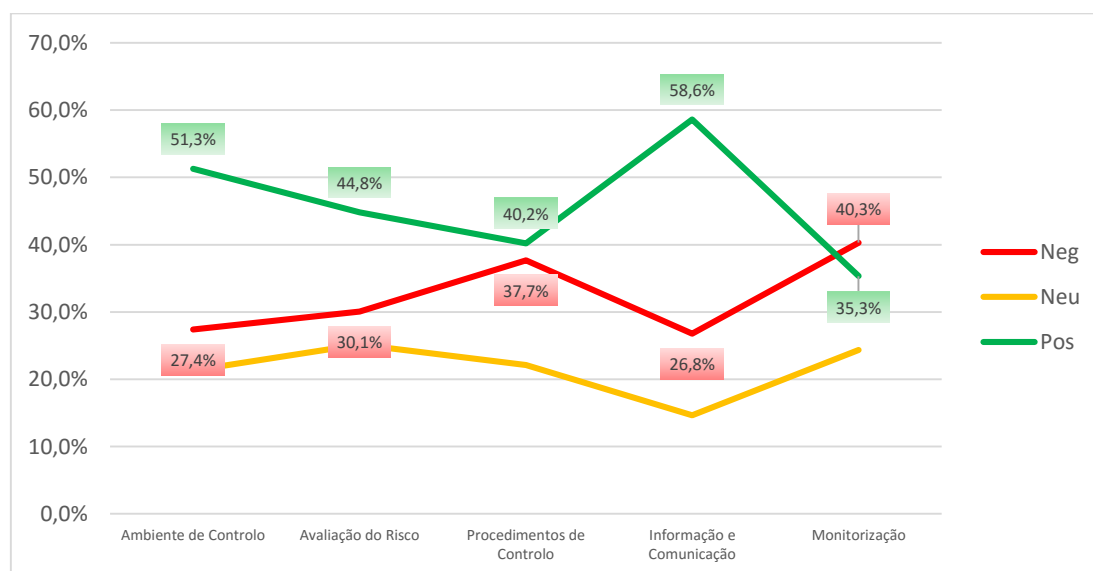
Gráfico 36 – Ciclo PDCA nos cinco principais Hospitais respondentes



4.6.2 Controlo Interno

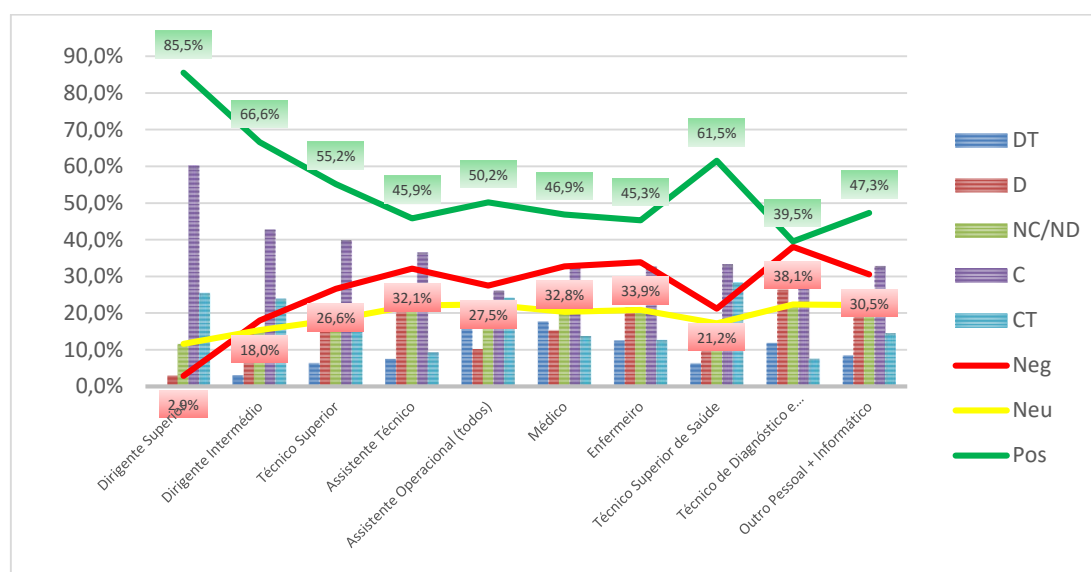
A análise acumulada das repostas obtidas relativamente ao controlo interno, nos seus 5 componentes, revela uma evidência bastante positiva na Informação e Comunicação, contrariamente ao esperado, pois esta componente é vulgarmente considerada deficitária. No entanto, conforme é visível no Gráfico 37, os Procedimentos de Controlo têm uma aproximação entre respostas positivas e negativas, 40,2% e 37,7%, respetivamente, sendo uma diferença de 2,5%. Relativamente à componente da Monitorização, há uma inversão das repostas, sendo que 40,3% são respostas negativas e 35,3% de respostas positivas, realçando que a perceção desta componente, pelos respondentes, é deficitária.

Gráfico 37 – 5 componentes do Controlo Interno



Conforme é verificável no Gráfico 38, a análise dos cinco componentes do controlo interno, de forma acumulada, revela que em todas as categorias profissionais os valores são positivos, evidenciando-se os valores dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, sendo que as respostas positivas (39,5%) estão próximas das respostas negativas (38,1%).

Gráfico 38 – Controlo Interno por Categorias Profissionais



Tendo em conta os resultados apurados e os objetivos definidos, importa verificar a correlação existente entre o grupo de questões relacionadas com o controlo interno e a variável das categorias profissionais, verificando-se, conforme Quadro 28, que com um grau de confiança de 99% podemos afirmar que não existe uma correlação nas respostas relacionadas com o controlo interno e as categorias profissionais dos respondentes, ou seja, não dependem linearmente uma de outra, verificável através do valor -0,181.

Quadro 28 – Correlação entre controlo interno e categorias profissionais

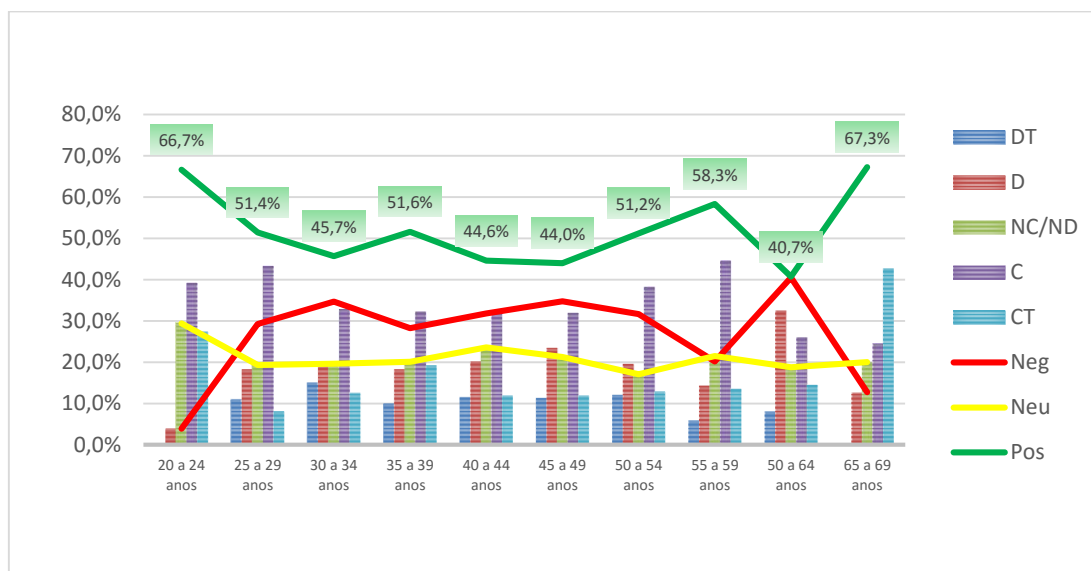
Correlations		Controlo Interno	6.1 - Indique a sua categoria profissional.
Controlo Interno	Pearson Correlation	1	-,181**
	Sig. (2-tailed)		,008
	N	211	211
6.1 - Indique a sua categoria profissional.	Pearson Correlation	-,181**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
	N	211	211

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Relativamente à análise do controlo interno por intervalo de idades dos respondentes, é possível verificar, no Gráfico 39, que os intervalos dos extremos são os mais positivos, associando-se os respondentes com idade compreendida no intervalo 55 a 59 anos com uma percentagem de

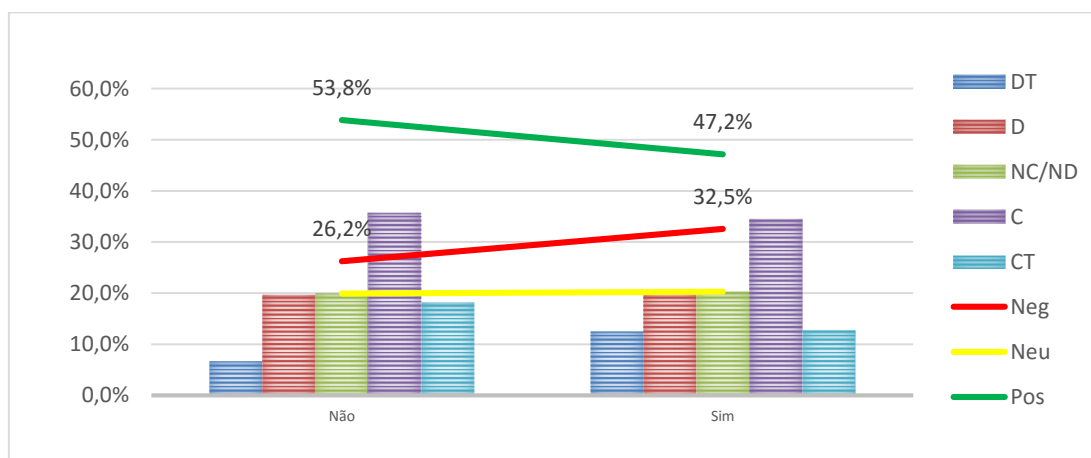
respostas positivas (58,3%) significativa. Contrariamente, os respondentes com idade no intervalo 50 a 64 anos (5,42% do total de respondentes) têm uma diferença de 0,2% entre as respostas positivas (40,7%) e as respostas negativas (40,5%).

Gráfico 39 – Controlo Interno por intervalo de Idades



Conforme já demonstrado na análise do ciclo PDCA, uma das variáveis analisadas está relacionada com o contacto direto com os doentes no desempenho das suas funções, onde os respondentes sem contacto direto manifestam um número de respostas positivas superior (53,8%) relativamente aos que têm contacto (47,2%), conforme se depreende do Gráfico 40.

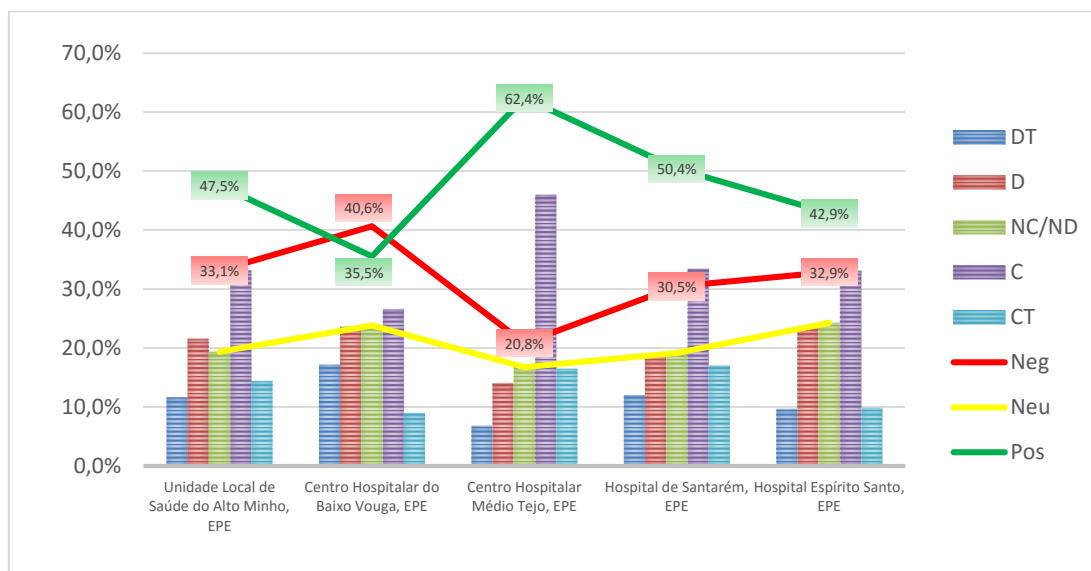
Gráfico 40 – Controlo Interno - profissionais têm contacto direto com doentes?



Por último, analisando os cinco componentes do controlo interno relativamente aos cinco hospitais mais representativos do estudo, podemos verificar no Gráfico 41 que, à semelhança

do anteriormente verificado no ciclo PDCA, também no controlo interno o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE tem um número de respostas negativas (40,6%) superior às respostas positivas (35,5%). Os outros hospitais mantêm um número de respostas positivas superior às negativas.

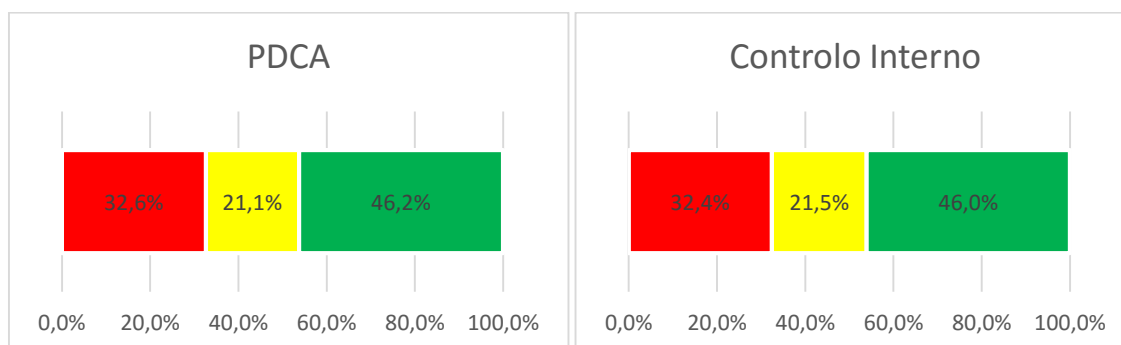
Gráfico 41 – Controlo Interno nos cinco principais Hospitais respondentes



4.6.3 Resultado Global

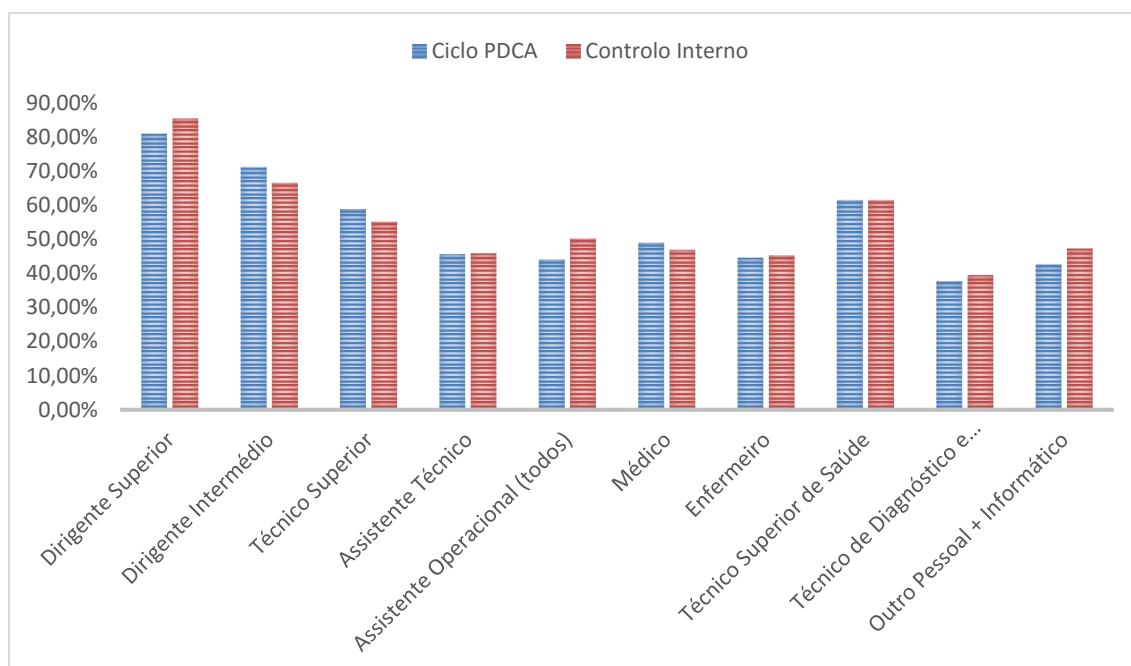
Importa, finalmente, na análise de resultados, apurar um resultado global das questões colocadas, agrupadas em dois agregadores do estudo: Ciclo PDCA e Controlo Interno. Assim, e como é possível constatar no Gráfico 42, o número de respostas positivas difere 0,2% entre o ciclo PDCA e o Controlo Interno, sendo que as respostas negativas também diferem 0,2%.

Gráfico 42 – Resultado global do PDCA e Controlo Interno



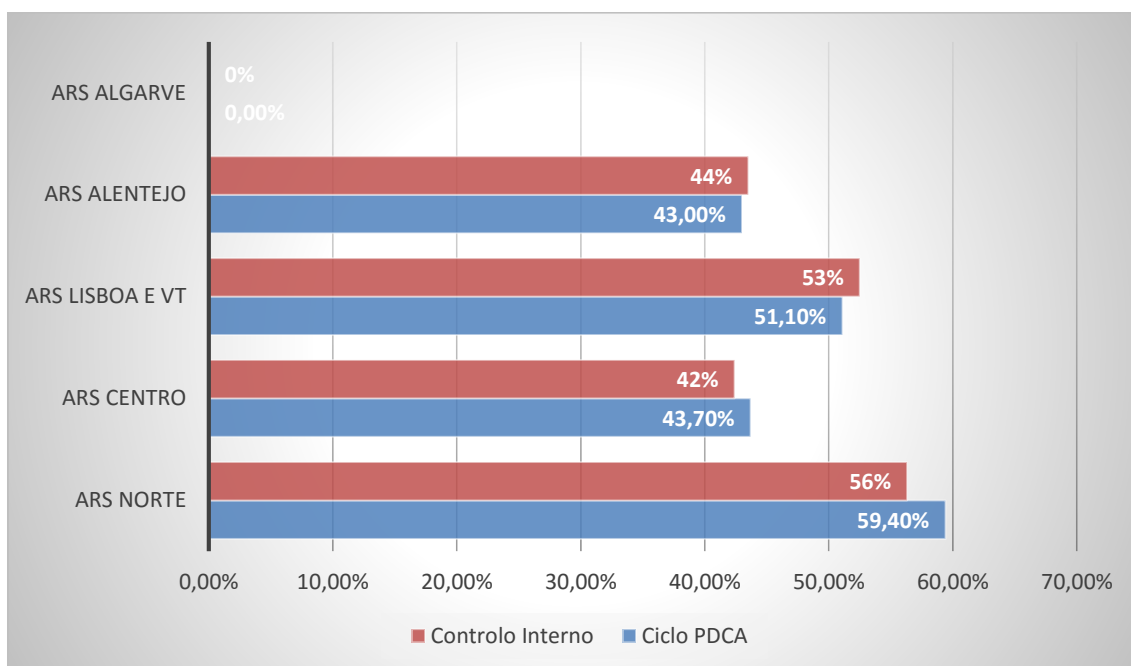
Consequentemente, é sugestivo a análise pelas variáveis mais significativas do estudo, na procura da identificação de qual a variável que possa apresentar divergências. A análise efetuada por categoria profissional demonstra que as respostas positivas apuradas, por categoria, não divergem muito entre o ciclo PDCA e o Controlo Interno, revelando uma aproximação e uma correlação entre os mesmos face às questões colocadas (Gráfico 43).

Gráfico 43- Respostas positivas por categoria profissional



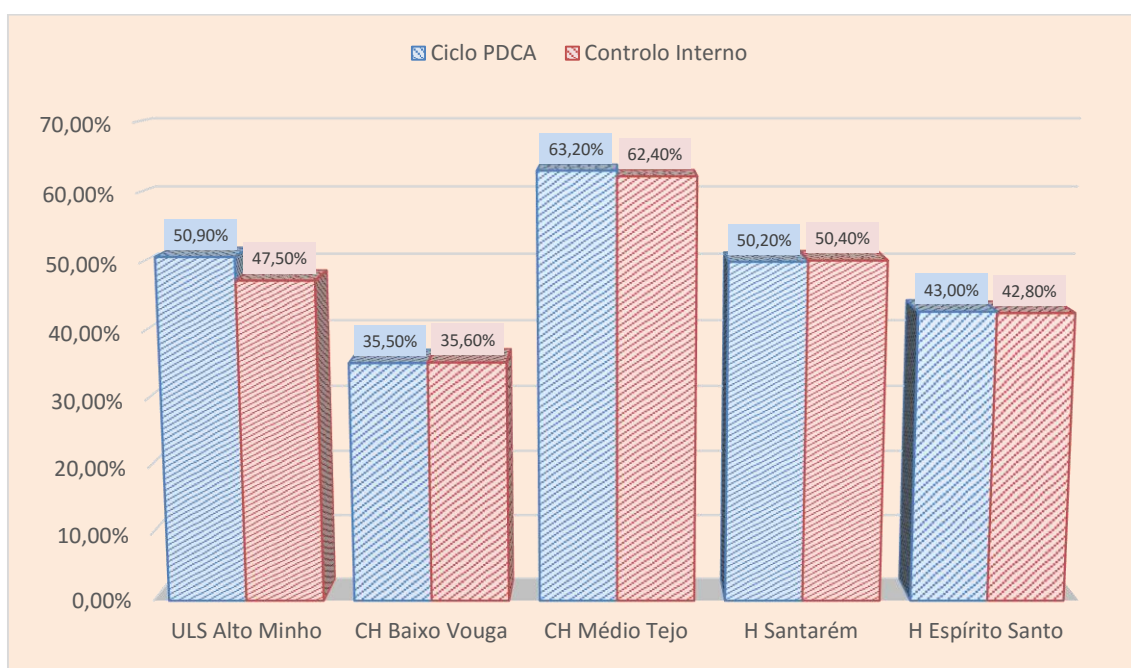
Adicionalmente, e no respeitante à área de influência de cada ARS, de acordo com o Gráfico 44, é visível alguma divergência entre ARS mas não há uma homogeneidade em cada ARS. Relativamente à ARS Norte e à ARS Lisboa e Vale do Tejo, o número de respostas positivas é superior a 50%, tanto no Ciclo PDCA como no Controlo Interno, ocorrendo o oposto na ARS Centro e na ARS Alentejo. Na ARS Algarve não existe qualquer resposta, pois como já foi referido, nenhuma das duas instituições participou no estudo.

Gráfico 44 – Respostas Positivas por ARS



Finalmente, e no que diz respeito aos principais hospitais respondentes (com maior número de respostas), também é verificável uma homogeneidade das respostas positivas, conforme Gráfico 45, destacando-se o Centro Hospital do Médio Tejo, EPE com a maior percentagem de respostas positivas, quer no Ciclo PDCA quer no Controlo Interno.

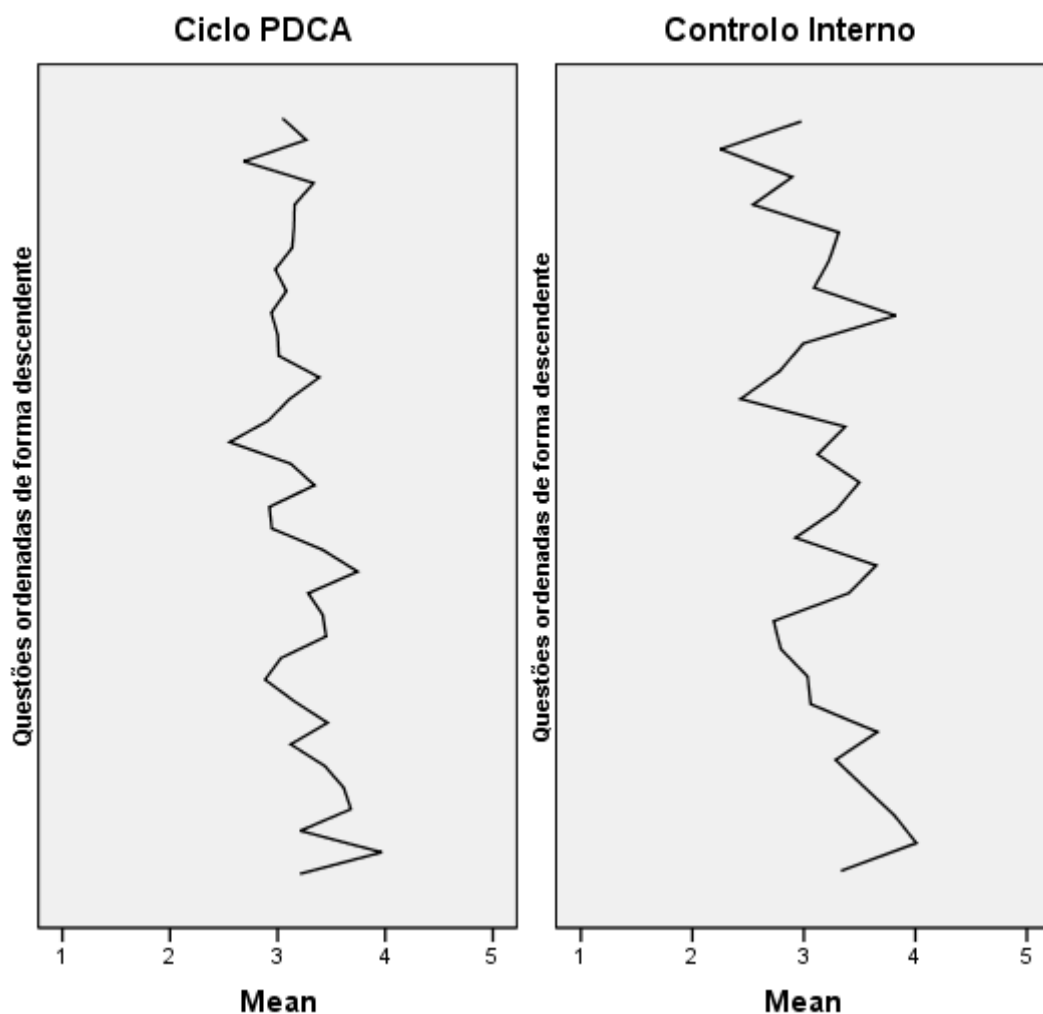
Gráfico 45 - Respostas positivas por Hospital



Face à homogeneidade apercebida nas respostas obtidas, importa verificar, de forma agregada, o perfil de respondente relativo ao grupo de questões relacionadas com o ciclo PDCA, assim como o grupo de questões relacionadas com o Controlo Interno.

Assim, conforme Gráfico 46, verifica-se um perfil similar dos respondentes relativamente às questões colocadas, sendo que esse perfil também demonstra que, consoante a área de questões agrupadas segundo os critérios do questionário (profissionais, serviço, superior hierárquico e organização), assim é evidente um perfil homogéneo nas respostas.

Gráfico 46 – Gráficos de perfil – Ciclo PDCA e Controlo Interno



5 CONCLUSÕES

Foi pretendido com este trabalho validar a interação do ciclo PDCA (como um dos ciclos de Deming mais conhecidos) em interação com o controlo interno, enquadrando esta análise num contexto de funcionamento hospitalar dentro do Serviço Nacional de Saúde.

A contextualização do pretendido, nomeadamente no foco do ambiente hospitalar, está relacionada com a perceção e o envolvimento dos profissionais, visto que a análise estritamente institucional seria emanada somente pela gestão de topo, focalizando-se numa estrutura estratégica descorando a estrutura operacional.

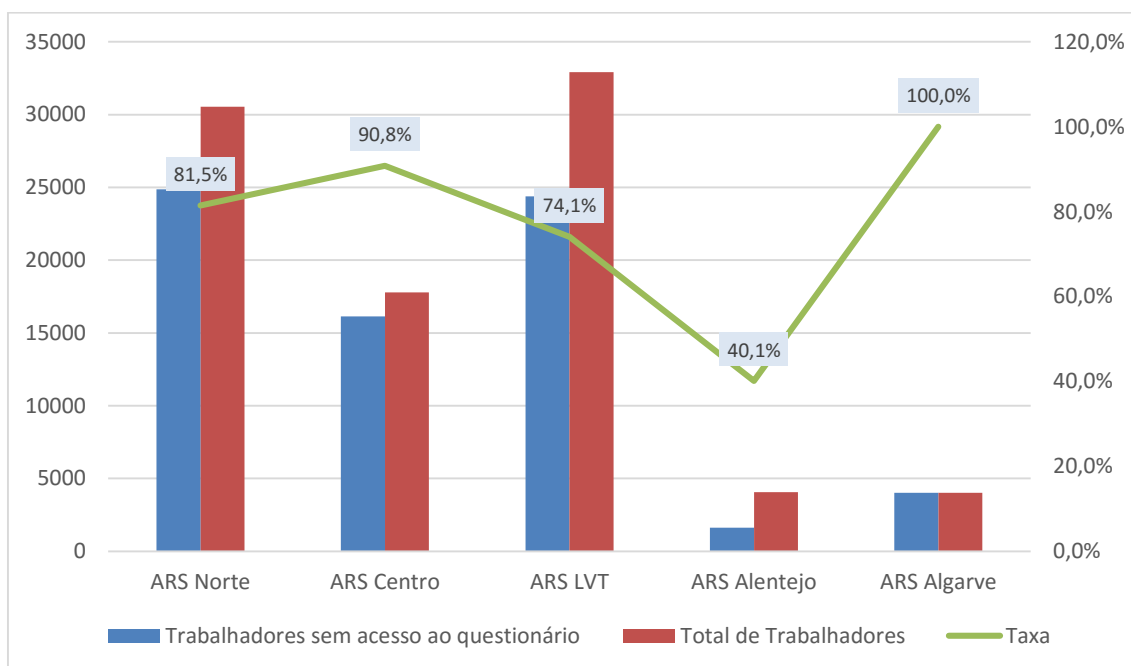
Numa primeira fase foi necessário explorar as duas principais abordagens do estudo, enquadrando-as na sua origem, nos respetivos conceitos, na sua evolução temporal e, similarmemente, em modelos próximos ou derivados que foram sendo criados numa abordagem contextualizada e adaptada.

Numa segunda fase, foi apresentada a metodologia adotada, especificando o que era pretendido e como o cronograma de trabalho de campo foi estabelecido, no sentido de alcançar uma amostra representativa que permitisse retirar ilações e conclusões para o universo hospitalar do SNS.

A adoção de um estudo focalizado num ambiente nacional, sem uma garantia prévia de adesão por parte dos hospitais, foi um risco inicialmente assumido, não sendo contemplado que a fraca adesão apurada resultaria tendencialmente de um “bloqueio” institucional (Presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais) e não de uma não adesão dos profissionais, sendo que 80%²¹ dos profissionais dos Hospitais do SNS nem sequer tiveram oportunidade de adesão ao questionário distribuído, pois nunca receberam o respetivo *link* de acesso para responderem, conforme demonstra o Gráfico 47. A leitura será que quanto mais baixa é a taxa, mais oportunidade de escolha existiu, por parte dos trabalhadores, de escolherem responder (ou não) ao questionário, destacando-se os Hospitais da ARS Alentejo, pois mais de 50% dos profissionais tiveram a oportunidade de participar.

²¹ Apuramento = cálculo do número de trabalhadores dos hospitais onde foi obtida uma ou zero respostas / número total de trabalhadores nos hospitais do SNS

Gráfico 47 – Nº de Trabalhadores dos Hospitais do SNS sem acesso ao questionário



Apesar deste comportamento dos Conselhos de Administração dos Hospitais, os mesmos são alvo de diversas abordagens de estudo e de conseqüentes solicitações de respostas a questionários, entrevistas e muitos outros apelos externos, o que dificulta e coloca entraves aos objetivos propostos num trabalho desta índole.

No entanto, a adesão de 277 respostas consideradas válidas para estudo, apesar de não ser representativo da população e, conseqüentemente não se poder inferir os resultados alcançados, poder-se-á considerar uma adesão que permite uma análise e algumas conclusões alocadas aos respondentes e às principais instituições representadas no conjunto de respostas consideradas.

Surpreendentemente, os resultados gerais obtidos, agrupados nas questões relacionadas, quer com o ciclo PDCA quer com o controlo interno, tem uma variabilidade de 0,2%, o que revela, de entre os respondentes ao questionário, uma relação direta e entrosada entre o ciclo PDCA e o Controlo Interno, potenciando a validação do primeiro objetivo específico definido, ou seja, que é válida a correlação do ciclo PDCA com o controlo interno, dentro do contexto estudado.

No entanto, e relativamente ao segundo objetivo específico definido, as ilações possíveis de extrair já não são tão lineares, pois no que concerne à análise efetuada por categorias profissionais, é revelador que não existe qualquer correlação entre as respostas agregadas relativas ao controlo interno e as categorias profissionais dos respondentes, não sendo, por isso, linearmente dependentes.

Tendo em consideração o conjunto de respostas obtidas, o posicionamento dos respondentes, assim como o perfil demonstrado, torna-se evidente que, quer as fases do ciclo PDCA quer as componentes do controlo interno, de forma explícita ou implícita, fazem parte do contexto hospitalar e do respetivo funcionamento, evidenciando-se nos processos e procedimentos diários das instituições do SNS, nomeadamente as que participaram neste estudo. Importa, no entanto, referir que a sua aplicabilidade e o seu entrosamento nas rotinas nem sempre é positivo e demonstrativo de sucesso, tornando-se um potencial a fortalecer nos diversos contextos existentes nas instituições complexas que são os hospitais.

O ciclo PDCA, nas suas cinco fases, evidencia uma ferramenta com um enorme potencial, o qual deve fazer parte, implicitamente, das tarefas diárias. Por outro lado, o controlo interno deve ser uma preocupação transversal e os mecanismos efetivos da sua aplicabilidade devem potenciar a ferramenta do ciclo PDCA, objetivando-os num propósito comum: melhoria contínua.

Em suma, e dando resposta ao principal objetivo delineado inicialmente, o planeamento será o principal foco de investimento por parte dos Hospitais do SNS, potenciando, de forma mais significativa, um ambiente de controlo efetivo e, principalmente, uma disseminação de informação e ambiente de comunicação que traduzem um controlo interno com grande potencial e tradutor de resultados.

Apesar dos resultados obtidos e das conclusões passíveis de serem extraídas do presente trabalho, o mesmo demonstra **limitações de estudo** expressivas, principalmente relacionadas com o facto de o questionário não ter chegado, efetivamente, a cerca de 80% dos profissionais dos Hospitais do SNS, o que impossibilitou a sua decisão de aderirem ou não ao estudo. Nos hospitais onde existe resposta, a mesma ficou condicionada à boa vontade de quem, internamente, tenha ficado responsável da disseminação, sendo que é notório quais os hospitais que, de forma direta, acolheram o presente trabalho.

Outra limitação, associada à anterior, está relacionada com o facto de os Conselhos de Administração não responderem, apesar de diversas insistências, o que fez prorrogar o prazo definido para encerramento dos questionários, sendo que tinha sido planeada a execução de entrevistas aos auditores internos de alguns hospitais, facultando-lhe os dados recolhidos do hospital onde desempenha funções de forma a poder comentá-los e contextualizar as dificuldades e as potencialidades de cada fase do ciclo PDCA e de cada componente do Controlo Interno.

Relativamente a possíveis **pesquisas futuras ou desenvolvimentos** associados ao tema explorado, o decorrer do trabalho de campo foi indicativo de algumas janelas de oportunidade,

entre as quais, a análise efetiva das variáveis de estudo junto dos outros dois níveis de cuidados (primários e continuados), tendo sido, inclusive, sugestão de alguns profissionais, os quais efetuaram essa manifestação na última questão do questionário. A análise transversal em todos os níveis de cuidados seria potenciadora de conclusões abrangentes do SNS, nomeadamente correlacionadas com a prestação de cuidados de saúde do doente, sendo o mesmo possível consumidor dos três níveis de cuidados. No entanto, e considerando que o alargamento do âmbito da pesquisa poderá ser uma pesquisa futura, o mesmo poderá ser apurado num contexto mais específico e delimitado, como por exemplo um serviço de prestação de cuidados, uma área ou um departamento (ex: gestão financeira) ou uma área de produção hospital (ex: serviço de ortopedia, explorando as diversas prestações de cuidados, englobando as consultas, cirurgias, internamento, ambulatório, urgência, pesquisa científica, e outras).

BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (2014a). *Relatório de Atividade dos Cuidados de Saúde Primários nos anos de 2011 a 2013*. Lisboa.
- ACSS. (2014b). *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2013*. Lisboa.
- ACSS. (2015a). *Monitorização do Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Mini-Site de Benchmarking: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>
- ACSS. (2015b). *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2014*. Lisboa.
- ACSS e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2015). *Hospital: Definição e classificação*. Obtido de Portal de Codificação e dos GDH: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o
- AICPA. (1972). The Auditor's Study on Evaluation of Internal Control. *Statement on Auditing Procedure 54 (SAP 54)*, pp. 231-279.
- AICPA. (2015). *AU Section 319 - Consideration of Internal Control in a Financial Statement Audit*. Obtido de PCAOB - Public Company Accounting Oversight Board: http://pcaobus.org/Standards/Auditing/Pages/AU319.aspx#ps-pcaob_0df2d337-3529-439e-9119-ad7bb1f8ad2e
- Alves, A. L., & Reis, J. A. (2002). Auditoria Interna no Setor Público. (pp. 841-844). São José dos Campos/ SP: IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.
- António, N. S., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Sílabo.
- Assembleia da República. (2015). *Constituição da República Portuguesa*. Obtido de Assembleia da República: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Barata, A. S. (1999). *Contabilidade, Auditoria e Ética nos Negócios*. Lisboa: Notícias Editora.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da Saúde (3ª Edição)*. Coimbra: Almedina.
- Cardoso, S. (2014). Corporate Governance no setor público empresarial da saúde: um contributo para a compreensão do tema. *Gestão Hospitalar*, pp. 54-59. Julho.
- Carmichael, D., Willingham, J., & Schaller, C. (1996). *Auditing Concepts and Methods - 6ª edição*. McGrwaHill.
- Carreira, F. J. (2013). *Controlo Interno*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Chen, I.-C., & Kuo, M.-H. C. (2011). Quality improvement: perspectives on organizational learning from hospital-based quality control circles in Taiwan. *Human Resource Development International*. Vol. 14, No 1, pp. 91-101. Fevereiro.
- Chibeni, S. S. (2015). *Aula 1. As origens da ciência moderna*. Obtido de Introdução à filosofia da ciência - Departamento de Filosofia - Unicamp-Universidade Estadual de Campinas: <http://www.unicamp.br/~chibeni/textosdidaticos/cienciaorigens.pdf>
- Conselho Nacional de Prevenção. (2009). *Recomendação do CPC sobre Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- Costa, B. B. (2014). *Auditoria Financeira - Teoria & Prática*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de Janeiro. (2012). *Diário da República - 1ª série - nº 19. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho. (27 de Julho de 2006). *Diário da República 1ª série nº 144. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Parcerias Público-Privadas*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 166/98 de 25 de junho. (1998). *Diário da República nº 144 - I Série-A. Ministério das Finanças*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto. (20 de Agosto de 2003). *Diário da República I Série-A nº 191. Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de Janeiro. (30 de Janeiro de 2012). *Diário da República 1ª série - nº 21. Ministério da Saúde. Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de Novembro. (9 de Novembro de 2012). *Diário da República 1ª série nº 217. Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 33/2012 de 13 de Fevereiro. (13 de Fevereiro de 2012). *Diário da República - 1ª série - nº 31. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde*.
- Decreto-Lei nº 35/2012 de 15 de Fevereiro. (15 de Fevereiro de 2012). *Diário da República 1ª série - nº 33. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, IP*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 46/2012 de 24 de Fevereiro. (24 de Fevereiro de 2012). *Diário da República 1ª série - nº 40. Ministério da Saúde. Lei Orgânica do INFARMED, IP*. Lisboa.
- Despacho nº 6447/2012. (15 de Maio de 2012). *Diário da República 2ª Série nº 94. Ministério da Saúde*. Lisboa.

- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do Doente numa amostra de Hospitais portugueses*. Lisboa.
- Doyle, J., Ge, W., & McVay, S. (2007). Determinants of weaknesses in internal control over financial reporting. *Journal of Accounting & Economics* 44, pp. 193-223.
- Escoval, A., Fernandes, A. C., Matos, T. T., & Santos, A. T. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: DGS.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um futuro para a saúde - todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social - 6ª edição*. Lisboa: Atlas.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review* 4, pp. 70-84.
- Gomes, E. (2014). A importância do controlo interno no planeamento de auditoria. *Revisores e Auditores*, 9-31.
- Gorenflo, G., & Moran, J. W. (2012). *The ABCs of PDCA*. PHAD.
- Hoskins, E. J., Sayger, S. A., & Westman, J. S. (2002). Quality Improvement in Patient Distribution at a Major University Student Health Center. *Journal of American College Health - vol. 50*, pp. 303-308.
- IFAC. (2009). *ISA 315 - Identifying and assessing the risks of material misstatement through understanding the entity and its environment*. IFAC.
- INE. (2014). *Destaque - Informação à Comunicação Social - Conta Satélite da Saúde – Base 2011, 2010 – 2013Pe*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2015). *Conceitos por tema*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística: <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>
- Institute of Internal Auditors. (2009). *Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna*. Lisboa: IPAI.
- Institute of Internal Auditors. (2014). *International Professional Practices Framework*. Obtido de IIA: <https://na.theiia.org/standards-guidance/performance-standards/Pages/Performance-Standards.aspx>
- INTOSAI. (2004). *Guidelines for Internal Control Standards for the Public Sector*. Obtido de INTOSAI GOV 9100: http://www.issai.org/media/13329/intosai_gov_9100_e.pdf
- Intréis. (2015). *COSO 2013 risk assessment*. Obtido de Intréis: <http://intreis.com/coso-2013-risk-assessment/>
- Ishikawa, K. (1985). What is total quality control? the Japanese way. *Prentice-Hall*, p. Vol. 215.

- Jin, H., Huang, H., Dong, W., Sun, J., Liu, A., Deng, M., . . . Dahmen, U. (2012). Preliminary Experience of a PDCA-Cycle and Quality Management Based Training Curriculum for Rat Liver Transplantation. *Journal of Surgical Research* 176, pp. 409-422.
- Jingsong, L., Xiaoguang, Z., Tianshu, Z., & Ren, M. (2010). Medical Process Management by Applying PDCA to EMR. *Biomedical Engineering and Computer Science (ICBECS), International Conference*, (pp. 1-4).
- Juran, J. (July de 1990). China's Ancient History of Managing for Quality.
- Lehmann, C. M. (2010). Internal Controls> A Compendium of Short Cases. *American Accounting Association Vol. 25, Nº 4*, pp. 741-754.
- Madeira, A. A. (2013). *A importância do Follow-Up na auditoria interna em Portugal - Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa - Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa.
- Malho, L. A. (2014). EPPUR SI MUOVE: sobre uma biografia de Galileu. *Revista da Faculdade de Letras-Série de Filosofia (Segunda Série)*, pp. 93-130.
- Marques, M., & Almeida, J. (2004). Auditoria no Sector Público: Um instrumento para a melhoria da Gestão Pública. *Revista Contabilidade & Finanças - USP nº 35*, pp. 84-95.
- McNally, J. S. (2013). The 2013 COSO Framework & SOX Compliance - one approach to an effective transition. *Strategic Finance*, pp. 1-8. Obtido de Committee of Sponsoring Organizations on the Treadway Commission - COSO: <http://www.coso.org/IC.htm>
- Ministério da Saúde. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais - Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2015a). *Cuidados Continuados Integrados*. Obtido de Portal da Saúde: http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm?wbc_purpose=Basic
- Ministério da Saúde. (2015b). *Organograma do Ministério da Saúde*. Obtido de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/organograma/organograma.htm>
- Ministério da Saúde. (2015c). *Serviços - Hospitais*. Obtido de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal>
- Moen, R. D., & Norman, C. L. (2006). Evolution of the PDCA Cycle.
- Monteiro, J. A. (1993). Infecções Nosocomiais: Alguns Aspectos. *Acta Médica Portuguesa* 6, pp. 135-140.

- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica. *Revista Portuguesa de Educação, 20 (2) - CIED - Universidade do Minho*, pp. 75-104.
- Morais, G., & Martins, I. (2013). *Auditoria Interna - Função e Processo - 4ª edição*. Lisboa: Áreas Editora.
- Moran, J. W., Epstein, P. D., & Beitsch, L. M. (2013). *Designing, Deploying and Using an Organizational Performance Management System in Public Health: Cultural Transformation Using the PDCA Approach*. Public Health Foundation.
- Neves, J. F. (2008). A importância de um sistema de controlo interno. *Revista TOC 99*, pp. 60-61.
- Ordem dos Revisores Oficiais de Contas. (2000). Diretriz de Revisão /Auditoria 410 - Controlo Interno. *Manual do Revisor Oficial de Contas*.
- Petrovits, C., Shakespeare, C., & Shih, A. (2011). The Causes and Consequences of Internal Control Problems in Nonprofit Organizations. *American Accounting Association Vol. 86, Nº 1*, pp. 325-357.
- Pinheiro, J. L. (2014). *Auditoria Interna - Auditoria Operacional - Manual Prático para Auditores Internos - 3ª Edição*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Pinto, J. P. (2004). Controlo Interno: Algumas achegas. *Revista de Contabilidade e Finanças, II série, nº 33*.
- Portaria nº 898/2000 de 28 de Setembro. (28 de Setembro de 2000). *Diário da República I Série B nº 225. Ministérios do Planeamento e da Reforma do Estado e da Administração Pública*. Lisboa.
- Quality Insights of Pennsylvania. (2013). *The Quality Improvement and PDSA Cycle - Self-Learning Packet*. Medicare Quality Improvement Organization for Pennsylvania.
- Raposo, V. M. (2007). *Governança Hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português (tese de doutoramento)*. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia.
- Shapiro, B., & Matson, D. (2008). Strategies of resistance to internal control regulation. *Accounting, Organizations and Society 33*, pp. 199-228.
- SkyMark Corporation. (2015). *Finance and Management*. Obtido de SkyMark Corporation: <http://www.skymark.com/index.asp>
- Suarez Suarez, A. S. (1991). *La Moderna Auditoría. Un análisis conceptual y metodológico*. McGraw-Hill de management.
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2013). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ quality & safety 0*, pp. 1-9.

- The W. Edwards Deming Institute. (2015). *The Man*. Obtido de The W. Edwards Deming Institute:
<https://www.deming.org/>
- Tribunal de Contas. (1999). *Manual de Auditoria e de Procedimentos - Volume I*. Obtido de Tribunal de Contas: www.tcontas.pt/pt/actos/manual.shtm
- Tribunal de Contas. (2011). *A função da Auditoria Interna no SEE - Relatório nº 08/2011 - 2ª secção - Processo 42/08 AUDIT*. Lisboa.
- Tribunal de Contas. (2012). *Auditoria de seguimento às recomendações formuladas no relatório de auditoria orientada à consolidação de contas e análise à situação económico-financeira do SNS 2008-2009 - Relatório nº 38/2012 - 2ª secção - Processo nº 17/2012 - AUDIT - Volume I*. Lisboa.
- Wang, L.-r., Wang, Y., Lou, Y., Li, Y., & Zhang, X.-g. (2013). The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality. *Springer Plus* 2:141, pp. 1-5.

ANEXOS

Anexo A – Cuidados de Saúde Primários

Fonte: (ACSS, 2014a)

“As unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e nove deles em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. São constituídos por vários tipos de unidades funcionais (UF):

- Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Unidades de Saúde Pública (USP);
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Cada UF assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

As ULS são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, e ainda assegurar as atividades de saúde pública e os meios para exercício das competências da autoridade de saúde”.

Anexo B – PDCA - Exemplo

Adaptado de Quality Insights of Pennsylvania (2013)

Projeto: Reduzir a infecção de MRSA

Objectivo para este ciclo PDCA: Testar a obtenção de uma cultura com zaragatoa para MRSA na admissão na UCI.

PLANO

Perguntas:

A obtenção de culturas nasais na admissão à UCI será fácil?

Funcionários estarão dispostos a fazer isso como parte do processo de admissão?

Previsões:

Será fácil obter as culturas na admissão se os materiais estiverem disponíveis. Os funcionários estarão dispostos a recolher as culturas se eles entenderem a razão pela qual tal procedimento é necessário.

Plano para mudança ou teste – Quem? O quê? Quando? Onde?:

Quem? – Mary (enfermeira da UCI) com Joann (enfermeira da UCI)

O quê? – Testar a recolha de uma cultura nasal na próxima admissão para UCI

Quando? – Terça-feira

Onde? – UCI

Plano para recolha de dados – Quem? O quê? Quando? Onde?:

Quem e o quê? – Joann vai reunir-se com Mary no início do turno e explicar o objetivo e procedimento para a obtenção da cultura. Joann irá garantir que o esfregaço da cultura estará disponível.

Quando? – Quando a próxima admissão chegar na UCI

FAZER:

Realizar a mudança ou teste. Recolher dados e começar a análise.

Mary recebeu uma admissão por volta 11:00, as zaragatoas estavam disponíveis na sala de tratamento, conseguiu obter uma cultura do paciente e enviou-a para o laboratório. O laboratório ligou para a Mary para lhe perguntar sobre a cultura que ela tinha remetido, pois

não havia nenhuma requisição no computador com aquele pedido de análise da cultura recolhida.

VERIFICAR:

Concluir a análise dos dados: Mary disse a Joann que era fácil efetuar a recolha da cultura, mas que seria mais fácil se ela não tivesse de se deslocar à sala de tratamento para ir buscar as zaragatoas. O laboratório não sabia o que fazer com a cultura recolhida e enviada pois não existia nenhuma requisição inserida no sistema informático.

Os resultados deste ciclo estavam de acordo com as previsões que foram efetuadas anteriormente? A cultura foi fácil de obter, mas os materiais não estavam no local mais conveniente. O teste de laboratório não tinha sido previsto.

Resumir o novo conhecimento que ganhamos por esse ciclo: as zaragatoas devem estar nos quartos dos pacientes. O laboratório precisa ter uma requisição no sistema informático para poderem processar a análise da cultura recolhida.

AGIR:

Lista de ações resultantes deste ciclo: efetuar a recolha da cultura na próxima admissão a ocorrer, colocando, desde já, as zaragatoas nos quartos dos pacientes da UCI. Joann pedirá à informática a necessária intervenção para ser colocado no sistema informático um item para ser possível requisitar a análise desta cultura.

Plano para o próximo ciclo (adaptar a mudança, outro teste, ciclo de execução?): testar novamente amanhã, na UCI, com a Mary, as novas recolhas de cultura para análise.

Anexo C – Exemplo de aplicação do CCQ nos Hospitais de Taiwan

Conteúdo de CCQ	Processo de intuir	Processo de interpretação	Processo de Integração	Processo de institucionalização
Gestão de processos				
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o tempo de espera 	<ul style="list-style-type: none"> Observar as necessidades dos pacientes Realizar pesquisa de experiência dos pacientes para entender a paciente quer Recolher as queixas dos pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Partilha de experiência Discussão e reunião do grupo Brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama de Pareto Análise de causa-efeito PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar o livro de texto do processo padrão Lista de verificação de configuração para atividades de qualidade
<ul style="list-style-type: none"> Simplificar o processo de prestação de cuidados de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Generalizar a experiência de trabalho dos membros da equipa Receber atribuições de trabalho da alta gerência 	<ul style="list-style-type: none"> Partilha de experiência Reunião do grupo e discussão Brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama de Pareto Análise de causa-efeito PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Construir o processo de operação padrão Conjunto programa de ensino Descrição do trabalho
<ul style="list-style-type: none"> Melhoria de sistemas de registo de avaliação médica 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer ponto médico rever mais preciso Se originam as reformas da experiência Receber atribuições de trabalho da alta gerência 	<ul style="list-style-type: none"> Partilha de experiência Reunião do grupo Brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama de Pareto Análise de causa-efeito PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum
Gestão de custo				
<ul style="list-style-type: none"> Material médico Controle de custos 	<ul style="list-style-type: none"> Examinar as necessidades financeiras do hospital Economizar em material médico 	<ul style="list-style-type: none"> Análise de eficiência de custos 	<ul style="list-style-type: none"> QFD Análise de causa-efeito PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Construir o processo de operação padrão
Problemas de processo clínico				
<ul style="list-style-type: none"> Atividades de promoção de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Observar que os pacientes necessitam 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião do grupo Brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama de Pareto PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Acumular pacientes padrão, plano de curso de ensino Definir o protocolo de ensino para os funcionários
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a taxa de infeção nosocomial 	<ul style="list-style-type: none"> Observação de campo de trabalho Experiência de trabalho (clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> Configuração padrão de tratamento Reunião do grupo Brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama de Pareto PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Construir o processo de esterilização padrão no hospital Criar um programa de ensino para os funcionários
<ul style="list-style-type: none"> Azar do erro médico 	<ul style="list-style-type: none"> Analisar acidentes e eventos adversos Experiência de trabalho (clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> Configuração padrão de tratamento Reunião do grupo brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama de Pareto PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> Constroem o processo padrão de médico e cirúrgico para médicos e enfermeiros Criar um programa de ensino para novos funcionários

(Chen & Kuo, 2011, pp. 96-97)

Anexo D - Distribuição do Parque Hospitalar

Região	Unidade de Saúde	Grupo	Hospital
Centro	Hospital Dr. Francisco Zagalo		Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
Centro	Hospital Arcebispo João Crisóstomo		Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
Centro	Hospital José Luciano de Castro		Hospital José Luciano de Castro – Anadia
LVT	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto		Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejo, EPE	I	Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre Hospital Santa Luzia de Elvas
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	I	Hospital São Paulo – Serpa Hospital José Joaquim Fernandes - Beja
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	I	Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	I	Hospital Pêro da Covilhã Hospital do Fundão
Centro	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	I	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobça Hospital de Santo André – Leiria Hospital Distrital Pombal
Centro	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	I	Hospital Distrital de Águeda Hospital Infante D. Pedro – Aveiro Hospital Visconde de Salreu - Estarreja
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	I	Hospital Distrital da Figueira da Foz
Centro	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	I	Hospital Sousa Martins – Guarda Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia
Centro	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	I	Hospital Pedro Hispano – Castelo Branco
LVT	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	I	Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro Hospital Distrital do Montijo
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	I	Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão – Setúbal Hospital São Bernardo – Setúbal
LVT	Centro Hospitalar do Oeste, EPE	I	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Torres Vedras Hospital Distrital Torres Vedras Hospital Termal Rainha D. Leonor – Caldas da Rainha Hospital Distrital Caldas da Rainha Hospital São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	I	Hospital Dr. Manoel Constâncio – Abrantes Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas
LVT	Hospital de Cascais, PPP	I	Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
LVT	Hospital de Loures, PPP	I	Hospital Beatriz Ângelo – Loures
LVT	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	I	Hospital de Vila Franca de Xira
LVT	Hospital Distrital de Santarém, EPE	I	Hospital de Santarém
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	I	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – Amadora
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	I	Unidade Hospitalar de Fafe Unidade Hospitalar de Guimarães
Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	I	Unidade Hospitalar de Santo Tirso Unidade Hospitalar de Famalicão
Norte	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	I	Hospital São Miguel – Oliveira de Azeméis Hospital Distrital São João da Madeira Hospital São Sebastião – Santa Maria da Feira
Norte	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	I	Unidade Hospitalar da Póvoa de Varzim Unidade Hospitalar de Vila do Conde
Norte	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	I	Novo Hospital de Amarante Hospital Padre Américo, Vale do Sousa – Penafiel
Norte	Hospital Santa Maria Maior, EPE	I	Hospital Santa Maria Maior – Barcelos

Região	Unidade de Saúde	Grupo	Hospital
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	I	Hospital Pedro Hispano – Matosinhos
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	I	Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima
Norte	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	I	Unidade Hospitalar de Mirandela Unidade Hospitalar de Bragança Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros
Alentejo	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	II	Hospital Espírito Santo de Évora
Algarve	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	II	Hospital de Faro Hospital de Lagos Unidade Hospitalar de Portimão
Centro	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	II	Hospital Cândido de Figueiredo – Tondela Hospital São Teotónio - Viseu
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	II	Hospital Santa Cruz – Carnaxide Hospital Egas Moniz – Lisboa Hospital São Francisco Xavier
LVT	Hospital Garcia de Orta, EPE	II	Hospital Garcia de Orta
Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	II	Hospital Dom Luiz I – Peso da Régua Hospital São Pedro de Vila Real Unidade Hospitalar de Lamego Unidade Hospitalar de Chaves
Norte	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	II	Unidade I – antigo Hospital Eduardo Santos Silva Unidade II – antigo Hospital Distrital Vila Nova de Gaia Unidade III – antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho
Norte	Hospital de Braga, PPP	II	Hospital de Braga
Centro	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	III	Hospitais da Universidade de Coimbra Hospital Pediátrico de Coimbra Hospital Geral Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Lorvão Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Arnes Maternidade Bissaya Barreto Maternidade Dr. Daniel de Matos
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	III	Hospital Santa Marta - Lisboa Hospital Curry Cabral - Lisboa Hospital São José - Lisboa Hospital Dona Estefânia – Lisboa Hospital Santo António dos Capuchos – Lisboa Maternidade Dr. Alfredo da Costa
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	III	Hospital Santa Maria – Lisboa Hospital Pulido Valente – Lisboa
Norte	Centro Hospitalar de São João, EPE	III	Hospital São João – Porto Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo
Norte	Centro Hospitalar Porto, EPE	III	Hospital Joaquim Urbano – Porto Hospital Geral de Santo António – Porto Maternidade Júlio Dinis
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, EPE	IV-a	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE	IV-a	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Região	Unidade de Saúde	Grupo	Hospital
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE	IV-a	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil
Algarve	Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul	IV-b	Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul – São Brás de Alportel
Centro	Centro de Medicina Física de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	IV-b	Centro de Medicina Física de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais
Norte	Centro de Reabilitação do Norte	IV-b	Centro de Reabilitação do Norte Dr. Ferreira Alves
LVT	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	IV-c	Hospital Júlio de Matos - Lisboa
Norte	Hospital Magalhães de Lemos, EPE	IV-c	Hospital Magalhães Lemos – Porto

Anexo E – Relação de todas as entidades

Nome	ARS	Regime Jurídico	Constituição	Hospitas que integra	Presidente do CA	Auditor Interno	Telefone	Email	Morada
Hospital Espírito Santo, EPE – Évora	Alentejo	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. Manuel Gonçalves Carvalho		266740100	geral@hevora.min-saude.pt	Largo Senhor da Pobreza 7000-811 Évora
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Alentejo	EPE	Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital José Joaquim Fernandes – Beja •Hospital de São Paulo – Serpa 	Dra. Margarida Fernanda Coelho Murta Rebelo da Silveira		284310200	ca@ulsba.min-saude.pt	Rua Dr. António Fernando Covas Lima 7801-849 Beja
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	Alentejo	EPE	Decreto-Lei nº 238/2012 de 31 de Outubro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital do Litoral Alentejano, EPE 	Dra. Maria Joaquina Rodrigues Sobral de Matos		269818101	geral@ulsia.min-saude.pt	Monte do Gilbardinho 7540-230 Santiago do Cacém
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Alentejo	EPE	Decreto-Lei nº 50-B/2007 de 28 de Fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre •Hospital de Santa Luzia – Elvas 	Dra. Dorinda Maria de Carvalho Gomes Calha		245301000	admin@ulsna.min-saude.pt	Av. de Santo António 7300 Portalegre
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	Algarve	EPE	Decreto-Lei nº 69/2013 de 17 de Maio	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital de Faro •Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão e Hospital de Lagos) 	Mestre Pedro Manuel Mendes Henriques Nunes		289891100	administracao@hdfaro.min-saude.pt	Rua Leão Penedo 8000-386 Faro
Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul	Algarve	PPP					289840700	info@cmfrsul.min-saude.pt	Sítio das Almargens 8150-022 São Brás de Alportel
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 426/99 de 21 de Outubro com as alterações do Decreto-Lei nº 93/2005	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Pêro da Covilhã •Hospital do Fundão 	Dr. Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa	Dr. Maria Alexandra Silva Santos	275330000	administracao@chcbeiro.min-saude.pt	Quinta do Alvito 6200-251 Covilhã
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março e pelo Decreto-Lei nº 116/2013	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Santo André – Leiria •Hospital Distrital de Pombal •Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça 	Dr. Hélder Manuel Matias Roque	Dr. Vítor Ramos	244517000	secca@chleiria.min-saude.pt	Rua das Olhalvas, Pousos 2410-197 Leiria
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro •Hospital Visconde Salreu – Estarreja •Hospital Distrital de Águeda 	Dr. Aurélio Rodrigues		234611000	geral@hdagueda.min-saude.pt	Avenida Artur Ravara 3814-501 Aveiro
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março	<ul style="list-style-type: none"> •Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE •Centro Hospitalar de Coimbra, EPE 	Dr. José Martins Nunes		239400400		Av. Bissaya Barreto – Praceta Prof. Mota Pinto

Nome	ARS	Regime Jurídico	Constituição	Hospitas que integra	Presidente do CA	Auditor Interno	Telefone	Email	Morada
				•Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra					3000-075 Coimbra
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março	•Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela •Hospital São Teotónio – Viseu	Dr. Carlos Fernando Ermida Rebelo		232420500	geral@hsrviseu.min-saude.pt	Avenida do Rei D. Duarte 3504-509 Viseu
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. Pedro Nuno Figueiredo dos Santos Beja Afonso		233402000	hdf@hdfigueira.min-saude.pt	Gala 3094-001 Figueira da Foz
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. Manuel António Leitão Silva	Dr. João André Santos	239400200	secad@ipocoimbra.min-saude.pt	Av. Bissaya Barreto, nº 98 3000-075 Coimbra
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro	•Hospital Sousa Martins – Guarda •Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia	Dr. Vasco Júlio Morão Teixeira Lino		271200200	geral@ulsguarda.min-saude.pt	Parque de Saúde Av. Rainha Dona Amélia 6300-858 Guarda
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Centro	EPE	Decreto-Lei nº 558/99 de 17 de Dezembro	•Hospital Amato Lusitano	Dr. António Maria Vieira Pires		272000100	geral@ulscbl.min-saude.pt	Av. Pedro Álvares Cabral 6000-084 Castelo Branco
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	Centro	SPA	Decreto-Lei nº 203/96 de 23 de Outubro		Dr. Victor Manuel Romão Lourenço		231440900	secretariado@roviscopais.min-saude.pt	Quinta da Fonte Quente 3060-908 Tocha
Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede	Centro	SPA	Decreto-Lei nº 704/74 de 7 de Dezembro		Dr. Aurélio Rodrigues		231419211	geral@hdcantanhede.min-saude.pt	Rua Padre Américo, Apartado 61 3061-909 Cantanhede
Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	Centro	SPA	Despacho publicado no DR nº 275 de 24/11/1993		Dr. José Luís Gonçalves Vaz		256579201	secretariado.ca@hovar.min-saude.pt	Avenida Nunes da Silva 3880-113 Ovar
Hospital José Luciano de Castro – Anadia	Centro	SPA	Portaria nº 525/81 de 27 de Junho		Dra. Maria João Passão Bolas		231510420	hdanadia@hdanadia.min-saude.pt	Rua da Misericórdia – Apartado 93 3780-226 Anadia
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 280/2009 de 6 de Outubro	•Hospital de Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	Dr. João Manuel Alves da Silveira Ribeiro		212147300	admin@hbarreiro.min-saude.pt	Avenida Movimento das Forças Armadas 2830-094 Barreiro

Nome	ARS	Regime Jurídico	Constituição	Hospitas que integra	Presidente do CA	Auditor Interno	Telefone	Email	Morada
				•Hospital Distrital do Montijo – Montijo					
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2008 de 8 de Fevereiro	•Hospital de Santa Maria, EPE •Hospital Pulido Valente, EPE	Dr. Carlos José das Neves Martins		217805500		Avenida Professor Egas Moniz 1600-190 Lisboa
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro	•Hospital de S. Francisco Xavier •Hospital Egas Moniz •Hospital de Santa Cruz	Dra. Maria João Reis Silva de Soares Pais	Dr. Etevlino Moucho Craveiro	210431000		Estrada do Forte do Alto do Duque
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro	•Hospital de São Bernardo – Setúbal •Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão	Dr. Alfredo António Lacerda Cabral		265549000	geral@chs.min-saude.pt	Rua Camilo Castelo Branco 2910-446 Setúbal
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 De Fevereiro	•Hospital S. José •Hospital St. António dos Capuchos •Hospital Sta. Marta •Hospital Dª Estefânia •Hospital Curry Cabral •Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Dra. Teresa Maria da Silva Sustelo		218841267	sec.ca@chlc.min-saude.pt	Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Outubro	•Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar •Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas •Hospital Doutor Manuel Constâncio – Abrantes	Dr. Carlos Manuel Pereira Andrade Costa		249320100	geral@chmt.min-saude.pt	Av. Maria de Lourdes de Mello Castro – Ap. 118 2304-909 Tomar
Hospital de Santarém, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. José Rianço Josué		243300200	hdsca@hds.min-saude.pt	Av. Bernardo Santareno 2005-177 Santarém
Hospital Garcia de Orta, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro		212940294	geral@hgo.min-saude.pt	Av. Torrado da Silva 2805-267 Almada
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 382/91 de 9 de Outubro e atualizado pelo Decreto-Lei nº 203/2008 de 10 de Outubro		Dr. Luís Manuel Abrantes Marques		214348200	sec.geral@hff.min-saude.pt	IC19 2720-276 Amadora
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Lisboa e VT	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. Francisco Ventura Ramos		217229811	ipofg@ipolisboa.min-saude.pt	Rua Prof. Lima Basto 1099-023 Lisboa

Nome	ARS	Regime Jurídico	Constituição	Hospitas que integra	Presidente do CA	Auditor Interno	Telefone	Email	Morada
Hospital de Cascais, PPP	Lisboa e VT	PPP	Contrato de gestão PPP celebrado em 2009 com a Lusíadas Saúde	•Hospital Dr. José de Almeida	Eng. Pedro Dias Alves		214653060	conselho.administracao@hpphospitaldecascais.pt	Avª Brigadeiro Victor Novais Gonçalves 2755-009 Alcabideche
Hospital de Loures, PPP	Lisboa e VT	PPP	Contrato de gestão PPP celebrado com a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA	•Hospital Beatriz Ângelo	Dra. Isabel Maria Pereira Aníbal Vaz		219847200	geral@hbeatrizangelo.pt	Avenida Carlos Teixeira, 3 2674-514 Loures
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	Lisboa e VT	PPP	Contrato de gestão PPP celebrado em 2011 com o Grupo José de Mello Saúde	•Hospital de Vila Franca de Xira	Dr. Vasco Luís de Mello		263006500	hvfira@hvf.pt	Estrada Nacional nº 1, Povos 2600-009 Vila Franca de Xira
Centro Hospitalar do Oeste	Lisboa e VT	SPA	Portaria nº 276/2012 de 12 de Dezembro	•Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior •Hospital Distrital Caldas da Rainha •Hospital São Pedro Gonçalves Telmo •Hospital Termal Rainha D. Leonor •Hospital Distrital Torres Vedras	Dr. Carlos Manuel Ferreira de Sá		262830300	ca.cho@choeste.min-saude.pt	Rua Diário de Notícias 2500-176 Caldas da Rainha
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Lisboa e VT	SPA	Portaria nº 1373/2007 de 19 de Outubro	•Hospital Júlio de Matos •Hospital Miguel Bombarda	Dra. Isabel Maria Esperança Paixão		217917000	geral@chpl.min-saude.pt	Av. do Brasil, 53 1749-002 Lisboa
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa e VT	SPA			Dra. Maria Luisa Coutinho Pereira dos Santos		213553069	administracao@igpinto.min-saude.pt	Travessa Larga, nº 2 1169-019 Lisboa
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 27/2009 de 27 de Fevereiro	•Hospital de S. Sebastião, EPE – Sta. Maria da Feira •Hospital Distrital de São João da Madeira •Hospital São Miguel – Oliveira de Azemeis	Dr. Fernando Martins da Silva		256379700	hsebastiao@chedv.min-saude.pt	Rua Dr. Cândido de Pinho 4520-211 Santa Maria da Feira
Centro Hospitalar de S. João, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março	•Hospital de São João, EPE •Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo	Dr. António Luís Trindade Sousa Lobo Ferreira		225512100	geral@shsj.min-saude.pt	Alameda Prof. Hernâni Monteiro 4200-319 Porto
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro	•Hospital de S. Pedro – Vila Real •Hospital S. Luiz I – Peso da Régua •Hospital Distrital de Chaves •Hospital de Proximidade de Lamego	Dr. Carlos Alberto Vaz	Dr. Isidro Carvalho Pereira	259300500	admin@chtmad.min-saude.pt	Av. da Noruega Lordelo 5000-508 Vila Real

Nome	ARS	Regime Jurídico	Constituição	Hospitas que integra	Presidente do CA	Auditor Interno	Telefone	Email	Morada
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Eduardo Santos Silva (Unidade I) – Vila Nova de Gaia •Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros (Unidade II) – antigo Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia •Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) – Espinho 	Prof. Doutor Silvério dos Santos Brunhoso Cordeiro		227865100	geral@chvng.min-saude.pt	Rua Conceição Fernandes 4434-502 Vila Nova de Gaia
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães •Hospital de São José – Fafe 	Dr. Delfim Pereira Neto Rodrigues		253540330	administracao@chaa.min-saude.pt	Rua dos Cutileiros Creixomil 4835-044 Guimarães
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso •Hospital São João de Deus, EPE – Vila Nova de Famalicão 	Dr. Américo dos Santos Afonso		252830707	administracao@chma.min-saude.pt	Largo Domingos Moreira 4780-371 Santo Tirso
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 326/2007 de 28 de Setembro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Geral de Santo António, EPE •Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia •Maternidade Júlio Dinis 	Dr. Fernando José Montenegro Sollari Allegro		222077500	consadmnhgsa.min-saude.pt	Largo Prof. Abel Salazar 4099-001 Porto
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 180/2008 de 26 de Agosto	<ul style="list-style-type: none"> •Unidade da Póvoa de Varzim •Unidade de Vila do Conde 	Dr. António Henriques Machado Capelas		252690601	geral@chpvc.min-saude.pt	Largo da Misericórdia 4490-421 Póvoa do Varzim
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 326/2007 de 28 de Setembro	<ul style="list-style-type: none"> •Hospital Padre Américo – Vale do Sousa – Penafiel •Hospital São Gonçalo – Amarante 	Dr. Carlos Alberto Vaz		255714000	administracao@chts.min-saude.pt	Avenida do Hospital Padre Américo, nº 210 Guihufe 4564-007 Penafiel
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 27/2009 de 27 de Janeiro		Dr. António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes		226192400	hml@hmlmos.min-saude.pt	Rua Professor Álvaro Rodrigues 4149-003 Porto
Hospital Santa Maria, EPE – Barcelos	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. Fernando Manuel Marques		253809200	secadm@hbarcelos.min-saude.pt	Campo da República Apartado 181 4754-909 Barcelos

Nome	ARS	Regime Jurídico	Constituição	Hospitas que integra	Presidente do CA	Auditor Interno	Telefone	Email	Morada
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro		Dr. José Maria Laranja Pontes		225084000	diripo@ipoporto.min-saude.pt	Rua Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 Porto
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 207/99 de 9 de Junho	•Hospital Pedro Hispano	Dr. Vítor Emanuel Marmoto Herdeiro		229391000	ca@ulsm.min-saude.pt	Rua Dr. Eduardo Torres 4464-513 Senhora da Hora
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro	•Hospital De Santa Luzia – Viana do Castelo •Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima	Dr. António Franklin Ribeiro Ramos		258802100	administracao@ulsam.min-saude.pt	Estrada de Santa Luzia 4901-858 Viana do Castelo
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Norte	EPE	Decreto-Lei nº 67/2011 de 2 de Junho	•Hospital Distrital de Bragança •Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros •Hospital Distrital de Mirandela	Dr. António Alberto Coelho Marçôa		273310800	secretariado@chne.min-saude.pt	Av. Abade de Barçal 5301-852 Bragança
Hospital de Braga, PPP	Norte	PPP	Contrato de gestão PPP celebrado em 2009 com a Escala Braga		Dr. Rui Manuel Assoreira Raposo		253027201	hbraga@hospitaldebraga.pt	Lugar das Sete Fontes 4710-243 Braga

Anexo F – Sítios Eletrónicos dos Hospitais do SNS

Nome	ARS	Sítio Eletrónico
Ministério da Saúde		www.portaldasaude.pt
Entidade Reguladora da Saúde		www.ers.pt
Secretaria-Geral do Ministério da Saúde		www.sg.min-saude.pt
Inspeção Geral das Atividades em Saúde		www.igas.min-saude.pt
Direção Geral da Saúde		www.dgs.pt
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências		www.sicad.pt
Administração Central do Sistema de Saúde, IP		www.acss.min-saude.pt
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP		www.infarmed.pt
Instituto Nacional de Emergência Médica, IP		www.inem.pt
Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP		www.ipst.pt
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge		www.insa.pt
Administração Regional de Saúde do Norte, IP		www.arsnorte.min-saude.pt
Administração Regional de Saúde do Centro, IP		www.arscentro.min-saude.pt
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		www.arslvt.min-saude.pt
Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		www.arsalentejo.min-saude.pt
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP		www.arsalgarve.min-saude.pt
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE		www.spms.min-saude.pt
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	Centro	www.roviscopais.min-saude.pt
Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul	Algarve	www.cmfrsul.min-saude.pt
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Lisboa e VT	www.chbm.min-saude.pt
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Centro	www.chcbeira.pt
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE	Norte	www.hospitalfeira.min-saude.pt
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Centro	www.chleiria.pt
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	Lisboa e VT	www.chln.pt
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Lisboa e VT	www.hsc.min-saude.pt
Centro Hospitalar de S. João, EPE	Norte	http://portal-chsj.min-saude.pt/
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Lisboa e VT	www.hsb-setubal.min-saude.pt
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Norte	www.chtmad.min-saude.pt
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE	Norte	www.chvng.pt
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	Algarve	www.hdfaro.min-saude.pt
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Norte	www.chaa.min-saude.pt
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Centro	www.hip.min-saude.pt
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Norte	www.chma.pt
Centro Hospitalar do Oeste	Lisboa e VT	www.choeste.min-saude.pt
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Norte	www.chporto.pt
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Centro	www.huc.min-saude.pt

Nome	ARS	Sítio Eletrónico
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	Lisboa e VT	www.chlc.min-saude.pt
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	Lisboa e VT	www.chmt.min-saude.pt
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, EPE	Norte	www.chpvvc.pt
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Lisboa e VT	www.chpl.pt
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	Norte	www.chtamegasousa.pt
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE	Centro	www.hstviseu.min-saude.pt
Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede	Centro	www.hdcantanhede.min-saude.pt
Hospital de Braga, PPP	Norte	www.hospitaldebraga.pt
Hospital de Cascais, PPP	Lisboa e VT	www.hospitaldecascais.pt
Hospital de Loures, PPP	Lisboa e VT	www.hbeatrizangelo.pt
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Norte	www.hmlemos.min-saude.pt
Hospital de Santarém, EPE	Lisboa e VT	www.hds.min-saude.pt
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	Lisboa e VT	www.hospitalvilafrancadexira.pt
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	Centro	www.hdfigueira.min-saude.pt
Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	Centro	www.hospitalovar.pt
Hospital Espírito Santo, EPE – Évora	Alentejo	www.hevora.min-saude.pt
Hospital Garcia de Orta, EPE	Lisboa e VT	www.hgo.pt
Hospital José Luciano de Castro – Anadia	Centro	www.hdanadia.min-saude.pt
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Lisboa e VT	www.hff.min-saude.pt
Hospital Santa Maria, EPE – Barcelos	Norte	www.hbarcelos.min-saude.pt
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa e VT	www.institutogamapinto.com
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Centro	www.croc.min-saude.pt
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Lisboa e VT	www.ipolisboa.min-saude.pt
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Norte	www.ipoportoo.pt
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Centro	www.ulsguarda.min-saude.pt
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Centro	www.ulscb.min-saude.pt
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Norte	www.ulsm.pt
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Norte	www.cham.min-saude.pt
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Alentejo	www.hbeja.min-saude.pt
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	Alentejo	www.hlalentejano.min-saude.pt
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Norte	www.ulsne.min-saude.pt
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Alentejo	www.ulsna.min-saude.pt

Questionário

O presente questionário tem como objetivo desenvolver um trabalho de investigação na área do **Ciclo PDCA** e do **Controlo Interno** nos **Hospitais do SNS**. O resultado deste trabalho será uma Dissertação de Mestrado integrada no Mestrado em Gestão – na área de especialização: Setor Público Administrativo, na Universidade de Évora.

A sua participação é fundamental para avaliar este propósito. Não existem respostas certas nem erradas. Simplesmente é pretendida a sua opinião.

Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e os resultados serão apresentados de forma anónima.

Este questionário levará entre 15 a 20 minutos a ser respondido.

Qualquer dúvida ou opinião poderá esclarecê-la através do respetivo contacto de correio eletrónico: m11346@alunos.uevora.pt (Pedro Barras).

Obrigado por aceitar este desafio, o qual irá contribuir inequivocamente para o sucesso deste trabalho. Agradecemos que responda ao mesmo de forma sincera.

Notas Importantes:

- Considere o Serviço/Unidade como sendo a sua área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha atualmente.
- Este questionário é destinado a profissionais que desempenham as suas funções em instituições hospitalares. Na situação das Unidades Locais de Saúde, este questionário deve unicamente ser respondido por profissionais das unidades hospitalares, excluindo os profissionais dos centros de saúde.
- Este questionário é anónimo. O registo guardado das suas respostas não contém qualquer informação que o identifique. Todas as respostas são geridas numa base de dados própria, onde não existe qualquer relação com o respondente.

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca de si e/ou dos seus colegas de trabalho.

1. Os profissionais	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.1 Considera que tem sido ouvido quando se prepara a elaboração do plano (de atividades, de trabalho, de ação, de qualidade, etc.) do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 Quando é detetado um problema no serviço, o superior hierárquico é informado imediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 Existe um conhecimento profundo das atividades do serviço por todos os profissionais do mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4 É do seu conhecimento o que cada um dos seus colegas de trabalho executa no serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5 Algumas atividades seguem um manual de procedimentos já existente e outras são executadas conforme a decisão de cada um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.6 Os objetivos existentes para o serviço são do seu conhecimento e de todos os seus colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.7 Partilha, com os seus colegas, os problemas que deteta no serviço e nos outros serviços com que se relaciona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.8 Os profissionais conhecem a missão, a visão e os valores da instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.9 Quando se verifica um descontentamento de um cliente (doente), relativamente a um determinado serviço, comunica ao superior hierárquico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.10 Sente que as suas opiniões sobre o planeamento e a resolução dos problemas são ouvidas e tidas em conta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.11 Existe sempre a procura de fazer melhor por parte de todos os profissionais do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.12 Existe a preocupação de verificar se as propostas de atividade planeadas são ou não cumpridas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.13 As atividades planeadas, quando colocadas em prática, são acompanhadas por todos os profissionais do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.14 O serviço está bem estruturado e cada um conhece o seu papel interventivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/Unidade onde trabalha.

2. O serviço	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2.1 Sente que no serviço são cumpridos os princípios éticos e respeitados os valores individuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 No serviço é efetuado um planeamento anual, o qual tem participação ativa de todos os profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 No planeamento elaborado, seja ele anual, mensal ou pontual, existe uma preocupação relativa ao tempo necessário para o colocar em prática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 No serviço, os erros conduzem a mudanças positivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 É verificado regularmente o cumprimento dos objetivos do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 Aquando da elaboração do plano é pensada a melhoria do que já é feito, procurando fazer cada vez melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 No serviço existe a tendência para os profissionais colocarem a questão: "se não há dinheiro, para quê fazer planos?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 No processo de execução do plano existe a preocupação de incluir atividades ou ações para resolver os principais problemas que têm sido falados, constantemente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9 Existe, no seu serviço, uma pequena equipa (1 a 3 profissionais) que se preocupa mais com estas questões do planeamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10 No planeamento são definidos objetivos do serviço e é a partir desses que são pensadas as atividades ou ações a desenvolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.11 O relatório de atividades do serviço é partilhado com todos os profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12 Tudo o que é efetuado no serviço segue um manual de procedimentos já definido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.13 Periodicamente existe uma reflexão sobre os procedimentos instituídos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.14 Quando é efetuado o planeamento do serviço existe a preocupação de enumerar o que é mais urgente resolver (prioridades).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.15 Quando ocorrem mudanças planeadas no serviço, as mesmas são acompanhadas e monitorizadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.16 Qualquer alteração planeada no serviço é testada para pré-verificar o seu sucesso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.17 Existe periodicamente uma reunião alargada de todo o serviço para partilhar os resultados de todas as atividades, mudanças e desempenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.18 Após as mudanças ocorrerem, é verificado se o que foi planeado foi cumprido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.19 Nos procedimentos existentes no seu serviço estão identificados os problemas que ocorrem caso cada procedimento não seja cumprido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.20 Há alguém responsável de analisar, em pormenor, os resultados alcançados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21 Após as mudanças ocorridas, tudo o que é considerado positivo passa a fazer parte das rotinas diárias do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.22 Se as mudanças não tiveram o sucesso planeado é efetuado novo planeamento para resolver o problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.23 Existe uma avaliação da eficácia das alterações efetuadas no serviço, com o objetivo de melhorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico

3. O superior hierárquico	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3.1 O superior hierárquico promove momentos de reunião de todos os profissionais do serviço com o objetivo de encontrarem soluções para os problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 O seu responsável hierárquico é atento ao desempenho do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Antes de efetuar qualquer mudança no serviço, a mesma é planeada e partilhada a forma de a colocar em prática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 O seu superior hierárquico ouve-o quando pretende comunicar-lhe alguma irregularidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 O seu superior hierárquico questiona-o muitas vezes sobre a execução das suas tarefas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6 Todas as mudanças são planeadas e ocorrem faseadamente, passo a passo, conforme indicações hierárquicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7 Os erros ocorridos na atividade ou na mudança são analisados e os principais intervenientes são questionados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8 Os benefícios detetados com a mudança são valorizados e registados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9 O seu responsável hierárquico é atento ao seu desempenho pessoal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10 Os profissionais do serviço são ouvidos sobre a sua opinião relativamente às mudanças ocorridas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11 É dado conhecimento, aos profissionais, das reclamações relativas ao serviço, sejam elas escritas ou verbais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12 Se alguém no seu serviço efetuar alguma fraude, a mesma é facilmente detetável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13 Quando algum profissional é incorreto no desempenho das suas funções, o mesmo é confrontado com essa análise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.14 Existe uma reformulação dos procedimentos e das práticas de todos os profissionais do serviço quando é detetada essa necessidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.15 É-lhe divulgado e do seu conhecimento o plano operacional e orçamento do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.16 Ficam registados, por escrito, todos os passos efetuados e resultados alcançados, desde o planeamento, realização, análise e conclusões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.17 Quando um problema é notificado, existe uma atenção especial a quem o faz e não ao problema em si.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.18 O seu superior hierárquico tem por hábito verificar as tarefas de todos os profissionais do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.19 É verificada, periodicamente, a execução das diversas tarefas/procedimentos do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Centro Hospitalar /Unidade Local de Saúde / Hospital onde trabalha.

4. A organização (Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital)	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4.1 Quando é efetuado um plano anual é tida em conta a avaliação relativa ao ano anterior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 A organização define um plano estratégico e o mesmo está disponível a todos os profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 Nos serviços existe uma estrutura hierárquica definida e em funcionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 Os serviços do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital (conforme cada caso) não se coordenam bem uns com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5 São comunicados os resultados das auditorias que vão ocorrendo na organização e, nomeadamente, no seu serviço, sejam elas internas ou externas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6 As normas de controlo interno são divulgadas a todos os profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.7 O Hospital tem implementado (a funcionar) um sistema de controlo interno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.8 Ocorrem, frequentemente, problemas quando há passagem de informação entre os diversos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.9 Pelo menos uma vez por ano, existe alguém que não é do serviço, a verificar se tudo está a ser efetuado da melhor forma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.10 Os procedimentos instituídos e os sistemas existentes são eficazes na prevenção de erros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.11 É do seu conhecimento, através de comunicação interna, os principais problemas que ocorrem em todos os serviços e das soluções encontradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.12 Existe uma boa colaboração entre os serviços que têm necessidade de trabalhar em conjunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para terminar, gostaríamos que lhe solicitar que respondesse a algumas questões destinadas a fins puramente estatísticos:

5. Dados Pessoais

5.1. Escolha, da lista abaixo, o seu grau de escolaridade na presente data.

- Sabe ler e escrever, mas sem qualquer grau de ensino completo
- Ensino básico - 1º ciclo (4º ano)
- Ensino básico - 2º ciclo (6º ano)
- Ensino básico - 3º ciclo (9º ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5.2 Indique a sua idade

- Menos de 20 anos
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 49 anos

- 50 a 54 anos
- 55 a 59 anos
- 60 a 64 anos
- 65 a 69 anos
- 70 ou mais anos

6 Dados Profissionais

6.1 Indique a sua categoria profissional.

- Dirigente Superior
- Dirigente Intermédio
- Técnico Superior
- Assistente Técnico
- Assistente Operacional (Auxiliar de Ação Médica)
- Assistente Operacional (Auxiliar)
- Assistente Operacional (Outro)
- Informático
- Médico
- Enfermeiro
- Técnico Superior de Saúde
- Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- Outro pessoal

6.2 Indique o serviço onde desempenha funções a maior parte do tempo, assim como a respetiva função

Serviço	
Função	

6.3 No âmbito das suas funções, interage ou tem contacto direto com doentes?

- Sim, nas minhas funções estou em contacto direto com os doentes
- Não, nas minhas funções não estou em contacto direto com os doentes

6.4 Indique qual a sua antiguidade na instituição.

- Até 5 anos
- 5 a 9 anos
- 10 a 14 anos
- 15 a 19 anos
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 ou mais anos

7. Instituição onde trabalha

7.1. A instituição onde trabalha está no âmbito territorial de qual Administração Regional de Saúde (ARS)?

- ARS Norte (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1)
- ARS Centro (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2)
- ARS Lisboa e Vale do Tejo (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3)
- ARS Alentejo (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.4)
- ARS Algarve (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.5)

7.1.1. Sendo a instituição pertencente à área territorial da ARS Norte, indique o nome da instituição.

- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.1)
- Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.2)
- Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.3)
- Centro Hospitalar do Porto, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.4)
- Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.5)
- Centro Hospitalar de S. João, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.6)
- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.7)
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.8)
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.9)
- Hospital de Braga, PPP
- Hospital de Magalhães Lemos, EPE
- Hospital Santa Maria, EPE – Barcelos
- Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.10)
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.11)
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.1.12)

7.1.1.1. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE**, qual a Unidade onde presta funções (mais de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Guimarães - Hospital da Senhora da Oliveira
- Unidade de Fafe - Hospital de São José

7.1.1.2. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Santa Maria da Feira - Hospital de S. Sebastião
- Unidade de São João da Madeira - Hospital Distrital de São João da Madeira
- Unidade de Oliveira de Azeméis - Hospital São Miguel

7.1.1.3. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Santo Tirso - Hospital Conde de São Bento
- Unidade de Vila Nova de Famalicão - Hospital São João de Deus

7.1.1.4. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar do Porto, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital Geral de Santo António
- Unidade II - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia
- Unidade III - Maternidade Júlio Dinis

7.1.1.5. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade da Póvoa de Varzim - Hospital
- Unidade de Vila do Conde – Hospital

7.1.1.6. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar de S. João, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade do Porto - Hospital de São João
- Unidade de Valongo - Hospital Nossa Senhora da Conceição

7.1.1.7. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Penafiel - Hospital Padre Américo - Vale de Sousa
- Unidade de Amarante - Hospital São Gonçalo

7.1.1.8. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Vila Real - Hospital de S. Pedro
- Unidade de Peso da Régua - Hospital D. Luiz I
- Unidade de Chaves - Hospital Distrital de Chaves
- Unidade de Lamego - Hospital de Proximidade de Lamego

7.1.1.9. Sendo a instituição o **Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Vila Nova de Gaia - Hospital Eduardo Santos Silva
- Unidade II - Vila Nova de Gaia - Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros
- Unidade III - Espinho - Hospital Nossa Senhora da Ajuda

7.1.1.10. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Viana do Castelo - Hospital de Santa Luzia
- Unidade de Ponte de Lima - Hospital Conde de Bertiandos

7.1.1.11. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade da Senhora da Hora - Hospital Pedro Hispano

7.1.1.12. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Bragança - Hospital
- Unidade de Macedo de Cavaleiros - Hospital
- Unidade de Mirandela - Hospital

7.1.2. Sendo a instituição pertencente à área territorial da ARS Centro, indique o nome da instituição.

- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.1)
- Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.2)
- Centro Hospitalar de Leiria, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.3)
- Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.4)
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.5)
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais
- Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
- Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
- Hospital José Luciano de Castro - Anadia
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.6)
- Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.2.7)

7.1.2.1. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Aveiro - Hospital Infante D. Pedro
- Unidade de Estarreja - Hospital Visconde Salreu
- Unidade de Águeda – Hospital

7.1.2.2. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade da Covilhã - Hospital Pêro da Covilhã
- Unidade do Fundão - Hospital do Fundão

7.1.2.3. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar de Leiria, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Leiria - Hospital Santo André
- Unidade de Pombal - Hospital Distrital de Pombal
- Unidade de Alcobaça - Hospital Bernardino Lopes de Oliveira

7.1.2.4. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Viseu - Hospital São Teotónio
- Unidade de Tondela - Hospital Cândido de Figueiredo

7.1.2.5. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospitais da Universidade de Coimbra
- Unidade II - Centro Hospitalar de Coimbra
- Unidade III - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

7.1.2.6. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano

7.1.2.7. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade da Guarda - Hospital Sousa Martins
- Unidade de Seia - Hospital Nossa Senhora da Assunção

7.1.3. Sendo a instituição pertencente à área territorial da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, indique o nome da instituição.

- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.1)
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.2)
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.3)
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.4)
- Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.5)
- Centro Hospitalar Oeste (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.6)
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.7)
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.3.8)
- Hospital de Cascais, PPP
- Hospital Garcia de Orta, EPE
- Hospital de Loures, PPP
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
- Hospital de Santarém, EPE
- Hospital de Vila Franca de Xira, PPP
- Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

7.1.3.1. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade do Barreiro - Hospital de Nossa Senhora do Rosário
- Unidade do Montijo - Hospital Distrital do Montijo

7.1.3.2. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital S. José
- Unidade II - Hospital Santo António dos Capuchos
- Unidade III - Hospital Santa Marta
- Unidade IV - Hospital Dona Estefânia

- Unidade V - Hospital Curry Cabral
- Unidade VI - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

7.1.3.3. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital de Santa Maria
- Unidade II - Hospital Pulido Valente

7.1.3.4. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital de São Francisco Xavier
- Unidade II - Hospital de Egas Moniz
- Unidade III - Hospital de Santa Cruz

7.1.3.5. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Tomar - Hospital Nossa Senhora da Graça
- Unidade de Torres Novas - Hospital Rainha Santa Isabel
- Unidade de Abrantes - Hospital Doutor Manoel Constâncio

7.1.3.6. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar Oeste**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Torres Vedras I - Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior
- Unidade das Caldas da Rainha I - Hospital Distrital Caldas da Rainha
- Unidade de Peniche - Hospital São Pedro Gonçalves Telmo
- Unidade das Caldas da Rainha II - Hospital Termal Rainha D. Leonor
- Unidade de Torres Vedras II - Hospital Distrital de Torres Vedras

7.1.3.7. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital Júlio de Matos
- Unidade II - Hospital Miguel Bombarda

7.1.3.8. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar de Setúbal, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital de São Bernardo
- Unidade II - Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

7.1.4. Sendo a instituição pertencente à área territorial da ARS Alentejo, indique o nome da instituição.

- Hospital Espírito Santo, EPE - Évora
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE *(se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.4.1)*
- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE *(se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.4.2)*
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE *(se a sua resposta for esta, passe à pergunta 7.1.4.3)*

7.1.4.1. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Beja - Hospital José Joaquim Fernandes
- Unidade de Serpa - Hospital de São Paulo

7.1.4.2. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade I - Hospital do Litoral Alentejano

7.1.4.3. Sendo a instituição a **Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Portalegre - Hospital Dr. José Maria Grande
- Unidade de Elvas - Hospital de Santa Luzia

7.1.5. Sendo a instituição pertencente à área territorial da ARS Algarve, indique o nome da instituição.

- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (se a sua resposta for esta, passe à pergunta 15.5.1)
- Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul

7.1.5.1. Sendo a instituição a **Centro Hospitalar do Algarve, EPE**, qual a Unidade onde desempenha funções (+ de 50% do seu tempo de trabalho)?

- Sede
- Unidade de Faro - Hospital
- Unidade de Portimão – Hospital do Barlavento Algarvio
- Unidade de Lagos - Hospital

Muito obrigado pelo seu tempo e pela sua participação neste trabalho. Se pretender obter uma cópia do trabalho final, agradeço que remeta essa intenção para o correio eletrónico (m11346@alunos.uevora.pt). Bem-haja!

Pedro Barras

Anexo H – Carta remetida aos Presidentes dos Conselhos de Administração

Pedro Miguel Nunes Barras

(...)

Ex.mo(a) Sr.(a)

Presidente do Conselho de Administração do(a)

(...)

Montemor-o-Novo, 20 de Março de 2015

Assunto: **Colaboração no Questionário no âmbito do trabalho de investigação ao nível do Mestrado em Gestão com especialização em Setor Público Administrativo**

Ex.mo(a) Sr.(a) Presidente do Conselho de Administração

Dr.(a) (...)

No âmbito da minha frequência no Mestrado em Gestão na Universidade de Évora, sob a orientação do Professor Doutor José Biléu Ventura, propus-me elaborar uma Dissertação de Mestrado intitulada “**O ciclo PDCA no sistema de controlo interno em ambiente hospitalar no SNS**”, a qual pretende retratar um quadro de aplicação deste ciclo no controlo interno instituído em todos os Hospitais do SNS, sendo a colaboração de V.Ex.a imprescindível.

De forma a efetuar o trabalho de investigação foi proposto o mesmo contemplar um questionário dirigido a todos os profissionais dos Hospitais do SNS, independentemente da sua função, desde a gestão de topo a todos os operacionais, tenham eles, ou não, contacto direto com os doentes.

É nesse sentido que lhe solicito a necessária colaboração na divulgação interna do link abaixo, afim de todos os profissionais poderem responder on-line, e assim, garantir a sua confidencialidade nas respostas dadas.

Link do questionário:

<https://inqueritos.uevora.pt/index.php/874358/lang-pt>

De forma a facilitar todo o processo, irei remeter para o endereço de correio eletrónico disponibilizado no portal da saúde o teor da presente carta, assim como o respetivo link, de forma a facilmente poder ser encaminhado internamente para todos os profissionais.

De forma a poder trabalhar estatisticamente todos os dados recolhidos, pretendia ainda solicitar o envio, por correio eletrónico (m11346@alunos.uevora.pt), do balanço social referente ao ano de 2014, de forma a obter dados amostrais de todos os profissionais existentes na instituição que V.Ex.a dirige.

Por último, e na tentativa de facilitar a comunicação, solicitava-lhe a colaboração e contactos do Auditor Interno da Instituição, de forma a promover o referido questionário e a obtenção das necessárias respostas para o sucesso deste trabalho de investigação.

Apresento os meus sinceros cumprimentos e agradecimentos por toda a atenção e colaboração, comprometendo-me a remeter, no final, um exemplar dos resultados do trabalho de investigação.

Respeitosamente,

Pedro Barras

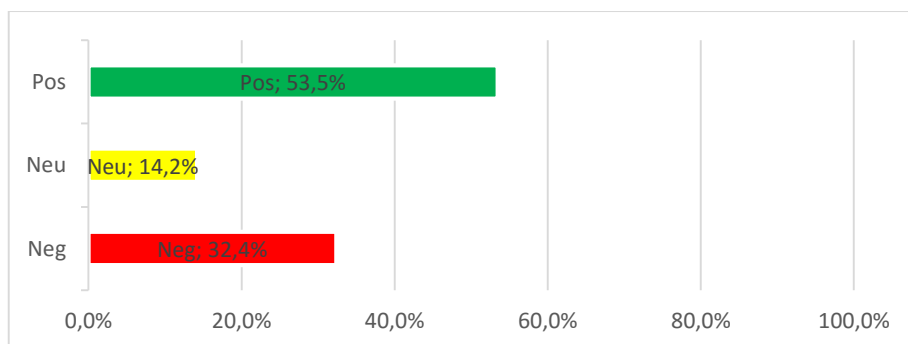
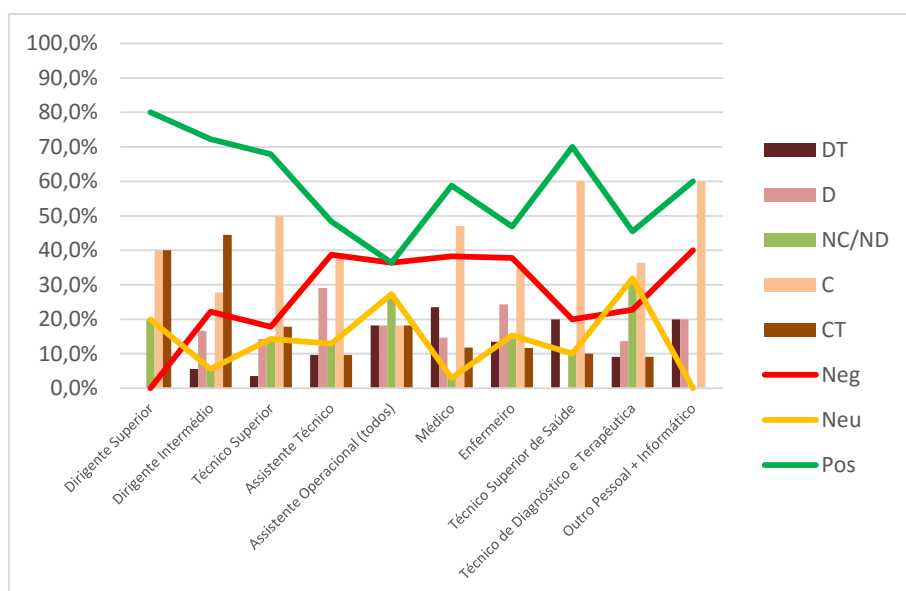
Anexo I – Análise aos resultados obtidos de cada pergunta do questionário

Ciclo PDCA														
Planeamento - Determinar o foco do projeto														
1.1 - Considera que tem sido ouvido quando se prepara a elaboração do plano (de atividades, de trabalho, de ação de qualidade, etc.) do serviço.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	2	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	1	3	1	5	8	+ alto melhor	5,6%	16,7%	5,6%	27,8%	44,4%	22,2%	5,6%	72,2%
Técnico Superior	1	4	4	14	5	+ alto melhor	3,6%	14,3%	14,3%	50,0%	17,9%	17,9%	14,3%	67,9%
Assistente Técnico	3	9	4	12	3	+ alto melhor	9,7%	29,0%	12,9%	38,7%	9,7%	38,7%	12,9%	48,4%
Assistente Operacional (todos)	2	2	3	2	2	+ alto melhor	18,2%	18,2%	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	27,3%	36,4%
Médico	8	5	1	16	4	+ alto melhor	23,5%	14,7%	2,9%	47,1%	11,8%	38,2%	2,9%	58,8%
Enfermeiro	15	27	17	39	13	+ alto melhor	13,5%	24,3%	15,3%	35,1%	11,7%	37,8%	15,3%	46,8%
Técnico Superior de Saúde	2	0	1	6	1	+ alto melhor	20,0%	0,0%	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	3	7	8	2	+ alto melhor	9,1%	13,6%	31,8%	36,4%	9,1%	22,7%	31,8%	45,5%
Outro Pessoal + Informático	1	1	0	3	0	+ alto melhor	20,0%	20,0%	0,0%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	35	54	39	107	40	+ alto melhor	12,7%	19,6%	14,2%	38,9%	14,5%	32,4%	14,2%	53,5%

Não responderam	2													
-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Ciclo PDCA

Planeamento - Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade

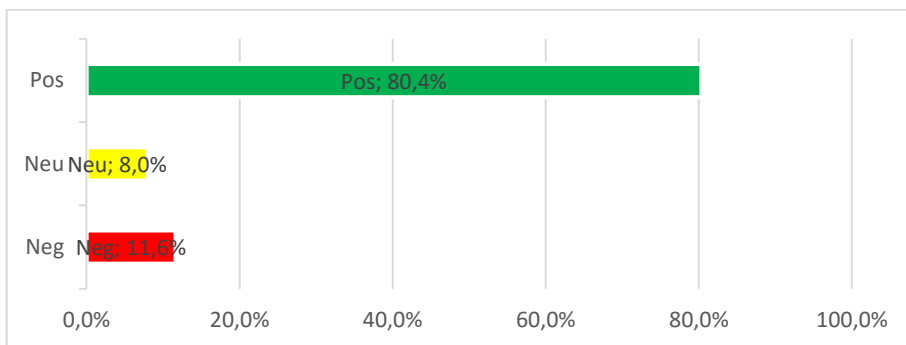
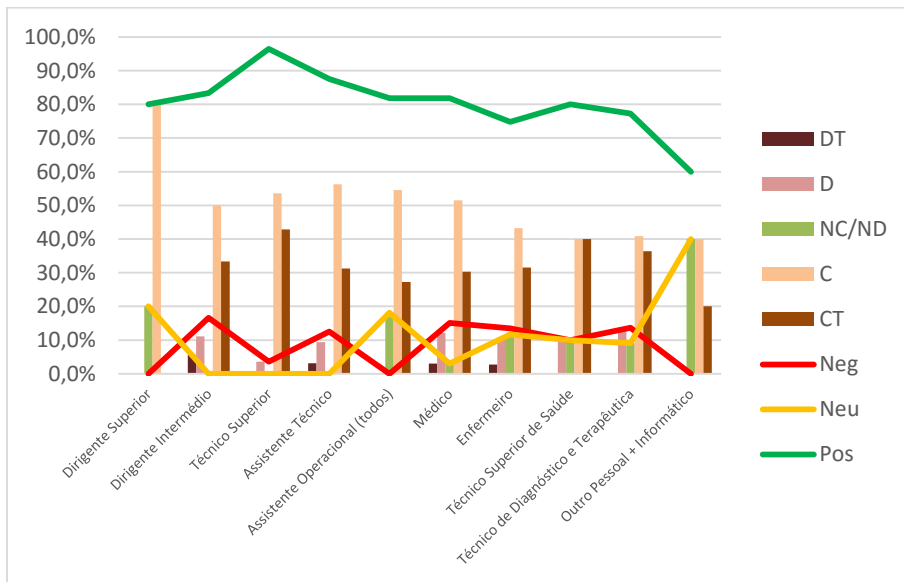
1.2 - Quando é detetado um problema no serviço, o superior hierárquico é informado imediatamente.

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura						Tipo de Resposta		
							DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	4	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	1	2	0	9	6	+ alto melhor	5,6%	11,1%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%	83,3%
Técnico Superior	0	1	0	15	12	+ alto melhor	0,0%	3,6%	0,0%	53,6%	42,9%	3,6%	0,0%	96,4%
Assistente Técnico	1	3	0	18	10	+ alto melhor	3,1%	9,4%	0,0%	56,3%	31,3%	12,5%	0,0%	87,5%
Assistente Operacional (todos)	0	0	2	6	3	+ alto melhor	0,0%	0,0%	18,2%	54,5%	27,3%	0,0%	18,2%	81,8%
Médico	1	4	1	17	10	+ alto melhor	3,0%	12,1%	3,0%	51,5%	30,3%	15,2%	3,0%	81,8%
Enfermeiro	3	12	13	48	35	+ alto melhor	2,7%	10,8%	11,7%	43,2%	31,5%	13,5%	11,7%	74,8%
Técnico Superior de Saúde	0	1	1	4	4	+ alto melhor	0,0%	10,0%	10,0%	40,0%	40,0%	10,0%	10,0%	80,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	3	2	9	8	+ alto melhor	0,0%	13,6%	9,1%	40,9%	36,4%	13,6%	9,1%	77,3%
Outro Pessoal + Informático	0	0	2	2	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	6	26	22	132	89	+ alto melhor	2,2%	9,5%	8,0%	48,0%	32,4%	11,6%	8,0%	80,4%

Não responderam	2
-----------------	---



Ciclo PDCA
Planeamento - Definir o Processo Atual

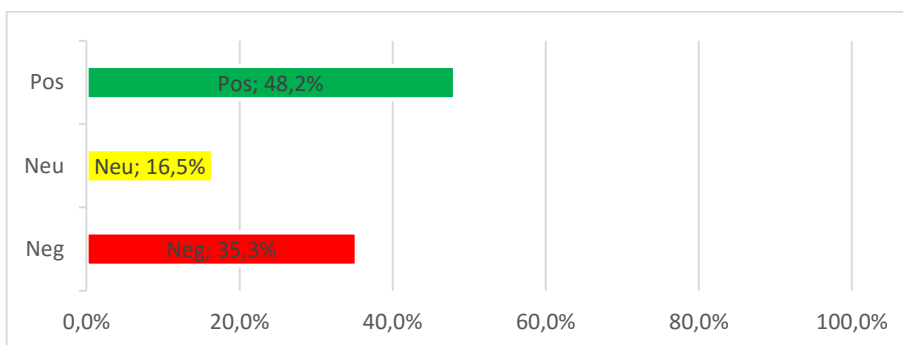
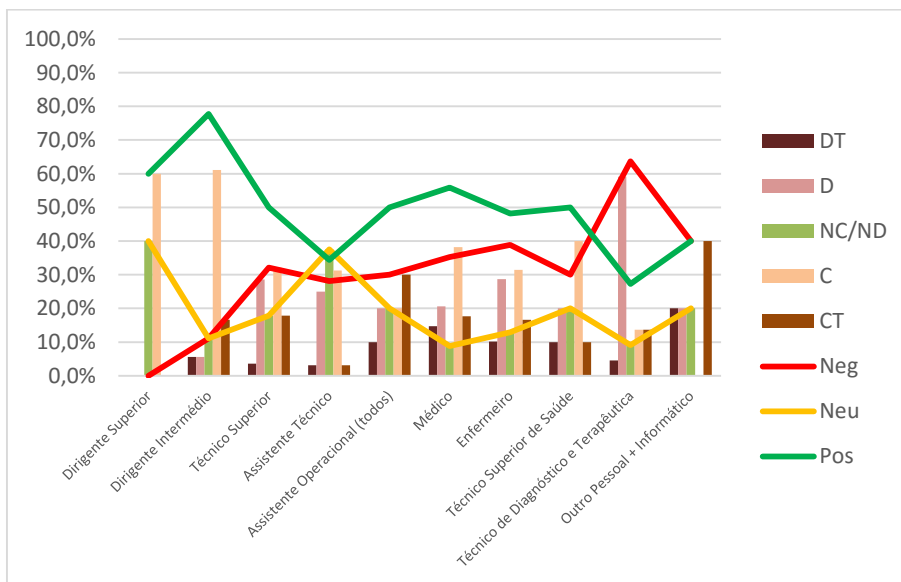
1.3 - Existe um conhecimento profundo das atividades do serviço por todos os profissionais do mesmo.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	1	1	2	11	3	+ alto melhor	5,6%	5,6%	11,1%	61,1%	16,7%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico Superior	1	8	5	9	5	+ alto melhor	3,6%	28,6%	17,9%	32,1%	17,9%	32,1%	17,9%	50,0%
Assistente Técnico	1	8	12	10	1	+ alto melhor	3,1%	25,0%	37,5%	31,3%	3,1%	28,1%	37,5%	34,4%
Assistente Operacional (todos)	1	2	2	2	3	+ alto melhor	10,0%	20,0%	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	5	7	3	13	6	+ alto melhor	14,7%	20,6%	8,8%	38,2%	17,6%	35,3%	8,8%	55,9%
Enfermeiro	11	31	14	34	18	+ alto melhor	10,2%	28,7%	13,0%	31,5%	16,7%	38,9%	13,0%	48,1%
Técnico Superior de Saúde	1	2	2	4	1	+ alto melhor	10,0%	20,0%	20,0%	40,0%	10,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	13	2	3	3	+ alto melhor	4,5%	59,1%	9,1%	13,6%	13,6%	63,6%	9,1%	27,3%
Outro Pessoal + Informático	1	1	1	0	2	+ alto melhor	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	23	73	45	89	42	+ alto melhor	8,5%	26,8%	16,5%	32,7%	15,4%	35,3%	16,5%	48,2%

Não responderam 5



Ciclo PDCA

Planeamento - Definir o Processo Atual

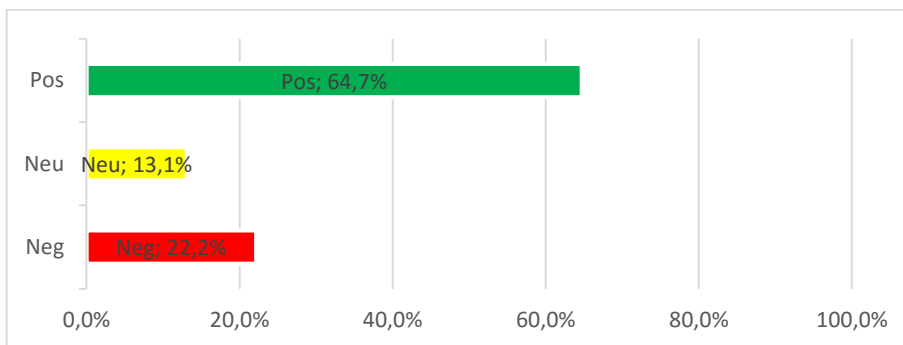
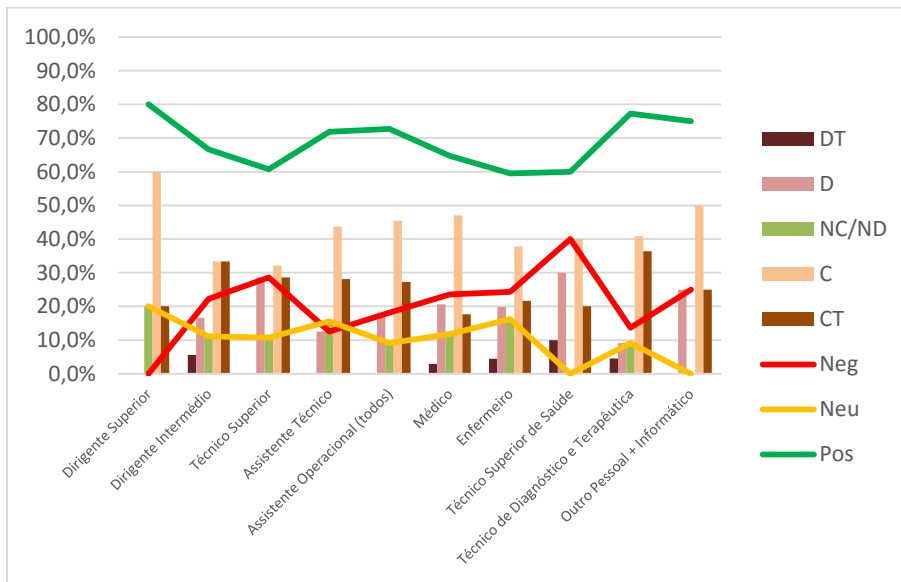
1.4 - É do seu conhecimento o que cada um dos seus colegas de trabalho executa no serviço.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	1	3	2	6	6	+ alto melhor	5,6%	16,7%	11,1%	33,3%	33,3%	22,2%	11,1%	66,7%
Técnico Superior	0	8	3	9	8	+ alto melhor	0,0%	28,6%	10,7%	32,1%	28,6%	28,6%	10,7%	60,7%
Assistente Técnico	0	4	5	14	9	+ alto melhor	0,0%	12,5%	15,6%	43,8%	28,1%	12,5%	15,6%	71,9%
Assistente Operacional (todos)	0	2	1	5	3	+ alto melhor	0,0%	18,2%	9,1%	45,5%	27,3%	18,2%	9,1%	72,7%
Médico	1	7	4	16	6	+ alto melhor	2,9%	20,6%	11,8%	47,1%	17,6%	23,5%	11,8%	64,7%
Enfermeiro	5	22	18	42	24	+ alto melhor	4,5%	19,8%	16,2%	37,8%	21,6%	24,3%	16,2%	59,5%
Técnico Superior de Saúde	1	3	0	4	2	+ alto melhor	10,0%	30,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	2	9	8	+ alto melhor	4,5%	9,1%	9,1%	40,9%	36,4%	13,6%	9,1%	77,3%
Outro Pessoal + Informático	0	1	0	2	1	+ alto melhor	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	75,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	9	52	36	110	68	+ alto melhor	3,3%	18,9%	13,1%	40,0%	24,7%	22,2%	13,1%	64,7%

Não responderam 2



Ciclo PDCA
Planeamento - Definir o Processo Atual

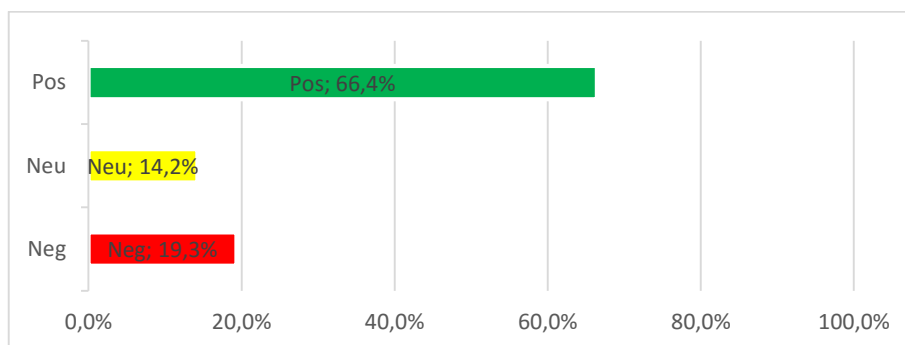
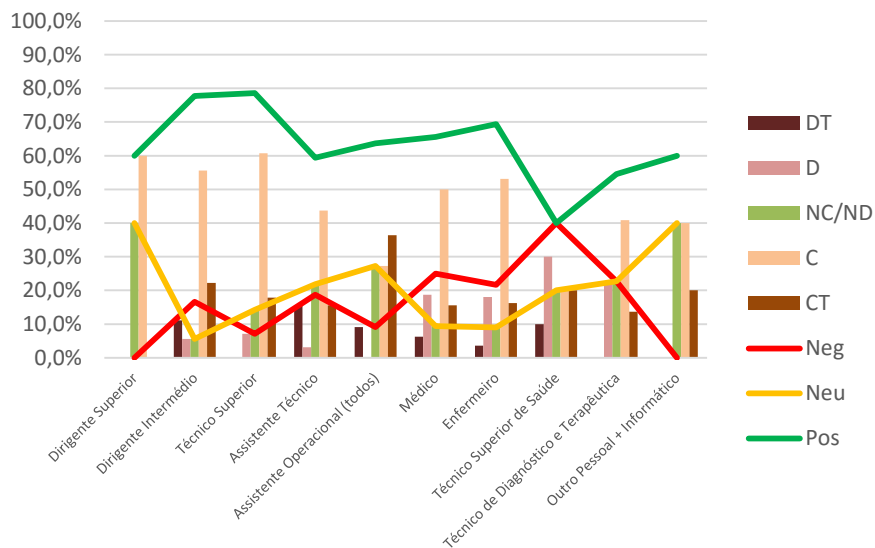
1.5 - Algumas atividades seguem um manual de procedimentos já existente e outras são executadas conforme a decisão de cada um

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura						Tipo de Resposta		
							DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	2	1	1	10	4	+ alto melhor	11,1%	5,6%	5,6%	55,6%	22,2%	16,7%	5,6%	77,8%
Técnico Superior	0	2	4	17	5	+ alto melhor	0,0%	7,1%	14,3%	60,7%	17,9%	7,1%	14,3%	78,6%
Assistente Técnico	5	1	7	14	5	+ alto melhor	15,6%	3,1%	21,9%	43,8%	15,6%	18,8%	21,9%	59,4%
Assistente Operacional (todos)	1	0	3	3	4	+ alto melhor	9,1%	0,0%	27,3%	27,3%	36,4%	9,1%	27,3%	63,6%
Médico	2	6	3	16	5	+ alto melhor	6,3%	18,8%	9,4%	50,0%	15,6%	25,0%	9,4%	65,6%
Enfermeiro	4	20	10	59	18	+ alto melhor	3,6%	18,0%	9,0%	53,2%	16,2%	21,6%	9,0%	69,4%
Técnico Superior de Saúde	1	3	2	2	2	+ alto melhor	10,0%	30,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	5	5	9	3	+ alto melhor	0,0%	22,7%	22,7%	40,9%	13,6%	22,7%	22,7%	54,5%
Outro Pessoal + Informático	0	0	2	2	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	15	38	39	135	47	+ alto melhor	5,5%	13,9%	14,2%	49,3%	17,2%	19,3%	14,2%	66,4%

Não responderam



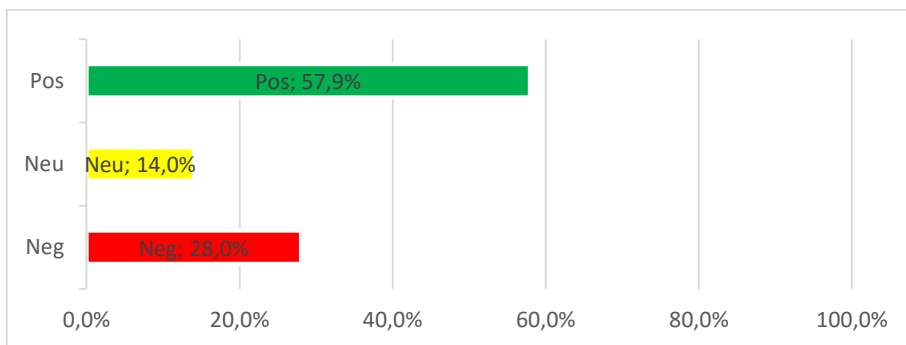
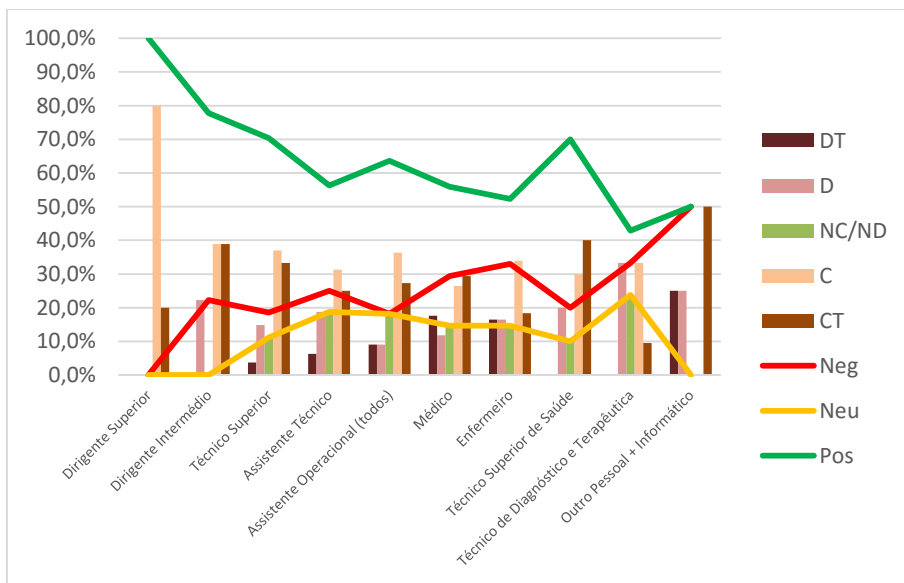
Controlo Interno
Avaliação de Risco

1.6 - Os objetivos existentes para o serviço são do seu conhecimento e de todos os seus colegas

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	4	0	7	7	+ alto melhor	0,0%	22,2%	0,0%	38,9%	38,9%	22,2%	0,0%	77,8%
Técnico Superior	1	4	3	10	9	+ alto melhor	3,7%	14,8%	11,1%	37,0%	33,3%	18,5%	11,1%	70,4%
Assistente Técnico	2	6	6	10	8	+ alto melhor	6,3%	18,8%	18,8%	31,3%	25,0%	25,0%	18,8%	56,3%
Assistente Operacional (todos)	1	1	2	4	3	+ alto melhor	9,1%	9,1%	18,2%	36,4%	27,3%	18,2%	18,2%	63,6%
Médico	6	4	5	9	10	+ alto melhor	17,6%	11,8%	14,7%	26,5%	29,4%	29,4%	14,7%	55,9%
Enfermeiro	18	18	16	37	20	+ alto melhor	16,5%	16,5%	14,7%	33,9%	18,3%	33,0%	14,7%	52,3%
Técnico Superior de Saúde	0	2	1	3	4	+ alto melhor	0,0%	20,0%	10,0%	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	7	5	7	2	+ alto melhor	0,0%	33,3%	23,8%	33,3%	9,5%	33,3%	23,8%	42,9%
Outro Pessoal + Informático	1	1	0	0	2	+ alto melhor	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	29	47	38	91	66	+ alto melhor	10,7%	17,3%	14,0%	33,6%	24,4%	28,0%	14,0%	57,9%
Não responderam	6													



Controlo Interno

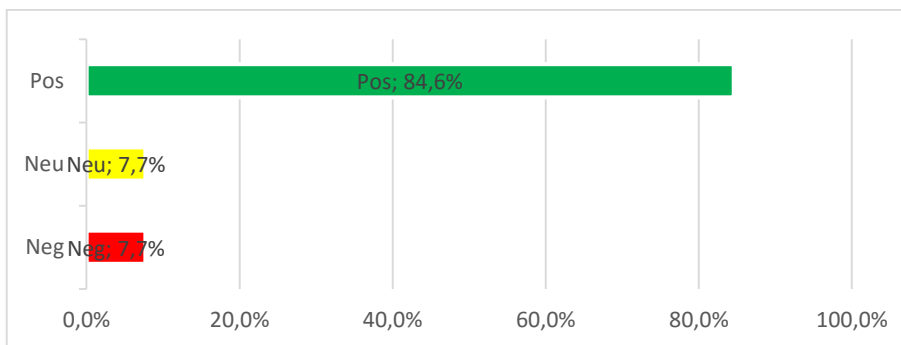
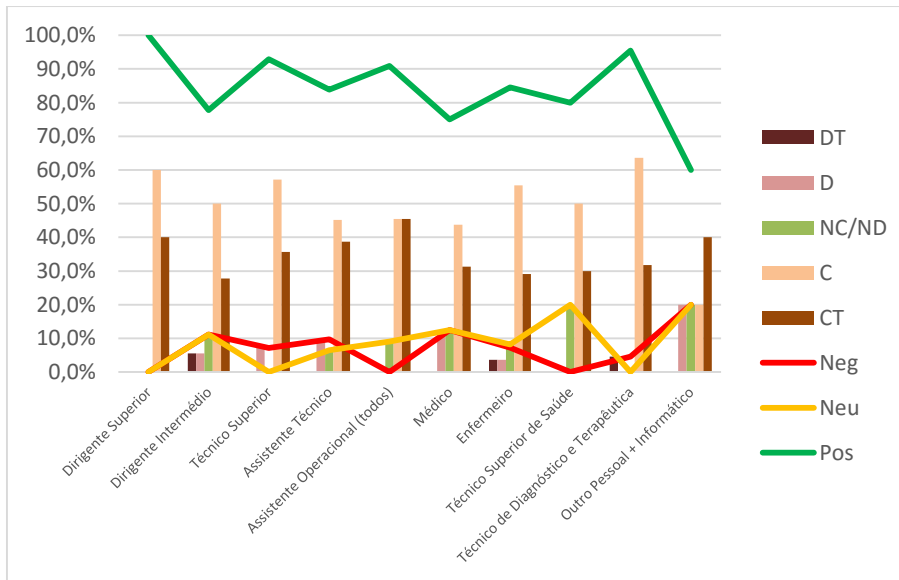
Planeamento - Determinar o foco do projeto

1.7 - Partilha, com os seus colegas, os problemas que deteta no serviço e nos outros serviços com que se relaciona

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	1	1	2	9	5	+ alto melhor	5,6%	5,6%	11,1%	50,0%	27,8%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico Superior	0	2	0	16	10	+ alto melhor	0,0%	7,1%	0,0%	57,1%	35,7%	7,1%	0,0%	92,9%
Assistente Técnico	0	3	2	14	12	+ alto melhor	0,0%	9,7%	6,5%	45,2%	38,7%	9,7%	6,5%	83,9%
Assistente Operacional (todos)	0	0	1	5	5	+ alto melhor	0,0%	0,0%	9,1%	45,5%	45,5%	0,0%	9,1%	90,9%
Médico	0	4	4	14	10	+ alto melhor	0,0%	12,5%	12,5%	43,8%	31,3%	12,5%	12,5%	75,0%
Enfermeiro	4	4	9	61	32	+ alto melhor	3,6%	3,6%	8,2%	55,5%	29,1%	7,3%	8,2%	84,5%
Técnico Superior de Saúde	0	0	2	5	3	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	50,0%	30,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	0	0	14	7	+ alto melhor	4,5%	0,0%	0,0%	63,6%	31,8%	4,5%	0,0%	95,5%
Outro Pessoal + Informático	0	1	1	1	2	+ alto melhor	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	6	15	21	142	88	+ alto melhor	2,2%	5,5%	7,7%	52,2%	32,4%	7,7%	7,7%	84,6%
Não responderam	5													



Ciclo PDCA

Planeamento - Determinar o foco do projeto

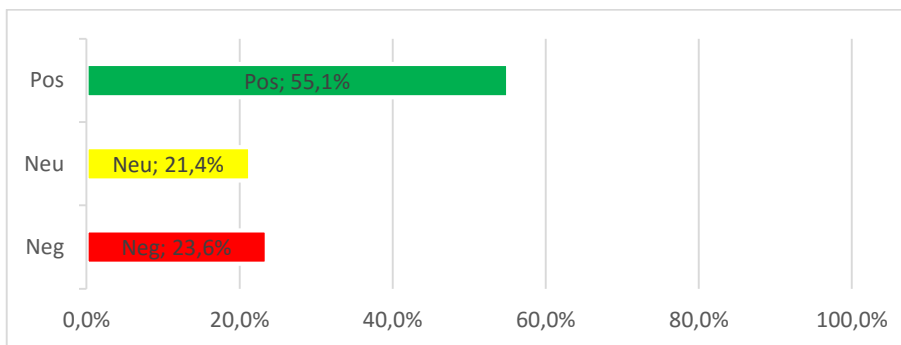
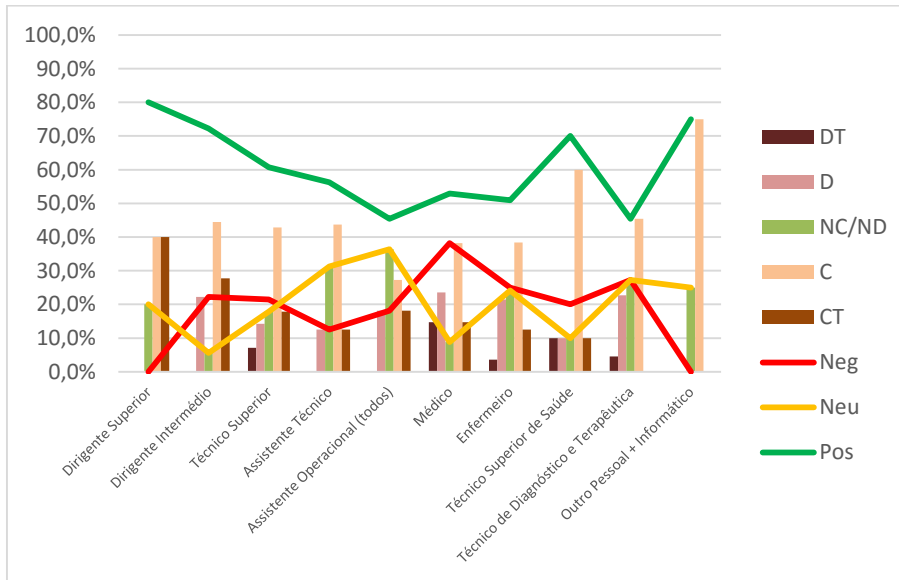
1.8 - Os profissionais conhecem a missão, a visão e os valores da organização

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	2	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	4	1	8	5	+ alto melhor	0,0%	22,2%	5,6%	44,4%	27,8%	22,2%	5,6%	72,2%
Técnico Superior	2	4	5	12	5	+ alto melhor	7,1%	14,3%	17,9%	42,9%	17,9%	21,4%	17,9%	60,7%
Assistente Técnico	0	4	10	14	4	+ alto melhor	0,0%	12,5%	31,3%	43,8%	12,5%	12,5%	31,3%	56,3%
Assistente Operacional (todos)	0	2	4	3	2	+ alto melhor	0,0%	18,2%	36,4%	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	45,5%
Médico	5	8	3	13	5	+ alto melhor	14,7%	23,5%	8,8%	38,2%	14,7%	38,2%	8,8%	52,9%
Enfermeiro	4	24	27	43	14	+ alto melhor	3,6%	21,4%	24,1%	38,4%	12,5%	25,0%	24,1%	50,9%
Técnico Superior de Saúde	1	1	1	6	1	+ alto melhor	10,0%	10,0%	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	5	6	10	0	+ alto melhor	4,5%	22,7%	27,3%	45,5%	0,0%	27,3%	27,3%	45,5%
Outro Pessoal + Informático	0	0	1	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%

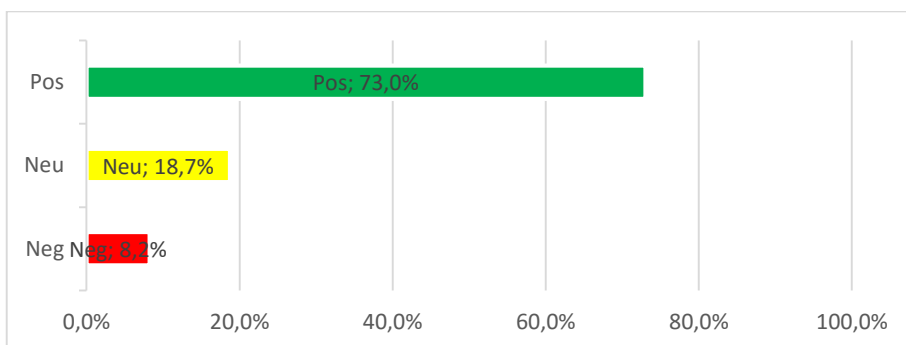
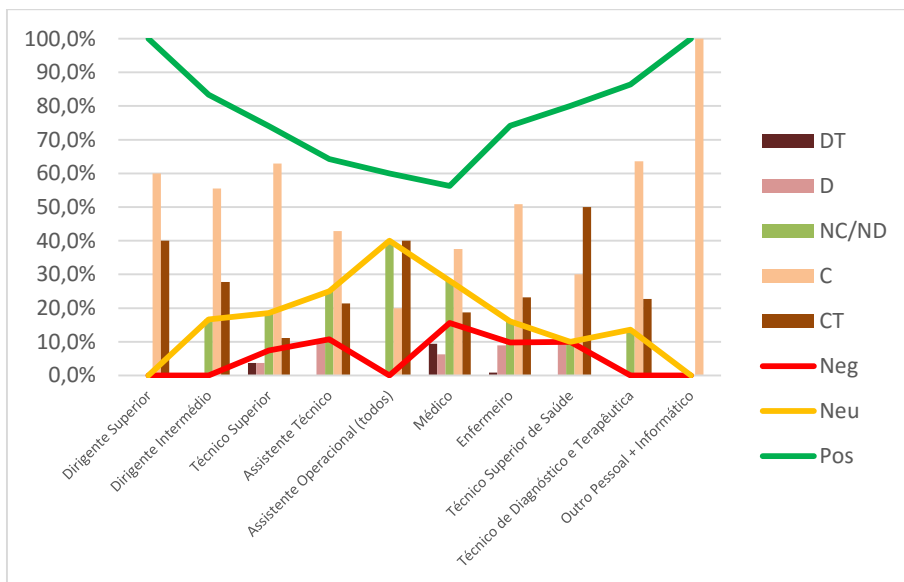
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	13	52	59	114	38	+ alto melhor	4,7%	18,8%	21,4%	41,3%	13,8%	23,6%	21,4%	55,1%

Não responderam



Controlo Interno														
Informação e Comunicação														
1.9 - Quando se verifica um descontentamento de um cliente (doente), relativamente a um determinado serviço, comunica ao responsável hierárquico														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	0	3	10	5	+ alto melhor	0,0%	0,0%	16,7%	55,6%	27,8%	0,0%	16,7%	83,3%
Técnico Superior	1	1	5	17	3	+ alto melhor	3,7%	3,7%	18,5%	63,0%	11,1%	7,4%	18,5%	74,1%
Assistente Técnico	0	3	7	12	6	+ alto melhor	0,0%	10,7%	25,0%	42,9%	21,4%	10,7%	25,0%	64,3%
Assistente Operacional (todos)	0	0	4	2	4	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Médico	3	2	9	12	6	+ alto melhor	9,4%	6,3%	28,1%	37,5%	18,8%	15,6%	28,1%	56,3%
Enfermeiro	1	10	18	57	26	+ alto melhor	0,9%	8,9%	16,1%	50,9%	23,2%	9,8%	16,1%	74,1%
Técnico Superior de Saúde	0	1	1	3	5	+ alto melhor	0,0%	10,0%	10,0%	30,0%	50,0%	10,0%	10,0%	80,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	0	3	14	5	+ alto melhor	0,0%	0,0%	13,6%	63,6%	22,7%	0,0%	13,6%	86,4%
Outro Pessoal + Informático	0	0	0	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	5	17	50	133	62	+ alto melhor	1,9%	6,4%	18,7%	49,8%	23,2%	8,2%	18,7%	73,0%
Não responderam	10													



Ciclo PDCA

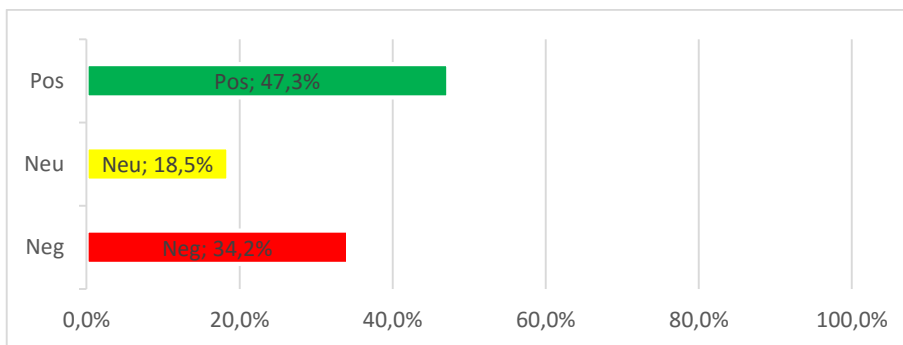
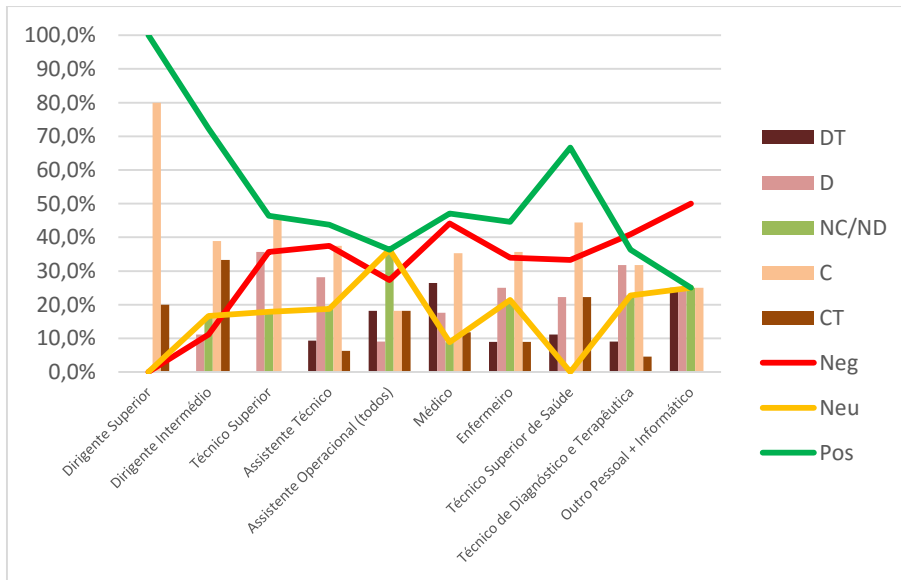
Planeamento - Examinar Soluções

1.10 - Sente que as suas opiniões sobre o planeamento e a resolução dos problemas são ouvidas e tidas em conta.

Questão	Respostas					Leitura	Respostas					Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	3	7	6	+ alto melhor	0,0%	11,1%	16,7%	38,9%	33,3%	11,1%	16,7%	72,2%
Técnico Superior	0	10	5	13	0	+ alto melhor	0,0%	35,7%	17,9%	46,4%	0,0%	35,7%	17,9%	46,4%
Assistente Técnico	3	9	6	12	2	+ alto melhor	9,4%	28,1%	18,8%	37,5%	6,3%	37,5%	18,8%	43,8%
Assistente Operacional (todos)	2	1	4	2	2	+ alto melhor	18,2%	9,1%	36,4%	18,2%	18,2%	27,3%	36,4%	36,4%
Médico	9	6	3	12	4	+ alto melhor	26,5%	17,6%	8,8%	35,3%	11,8%	44,1%	8,8%	47,1%
Enfermeiro	10	28	24	40	10	+ alto melhor	8,9%	25,0%	21,4%	35,7%	8,9%	33,9%	21,4%	44,6%
Técnico Superior de Saúde	1	2	0	4	2	+ alto melhor	11,1%	22,2%	0,0%	44,4%	22,2%	33,3%	0,0%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	7	5	7	1	+ alto melhor	9,1%	31,8%	22,7%	31,8%	4,5%	40,9%	22,7%	36,4%
Outro Pessoal + Informático	1	1	1	1	0	+ alto melhor	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	28	66	51	102	28	+ alto melhor	10,2%	24,0%	18,5%	37,1%	10,2%	34,2%	18,5%	47,3%
Não responderam	2													



Controlo Interno

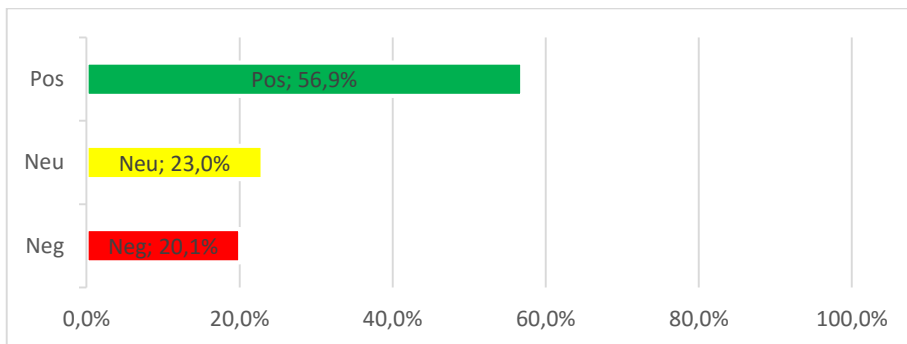
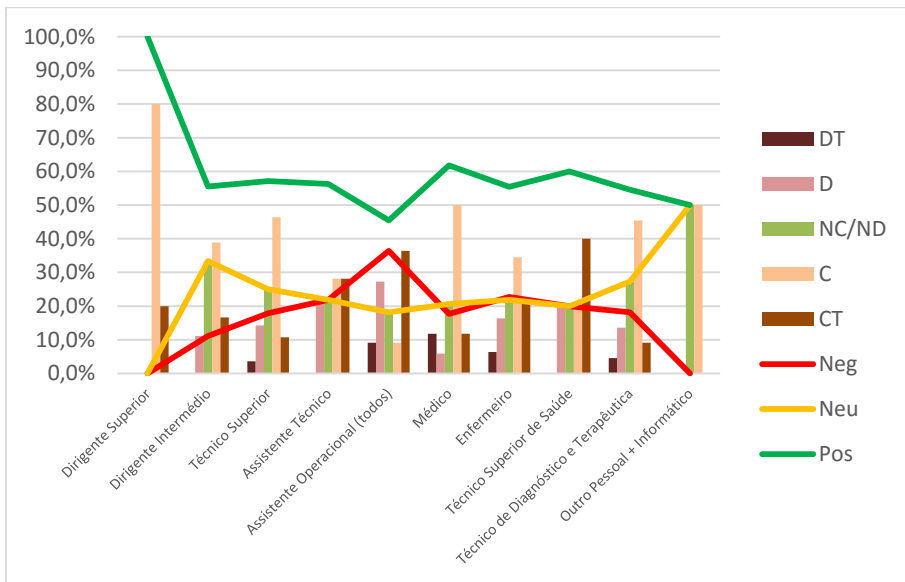
Ambiente de Controlo

1.11 - Existe sempre a procura de fazer melhor por parte de todos os profissionais do serviço

Questão	Respostas					Leitura	Respostas					Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	6	7	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	33,3%	38,9%	16,7%	11,1%	33,3%	55,6%
Técnico Superior	1	4	7	13	3	+ alto melhor	3,6%	14,3%	25,0%	46,4%	10,7%	17,9%	25,0%	57,1%
Assistente Técnico	0	7	7	9	9	+ alto melhor	0,0%	21,9%	21,9%	28,1%	28,1%	21,9%	21,9%	56,3%
Assistente Operacional (todos)	1	3	2	1	4	+ alto melhor	9,1%	27,3%	18,2%	9,1%	36,4%	36,4%	18,2%	45,5%
Médico	4	2	7	17	4	+ alto melhor	11,8%	5,9%	20,6%	50,0%	11,8%	17,6%	20,6%	61,8%
Enfermeiro	7	18	24	38	23	+ alto melhor	6,4%	16,4%	21,8%	34,5%	20,9%	22,7%	21,8%	55,5%
Técnico Superior de Saúde	0	2	2	2	4	+ alto melhor	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	3	6	10	2	+ alto melhor	4,5%	13,6%	27,3%	45,5%	9,1%	18,2%	27,3%	54,5%
Outro Pessoal + Informático	0	0	2	2	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	14	41	63	103	53	+ alto melhor	5,1%	15,0%	23,0%	37,6%	19,3%	20,1%	23,0%	56,9%
Não responderam	3													



Ciclo PDCA

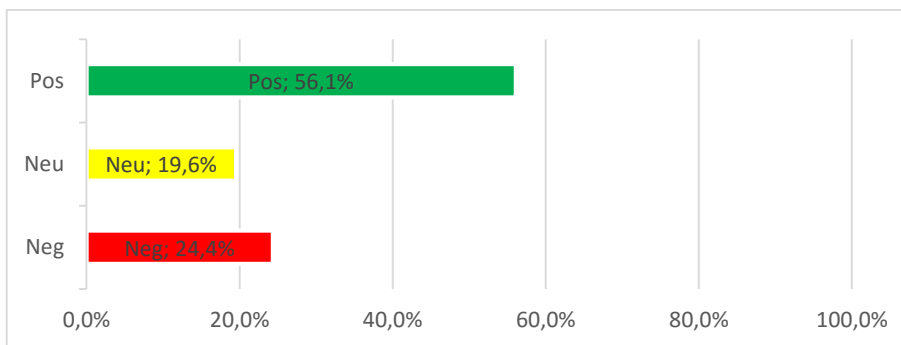
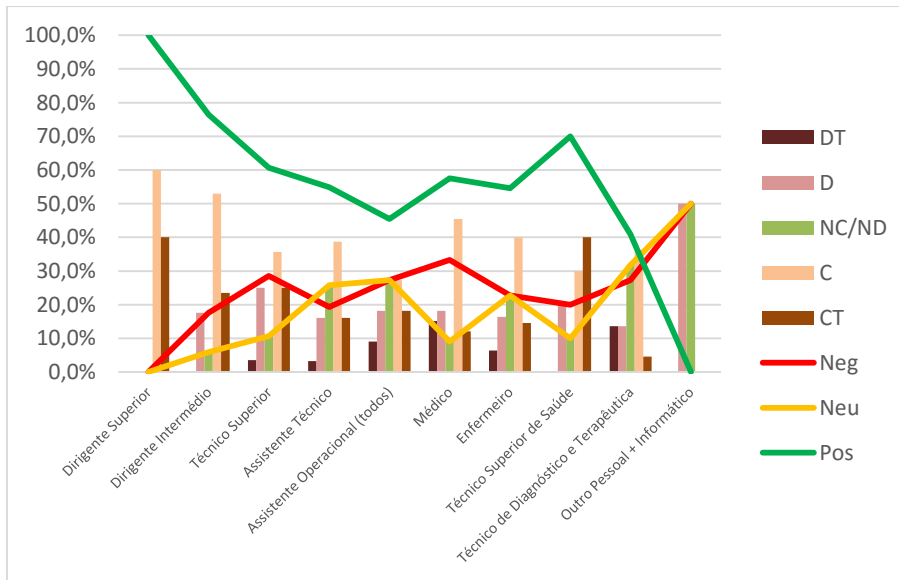
Planeamento - Determinar Medidas

1.12 - Existe a preocupação de pensar se as propostas de atividade planeadas são ou não cumpridas.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	3	1	9	4	+ alto melhor	0,0%	17,6%	5,9%	52,9%	23,5%	17,6%	5,9%	76,5%
Técnico Superior	1	7	3	10	7	+ alto melhor	3,6%	25,0%	10,7%	35,7%	25,0%	28,6%	10,7%	60,7%
Assistente Técnico	1	5	8	12	5	+ alto melhor	3,2%	16,1%	25,8%	38,7%	16,1%	19,4%	25,8%	54,8%
Assistente Operacional (todos)	1	2	3	3	2	+ alto melhor	9,1%	18,2%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	27,3%	45,5%
Médico	5	6	3	15	4	+ alto melhor	15,2%	18,2%	9,1%	45,5%	12,1%	33,3%	9,1%	57,6%
Enfermeiro	7	18	25	44	16	+ alto melhor	6,4%	16,4%	22,7%	40,0%	14,5%	22,7%	22,7%	54,5%
Técnico Superior de Saúde	0	2	1	3	4	+ alto melhor	0,0%	20,0%	10,0%	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	3	7	8	1	+ alto melhor	13,6%	13,6%	31,8%	36,4%	4,5%	27,3%	31,8%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	0	0	+ alto melhor	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	18	48	53	107	45	+ alto melhor	6,6%	17,7%	19,6%	39,5%	16,6%	24,4%	19,6%	56,1%
Não responderam	6													



Ciclo PDCA

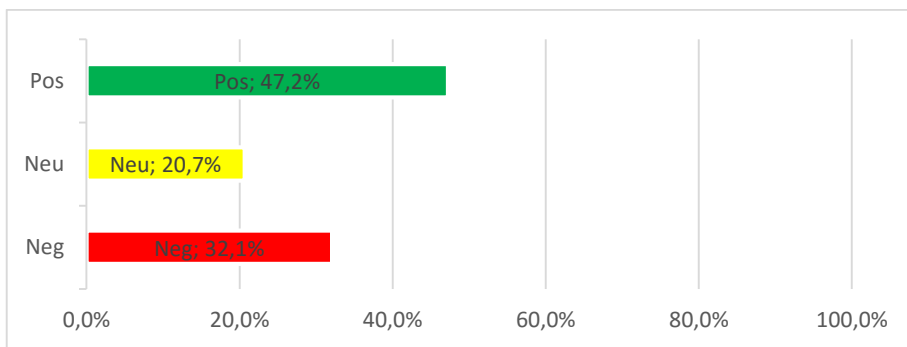
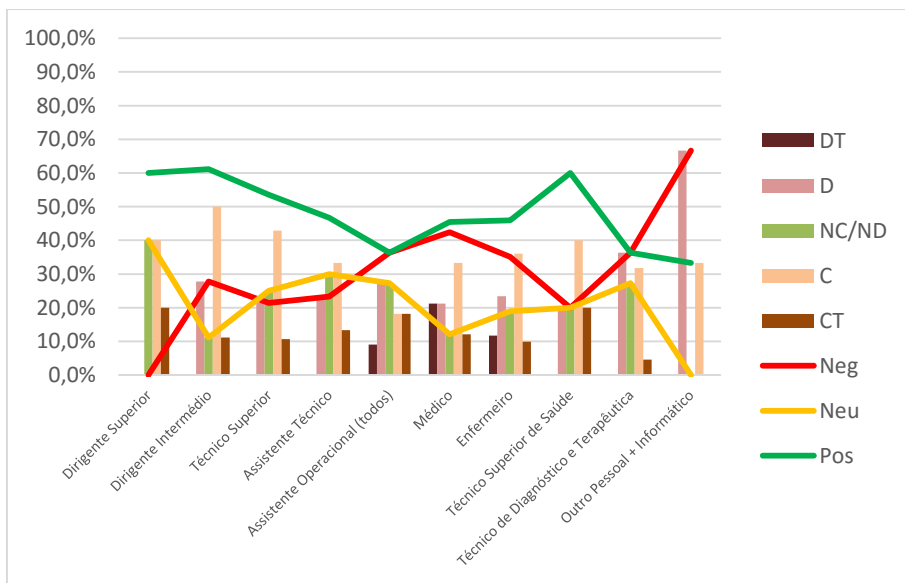
Fazer

1.13 - As atividades planejadas, quando colocadas em prática, são acompanhadas por todos os profissionais do serviço

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	2	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	0	5	2	9	2	+ alto melhor	0,0%	27,8%	11,1%	50,0%	11,1%	27,8%	11,1%	61,1%
Técnico Superior	0	6	7	12	3	+ alto melhor	0,0%	21,4%	25,0%	42,9%	10,7%	21,4%	25,0%	53,6%
Assistente Técnico	0	7	9	10	4	+ alto melhor	0,0%	23,3%	30,0%	33,3%	13,3%	23,3%	30,0%	46,7%
Assistente Operacional (todos)	1	3	3	2	2	+ alto melhor	9,1%	27,3%	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	27,3%	36,4%
Médico	7	7	4	11	4	+ alto melhor	21,2%	21,2%	12,1%	33,3%	12,1%	42,4%	12,1%	45,5%
Enfermeiro	13	26	21	40	11	+ alto melhor	11,7%	23,4%	18,9%	36,0%	9,9%	35,1%	18,9%	45,9%
Técnico Superior de Saúde	0	2	2	4	2	+ alto melhor	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	8	6	7	1	+ alto melhor	0,0%	36,4%	27,3%	31,8%	4,5%	36,4%	27,3%	36,4%
Outro Pessoal + Informático	0	2	0	1	0	+ alto melhor	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	21	66	56	98	30	+ alto melhor	7,7%	24,4%	20,7%	36,2%	11,1%	32,1%	20,7%	47,2%
Não responderam	6													



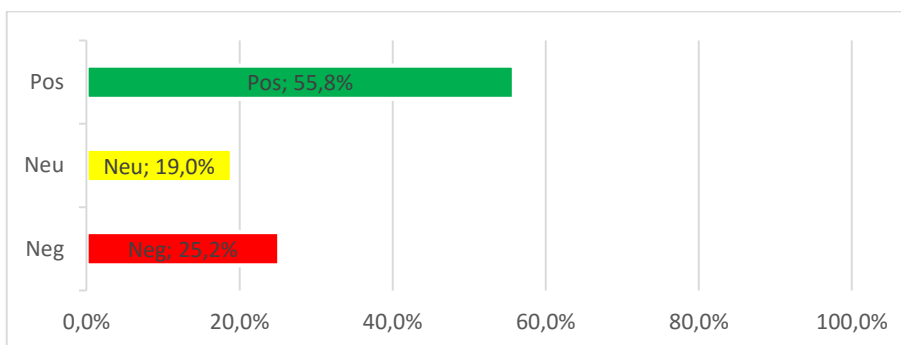
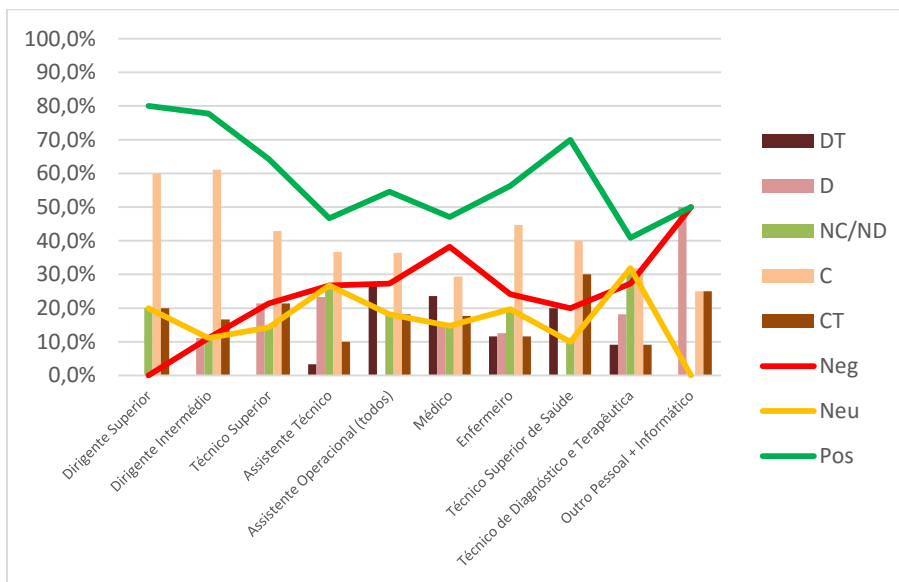
Controlo Interno
Ambiente de Controlo

1.14 - O serviço está bem estruturado e cada um conhece o seu papel interventivo

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	2	2	11	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	11,1%	61,1%	16,7%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico Superior	0	6	4	12	6	+ alto melhor	0,0%	21,4%	14,3%	42,9%	21,4%	21,4%	14,3%	64,3%
Assistente Técnico	1	7	8	11	3	+ alto melhor	3,3%	23,3%	26,7%	36,7%	10,0%	26,7%	26,7%	46,7%
Assistente Operacional (todos)	3	0	2	4	2	+ alto melhor	27,3%	0,0%	18,2%	36,4%	18,2%	27,3%	18,2%	54,5%
Médico	8	5	5	10	6	+ alto melhor	23,5%	14,7%	14,7%	29,4%	17,6%	38,2%	14,7%	47,1%
Enfermeiro	13	14	22	50	13	+ alto melhor	11,6%	12,5%	19,6%	44,6%	11,6%	24,1%	19,6%	56,3%
Técnico Superior de Saúde	2	0	1	4	3	+ alto melhor	20,0%	0,0%	10,0%	40,0%	30,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	4	7	7	2	+ alto melhor	9,1%	18,2%	31,8%	31,8%	9,1%	27,3%	31,8%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	2	0	1	1	+ alto melhor	0,0%	50,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	29	40	52	113	40	+ alto melhor	10,6%	14,6%	19,0%	41,2%	14,6%	25,2%	19,0%	55,8%
Não responderam	3													



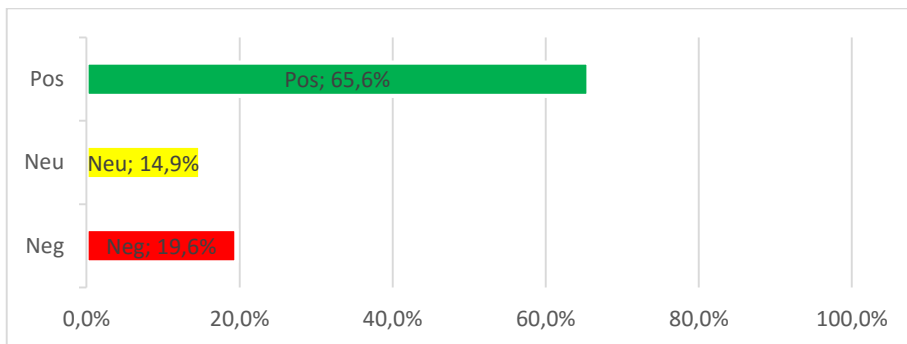
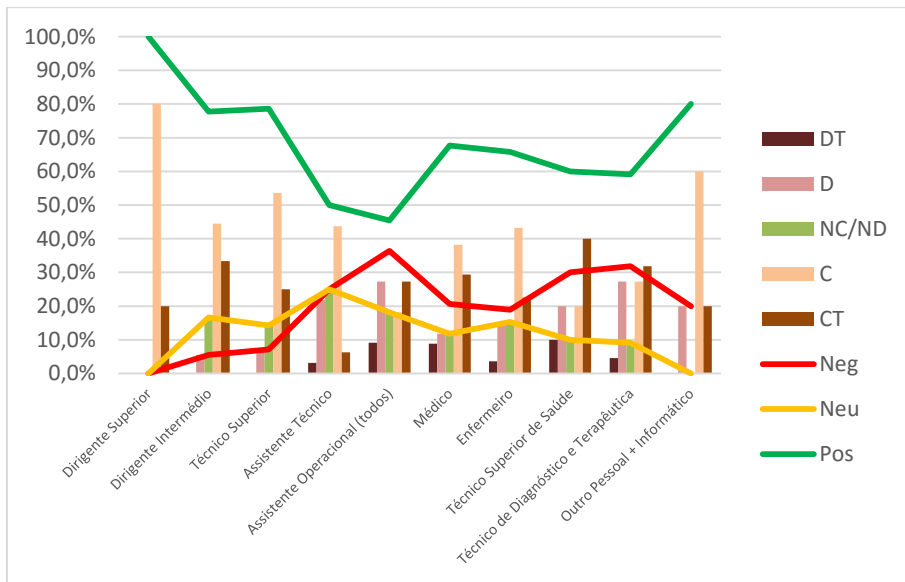
Controlo Interno
Ambiente de Controlo

2.1 - Sente que no serviço são cumpridos os princípios éticos e respeitados os valores individuais

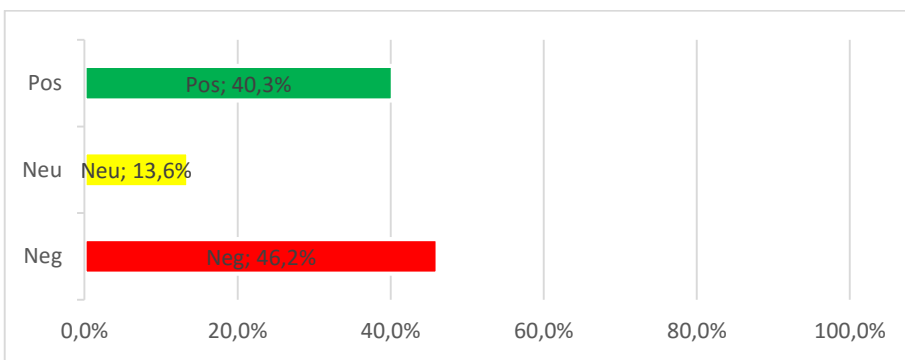
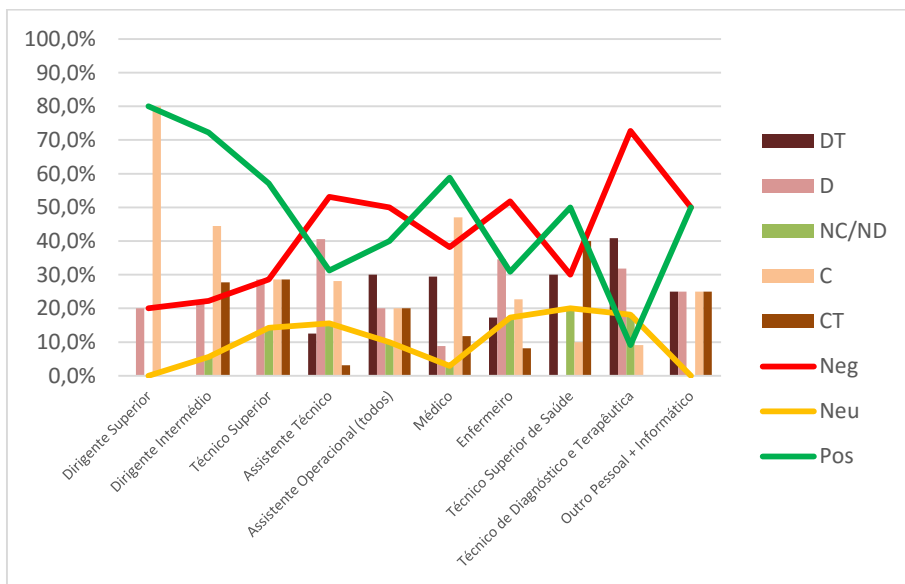
Questão	Respostas					Leitura	Respostas					Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	1	3	8	6	+ alto melhor	0,0%	5,6%	16,7%	44,4%	33,3%	5,6%	16,7%	77,8%
Técnico Superior	0	2	4	15	7	+ alto melhor	0,0%	7,1%	14,3%	53,6%	25,0%	7,1%	14,3%	78,6%
Assistente Técnico	1	7	8	14	2	+ alto melhor	3,1%	21,9%	25,0%	43,8%	6,3%	25,0%	25,0%	50,0%
Assistente Operacional (todos)	1	3	2	2	3	+ alto melhor	9,1%	27,3%	18,2%	18,2%	27,3%	36,4%	18,2%	45,5%
Médico	3	4	4	13	10	+ alto melhor	8,8%	11,8%	11,8%	38,2%	29,4%	20,6%	11,8%	67,6%
Enfermeiro	4	17	17	48	25	+ alto melhor	3,6%	15,3%	15,3%	43,2%	22,5%	18,9%	15,3%	65,8%
Técnico Superior de Saúde	1	2	1	2	4	+ alto melhor	10,0%	20,0%	10,0%	20,0%	40,0%	30,0%	10,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	6	2	6	7	+ alto melhor	4,5%	27,3%	9,1%	27,3%	31,8%	31,8%	9,1%	59,1%
Outro Pessoal + Informático	0	1	0	3	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	80,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	11	43	41	115	66	+ alto melhor	4,0%	15,6%	14,9%	41,7%	23,9%	19,6%	14,9%	65,6%
Não responderam	1													



Ciclo PDCA														
Planeamento - Determinar o foco do projeto														
2.2 - No seu serviço é efetuado um planeamento anual, o qual tem participação ativa de todos os profissionais.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	0	4	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	4	1	8	5	+ alto melhor	0,0%	22,2%	5,6%	44,4%	27,8%	22,2%	5,6%	72,2%
Técnico Superior	0	8	4	8	8	+ alto melhor	0,0%	28,6%	14,3%	28,6%	28,6%	28,6%	14,3%	57,1%
Assistente Técnico	4	13	5	9	1	+ alto melhor	12,5%	40,6%	15,6%	28,1%	3,1%	53,1%	15,6%	31,3%
Assistente Operacional (todos)	3	2	1	2	2	+ alto melhor	30,0%	20,0%	10,0%	20,0%	20,0%	50,0%	10,0%	40,0%
Médico	10	3	1	16	4	+ alto melhor	29,4%	8,8%	2,9%	47,1%	11,8%	38,2%	2,9%	58,8%
Enfermeiro	19	38	19	25	9	+ alto melhor	17,3%	34,5%	17,3%	22,7%	8,2%	51,8%	17,3%	30,9%
Técnico Superior de Saúde	3	0	2	1	4	+ alto melhor	30,0%	0,0%	20,0%	10,0%	40,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	9	7	4	2	0	+ alto melhor	40,9%	31,8%	18,2%	9,1%	0,0%	72,7%	18,2%	9,1%
Outro Pessoal + Informático	1	1	0	1	1	+ alto melhor	25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	50,0%
Legenda: NR=Não Respondo; DT=Discreto totalmente; D=Discreto; NC/ND=Não concordo nem discreto; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	49	77	37	76	34	+ alto melhor	17,9%	28,2%	13,6%	27,8%	12,5%	46,2%	13,6%	40,3%
Não responderam	4													



Ciclo PDCA

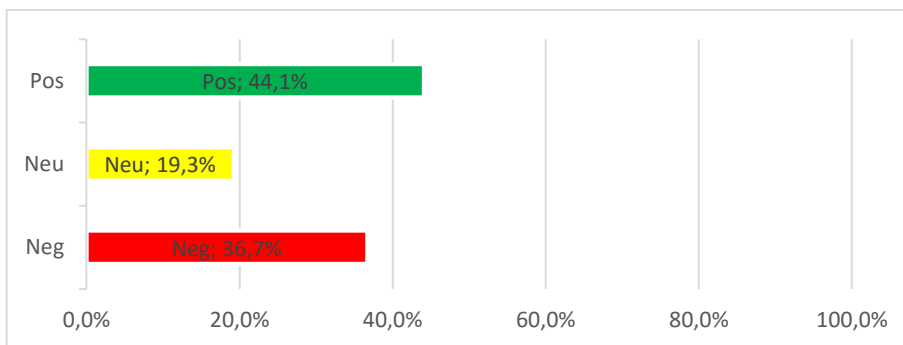
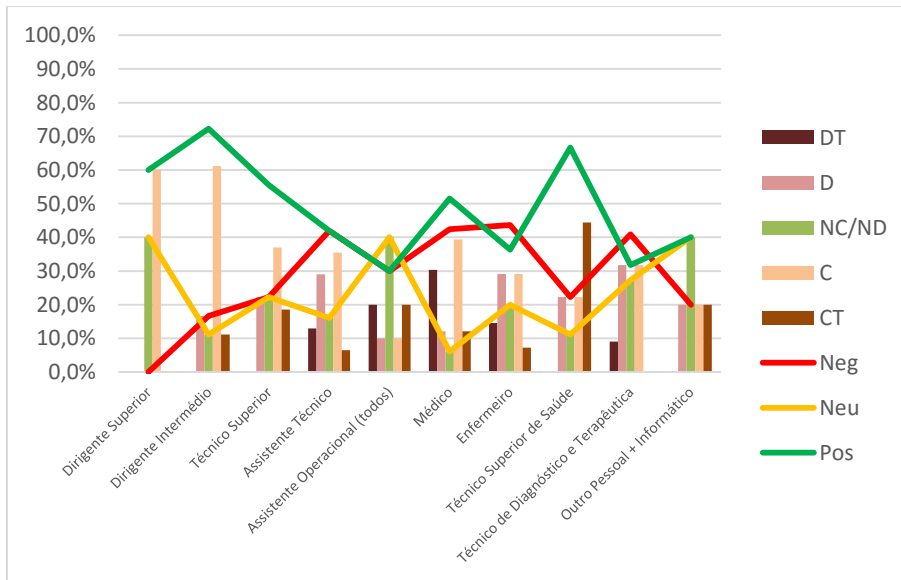
Planeamento - Determinar o foco do projeto

2.3 - No planeamento elaborado, seja ele anual, mensal ou pontual, existe uma preocupação relativa ao tempo necessário para o colocar em prática.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	0	3	2	11	2	+ alto melhor	0,0%	16,7%	11,1%	61,1%	11,1%	16,7%	11,1%	72,2%
Técnico Superior	0	6	6	10	5	+ alto melhor	0,0%	22,2%	22,2%	37,0%	18,5%	22,2%	22,2%	55,6%
Assistente Técnico	4	9	5	11	2	+ alto melhor	12,9%	29,0%	16,1%	35,5%	6,5%	41,9%	16,1%	41,9%
Assistente Operacional (todos)	2	1	4	1	2	+ alto melhor	20,0%	10,0%	40,0%	10,0%	20,0%	30,0%	40,0%	30,0%
Médico	10	4	2	13	4	+ alto melhor	30,3%	12,1%	6,1%	39,4%	12,1%	42,4%	6,1%	51,5%
Enfermeiro	16	32	22	32	8	+ alto melhor	14,5%	29,1%	20,0%	29,1%	7,3%	43,6%	20,0%	36,4%
Técnico Superior de Saúde	0	2	1	2	4	+ alto melhor	0,0%	22,2%	11,1%	22,2%	44,4%	22,2%	11,1%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	7	6	7	0	+ alto melhor	9,1%	31,8%	27,3%	31,8%	0,0%	40,9%	27,3%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	1	2	1	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	34	65	52	91	28	+ alto melhor	12,6%	24,1%	19,3%	33,7%	10,4%	36,7%	19,3%	44,1%
Não responderam	7													



Ciclo PDCA

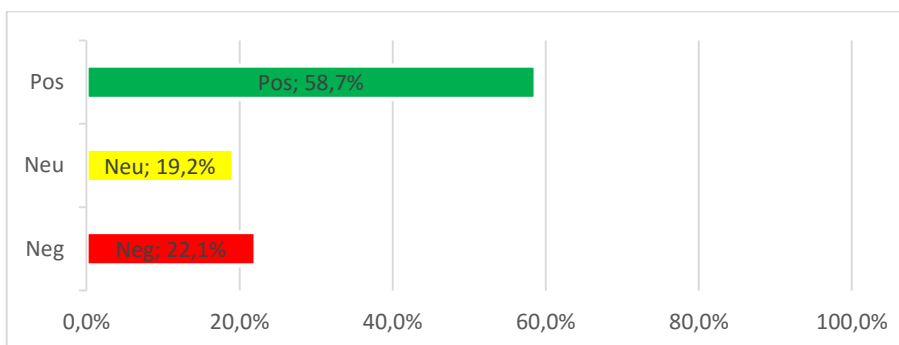
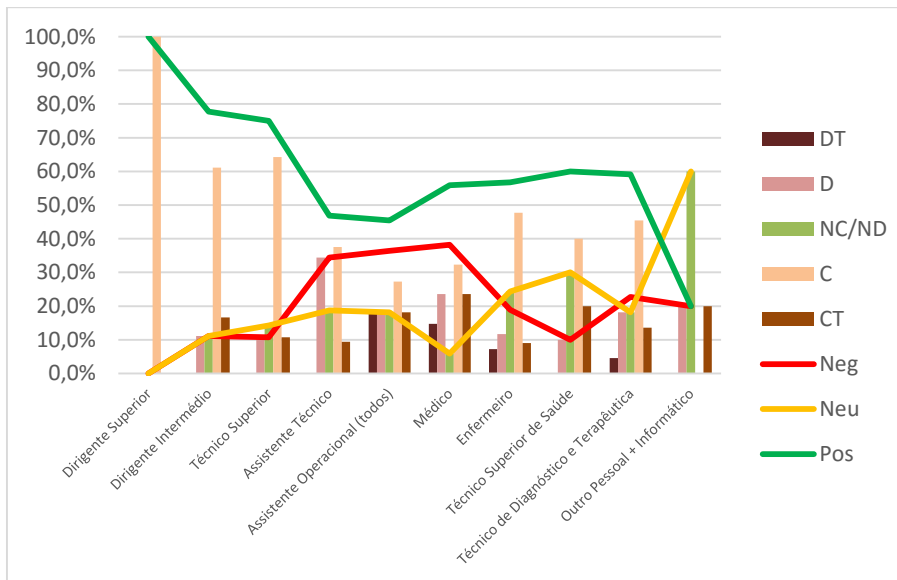
Agir

2.4 - No serviço, os erros conduzem a mudanças positivas

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	5	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	2	2	11	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	11,1%	61,1%	16,7%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico Superior	0	3	4	18	3	+ alto melhor	0,0%	10,7%	14,3%	64,3%	10,7%	10,7%	14,3%	75,0%
Assistente Técnico	0	11	6	12	3	+ alto melhor	0,0%	34,4%	18,8%	37,5%	9,4%	34,4%	18,8%	46,9%
Assistente Operacional (todos)	2	2	2	3	2	+ alto melhor	18,2%	18,2%	18,2%	27,3%	18,2%	36,4%	18,2%	45,5%
Médico	5	8	2	11	8	+ alto melhor	14,7%	23,5%	5,9%	32,4%	23,5%	38,2%	5,9%	55,9%
Enfermeiro	8	13	27	53	10	+ alto melhor	7,2%	11,7%	24,3%	47,7%	9,0%	18,9%	24,3%	56,8%
Técnico Superior de Saúde	0	1	3	4	2	+ alto melhor	0,0%	10,0%	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	30,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	4	4	10	3	+ alto melhor	4,5%	18,2%	18,2%	45,5%	13,6%	22,7%	18,2%	59,1%
Outro Pessoal + Informático	0	1	3	0	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	20,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	16	45	53	127	35	+ alto melhor	5,8%	16,3%	19,2%	46,0%	12,7%	22,1%	19,2%	58,7%
Não responderam	1													



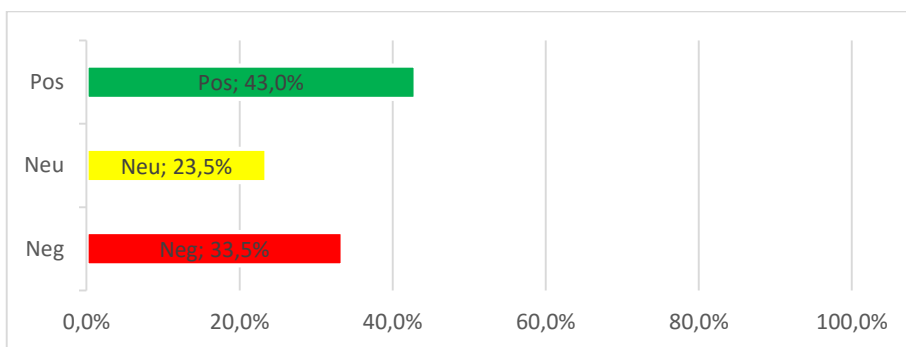
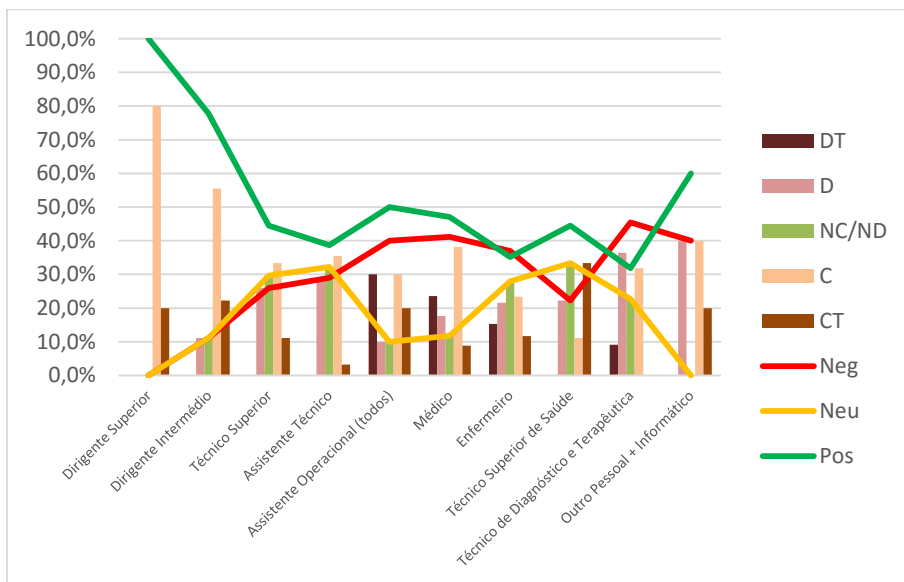
Controlo Interno
Monitorização

2.5 - É verificado regularmente o cumprimento dos objetivos do seu serviço

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	2	10	4	+ alto melhor	0,0%	11,1%	11,1%	55,6%	22,2%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico Superior	0	7	8	9	3	+ alto melhor	0,0%	25,9%	29,6%	33,3%	11,1%	25,9%	29,6%	44,4%
Assistente Técnico	0	9	10	11	1	+ alto melhor	0,0%	29,0%	32,3%	35,5%	3,2%	29,0%	32,3%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	3	1	1	3	2	+ alto melhor	30,0%	10,0%	10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	50,0%
Médico	8	6	4	13	3	+ alto melhor	23,5%	17,6%	11,8%	38,2%	8,8%	41,2%	11,8%	47,1%
Enfermeiro	17	24	31	26	13	+ alto melhor	15,3%	21,6%	27,9%	23,4%	11,7%	36,9%	27,9%	35,1%
Técnico Superior de Saúde	0	2	3	1	3	+ alto melhor	0,0%	22,2%	33,3%	11,1%	33,3%	22,2%	33,3%	44,4%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	8	5	7	0	+ alto melhor	9,1%	36,4%	22,7%	31,8%	0,0%	45,5%	22,7%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	2	0	2	1	+ alto melhor	0,0%	40,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	30	61	64	86	31	+ alto melhor	11,0%	22,4%	23,5%	31,6%	11,4%	33,5%	23,5%	43,0%
Não responderam	5													



Ciclo PDCA

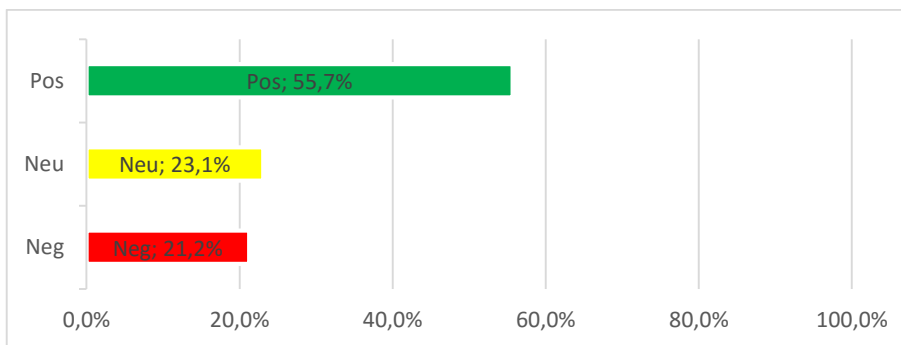
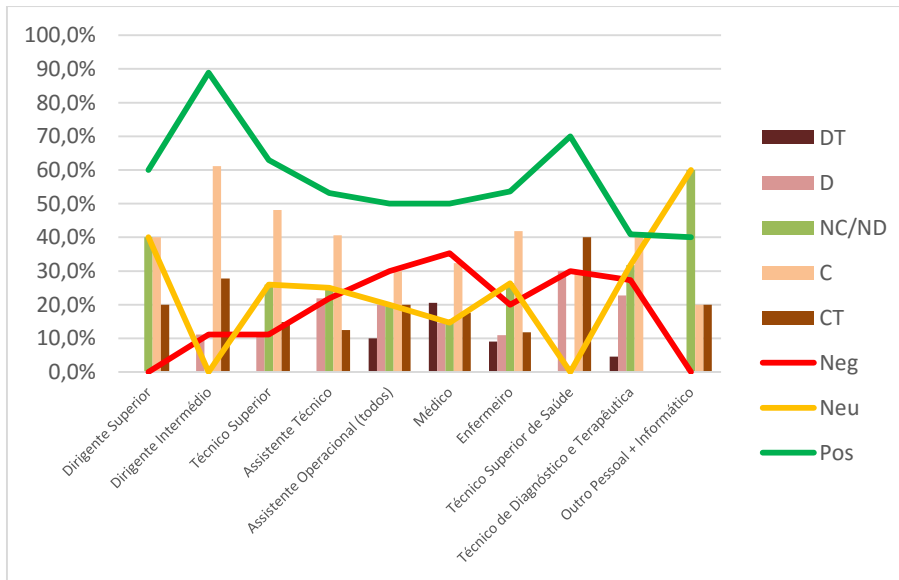
Planeamento - Determinar o foco do projeto

2.6 - Aquando da elaboração do plano é pensada a melhoria do que já é feito, procurando fazer cada vez melhor.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	2	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	0	2	0	11	5	+ alto melhor	0,0%	11,1%	0,0%	61,1%	27,8%	11,1%	0,0%	88,9%
Técnico Superior	0	3	7	13	4	+ alto melhor	0,0%	11,1%	25,9%	48,1%	14,8%	11,1%	25,9%	63,0%
Assistente Técnico	0	7	8	13	4	+ alto melhor	0,0%	21,9%	25,0%	40,6%	12,5%	21,9%	25,0%	53,1%
Assistente Operacional (todos)	1	2	2	3	2	+ alto melhor	10,0%	20,0%	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	7	5	5	11	6	+ alto melhor	20,6%	14,7%	14,7%	32,4%	17,6%	35,3%	14,7%	50,0%
Enfermeiro	10	12	29	46	13	+ alto melhor	9,1%	10,9%	26,4%	41,8%	11,8%	20,0%	26,4%	53,6%
Técnico Superior de Saúde	0	3	0	3	4	+ alto melhor	0,0%	30,0%	0,0%	30,0%	40,0%	30,0%	0,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	5	7	9	0	+ alto melhor	4,5%	22,7%	31,8%	40,9%	0,0%	27,3%	31,8%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	0	3	1	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	60,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	19	39	63	112	40	+ alto melhor	7,0%	14,3%	23,1%	41,0%	14,7%	21,2%	23,1%	55,7%
Não responderam	4													



Ciclo PDCA

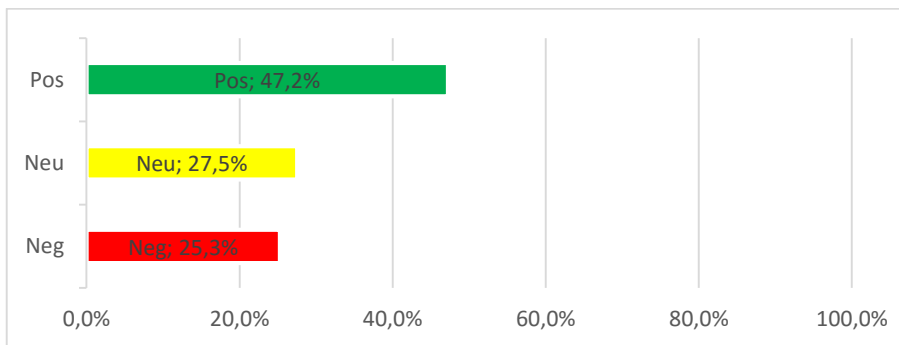
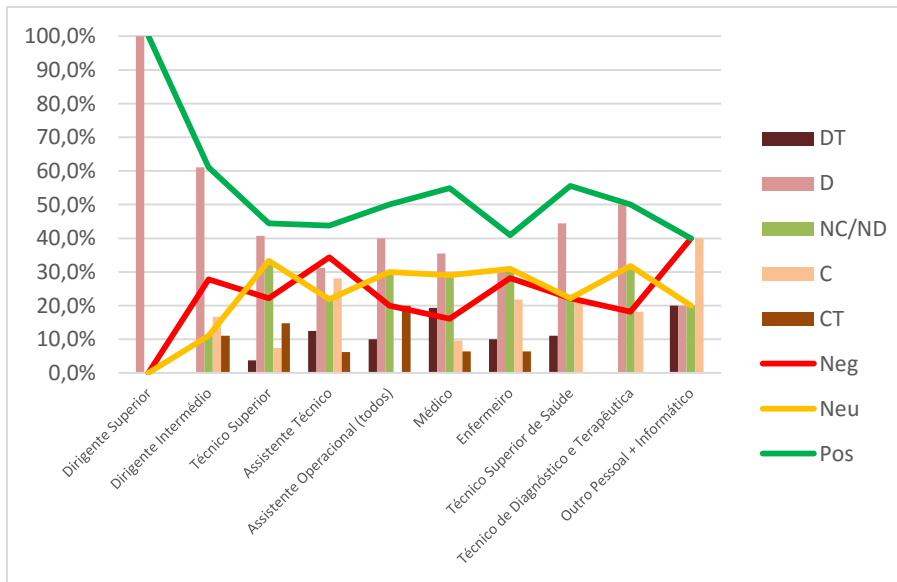
Planeamento - Determinar o foco do projeto

2.7 - No serviço existe a tendência para os profissionais colocarem a questão: "se não há dinheiro, para quê fazer planos?".

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	5	0	0	0	+ baixo o melhor	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	11	2	3	2	+ baixo o melhor	0,0%	61,1%	11,1%	16,7%	11,1%	27,8%	11,1%	61,1%
Técnico Superior	1	11	9	2	4	+ baixo o melhor	3,7%	40,7%	33,3%	7,4%	14,8%	22,2%	33,3%	44,4%
Assistente Técnico	4	10	7	9	2	+ baixo o melhor	12,5%	31,3%	21,9%	28,1%	6,3%	34,4%	21,9%	43,8%
Assistente Operacional (todos)	1	4	3	0	2	+ baixo o melhor	10,0%	40,0%	30,0%	0,0%	20,0%	20,0%	30,0%	50,0%
Médico	6	11	9	3	2	+ baixo o melhor	19,4%	35,5%	29,0%	9,7%	6,5%	16,1%	29,0%	54,8%
Enfermeiro	11	34	34	24	7	+ baixo o melhor	10,0%	30,9%	30,9%	21,8%	6,4%	28,2%	30,9%	40,9%
Técnico Superior de Saúde	1	4	2	2	0	+ baixo o melhor	11,1%	44,4%	22,2%	22,2%	0,0%	22,2%	22,2%	55,6%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	11	7	4	0	+ baixo o melhor	0,0%	50,0%	31,8%	18,2%	0,0%	18,2%	31,8%	50,0%
Outro Pessoal + Informático	1	1	1	2	0	+ baixo o melhor	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	25	102	74	49	19	+ baixo o melhor	9,3%	37,9%	27,5%	18,2%	7,1%	25,3%	27,5%	47,2%
Não responderam	8													



Ciclo PDCA

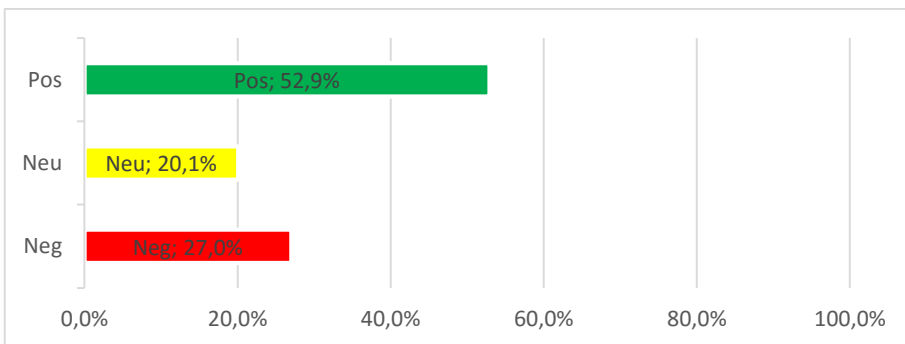
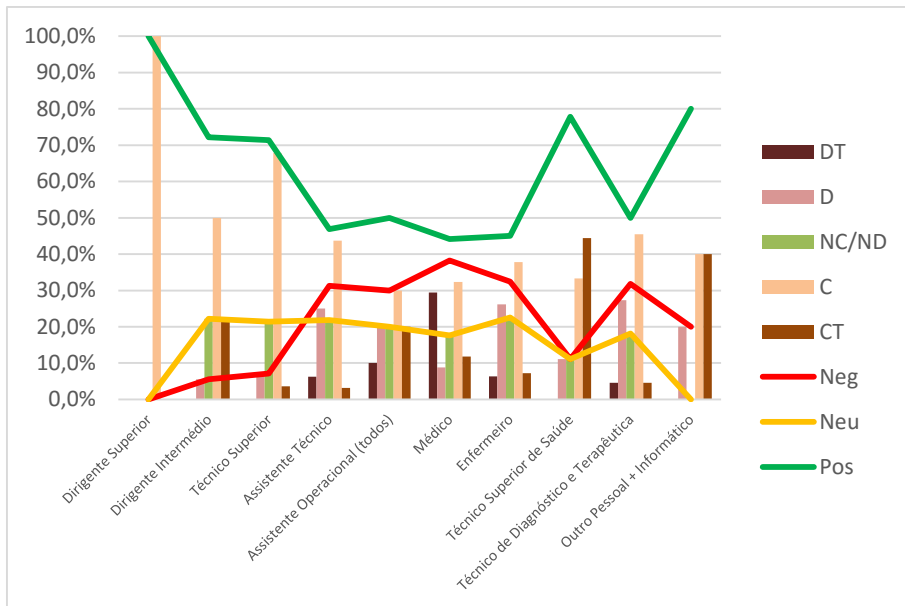
Planeamento - Determinar o foco do projeto

2.8 - No processo de execução do plano existe a preocupação de incluir atividades ou ações para resolver os principais problemas que têm sido falados constantemente

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura						Tipo de Resposta		
							DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	5	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	1	4	9	4	+ alto melhor	0,0%	5,6%	22,2%	50,0%	22,2%	5,6%	22,2%	72,2%
Técnico Superior	0	2	6	19	1	+ alto melhor	0,0%	7,1%	21,4%	67,9%	3,6%	7,1%	21,4%	71,4%
Assistente Técnico	2	8	7	14	1	+ alto melhor	6,3%	25,0%	21,9%	43,8%	3,1%	31,3%	21,9%	46,9%
Assistente Operacional (todos)	1	2	2	3	2	+ alto melhor	10,0%	20,0%	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	10	3	6	11	4	+ alto melhor	29,4%	8,8%	17,6%	32,4%	11,8%	38,2%	17,6%	44,1%
Enfermeiro	7	29	25	42	8	+ alto melhor	6,3%	26,1%	22,5%	37,8%	7,2%	32,4%	22,5%	45,0%
Técnico Superior de Saúde	0	1	1	3	4	+ alto melhor	0,0%	11,1%	11,1%	33,3%	44,4%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	6	4	10	1	+ alto melhor	4,5%	27,3%	18,2%	45,5%	4,5%	31,8%	18,2%	50,0%
Outro Pessoal + Informático	0	1	0	2	2	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	80,0%

Legenda: NR=Não Respondo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	21	53	55	118	27	+ alto melhor	7,7%	19,3%	20,1%	43,1%	9,9%	27,0%	20,1%	52,9%
Não responderam	3													



Ciclo PDCA

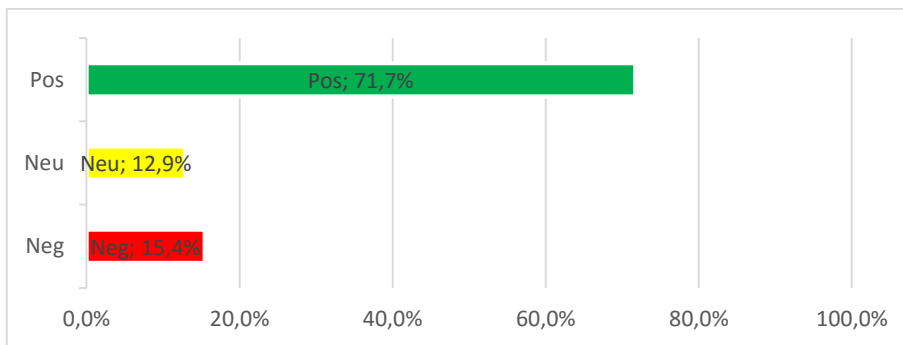
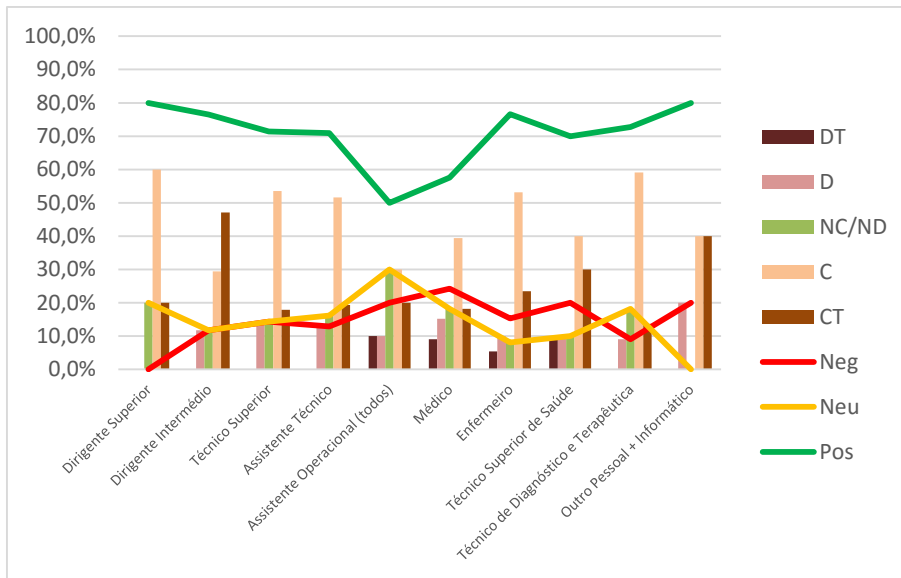
Planeamento - Estabelecer uma Equipa de Melhoria da Qualidade

2.9 - Existe, no seu serviço, uma pequena equipa (1 a 3 profissionais) que se preocupa mais com estas questões do planeamento

Questão	Respostas					Leitura	Respostas					Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	2	2	5	8	+ alto melhor	0,0%	11,8%	11,8%	29,4%	47,1%	11,8%	11,8%	76,5%
Técnico Superior	0	4	4	15	5	+ alto melhor	0,0%	14,3%	14,3%	53,6%	17,9%	14,3%	14,3%	71,4%
Assistente Técnico	0	4	5	16	6	+ alto melhor	0,0%	12,9%	16,1%	51,6%	19,4%	12,9%	16,1%	71,0%
Assistente Operacional (todos)	1	1	3	3	2	+ alto melhor	10,0%	10,0%	30,0%	30,0%	20,0%	20,0%	30,0%	50,0%
Médico	3	5	6	13	6	+ alto melhor	9,1%	15,2%	18,2%	39,4%	18,2%	24,2%	18,2%	57,6%
Enfermeiro	6	11	9	59	26	+ alto melhor	5,4%	9,9%	8,1%	53,2%	23,4%	15,3%	8,1%	76,6%
Técnico Superior de Saúde	1	1	1	4	3	+ alto melhor	10,0%	10,0%	10,0%	40,0%	30,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	2	4	13	3	+ alto melhor	0,0%	9,1%	18,2%	59,1%	13,6%	9,1%	18,2%	72,7%
Outro Pessoal + Informático	0	1	0	2	2	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	80,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	11	31	35	133	62	+ alto melhor	4,0%	11,4%	12,9%	48,9%	22,8%	15,4%	12,9%	71,7%
Não responderam	5													



Ciclo PDCA

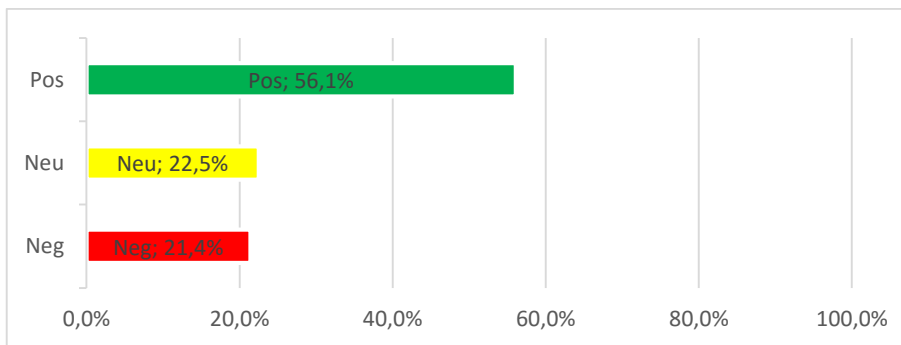
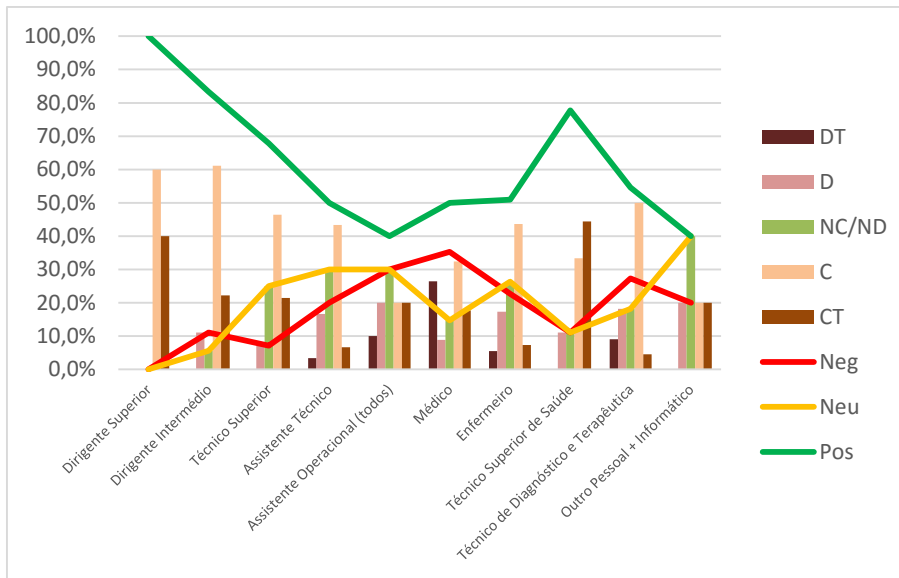
Planejamento - Estabelecer os Objetivos

2.10 - No planejamento são definidos objetivos do serviço e é a partir desses que são pensadas as atividades ou ações a desenvolver.

Questão	Leitura					Leitura	Tipo de Resposta							
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	1	11	4	+ alto melhor	0,0%	11,1%	5,6%	61,1%	22,2%	11,1%	5,6%	83,3%
Técnico Superior	0	2	7	13	6	+ alto melhor	0,0%	7,1%	25,0%	46,4%	21,4%	7,1%	25,0%	67,9%
Assistente Técnico	1	5	9	13	2	+ alto melhor	3,3%	16,7%	30,0%	43,3%	6,7%	20,0%	30,0%	50,0%
Assistente Operacional (todos)	1	2	3	2	2	+ alto melhor	10,0%	20,0%	30,0%	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	40,0%
Médico	9	3	5	11	6	+ alto melhor	26,5%	8,8%	14,7%	32,4%	17,6%	35,3%	14,7%	50,0%
Enfermeiro	6	19	29	48	8	+ alto melhor	5,5%	17,3%	26,4%	43,6%	7,3%	22,7%	26,4%	50,9%
Técnico Superior de Saúde	0	1	1	3	4	+ alto melhor	0,0%	11,1%	11,1%	33,3%	44,4%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	4	4	11	1	+ alto melhor	9,1%	18,2%	18,2%	50,0%	4,5%	27,3%	18,2%	54,5%
Outro Pessoal + Informático	0	1	2	1	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	19	39	61	116	36	+ alto melhor	7,0%	14,4%	22,5%	42,8%	13,3%	21,4%	22,5%	56,1%
Não responderam	6													



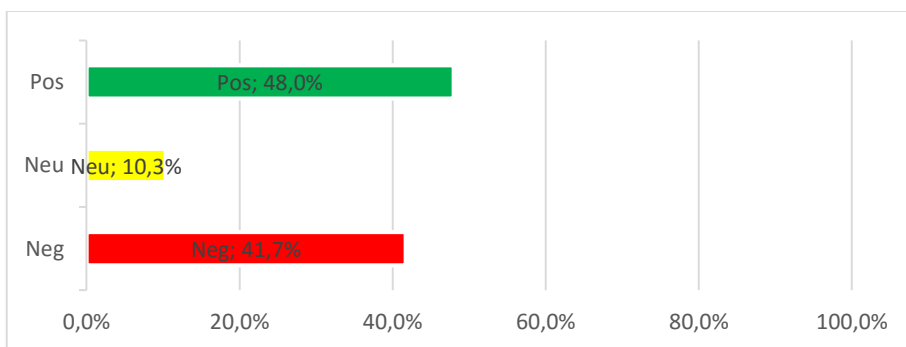
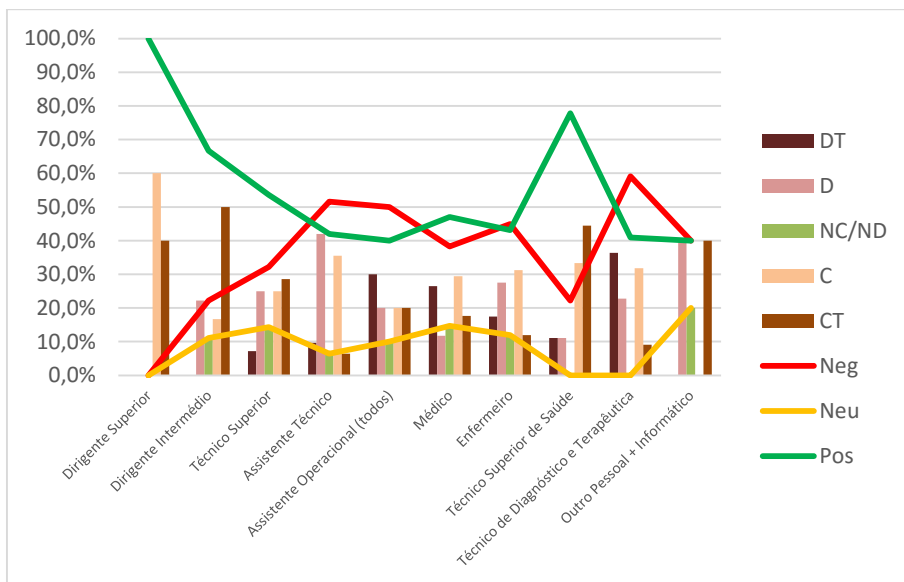
Controlo Interno
Procedimentos de Controlo

2.11 - O relatório anual do seu serviço é partilhado com todos os profissionais

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	4	2	3	9	+ alto melhor	0,0%	22,2%	11,1%	16,7%	50,0%	22,2%	11,1%	66,7%
Técnico Superior	2	7	4	7	8	+ alto melhor	7,1%	25,0%	14,3%	25,0%	28,6%	32,1%	14,3%	53,6%
Assistente Técnico	3	13	2	11	2	+ alto melhor	9,7%	41,9%	6,5%	35,5%	6,5%	51,6%	6,5%	41,9%
Assistente Operacional (todos)	3	2	1	2	2	+ alto melhor	30,0%	20,0%	10,0%	20,0%	20,0%	50,0%	10,0%	40,0%
Médico	9	4	5	10	6	+ alto melhor	26,5%	11,8%	14,7%	29,4%	17,6%	38,2%	14,7%	47,1%
Enfermeiro	19	30	13	34	13	+ alto melhor	17,4%	27,5%	11,9%	31,2%	11,9%	45,0%	11,9%	43,1%
Técnico Superior de Saúde	1	1	0	3	4	+ alto melhor	11,1%	11,1%	0,0%	33,3%	44,4%	22,2%	0,0%	77,8%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	8	5	0	7	2	+ alto melhor	36,4%	22,7%	0,0%	31,8%	9,1%	59,1%	0,0%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	2	1	0	2	+ alto melhor	0,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	45	68	28	80	50	+ alto melhor	16,6%	25,1%	10,3%	29,5%	18,5%	41,7%	10,3%	48,0%
Não responderam	6													



Ciclo PDCA

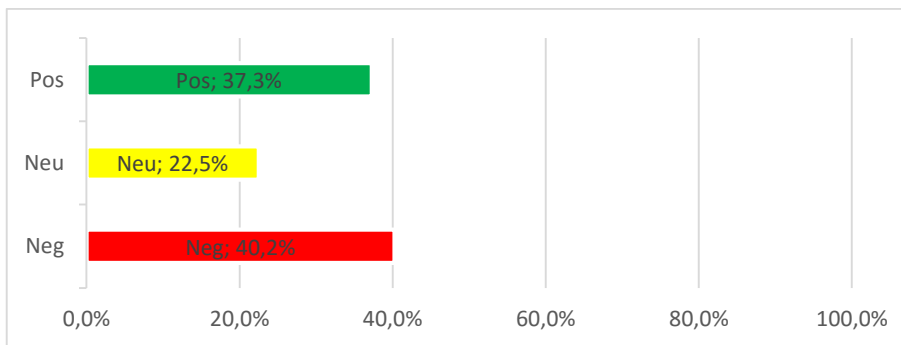
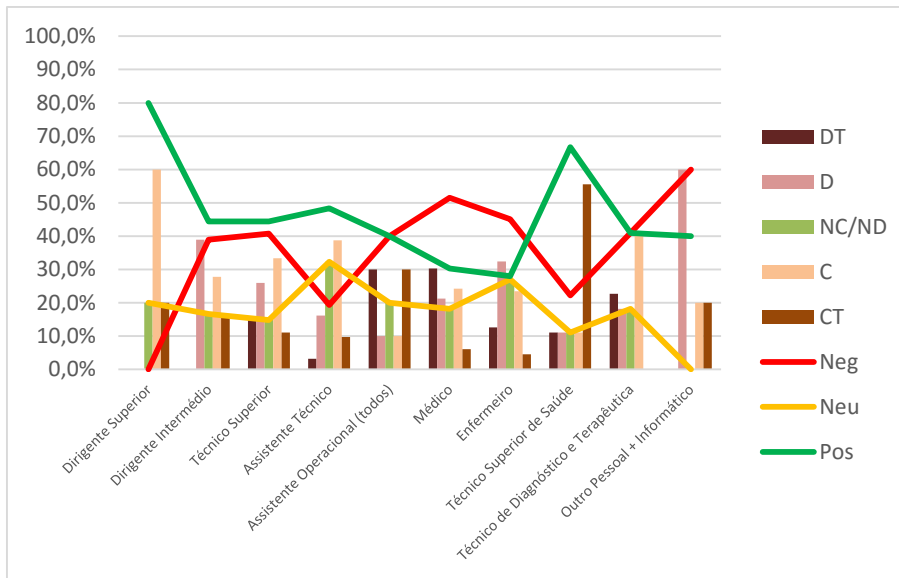
Planeamento - Determinar o Processo Atual

2.12 - Tudo o que é efetuado no serviço segue um manual de procedimentos já definido

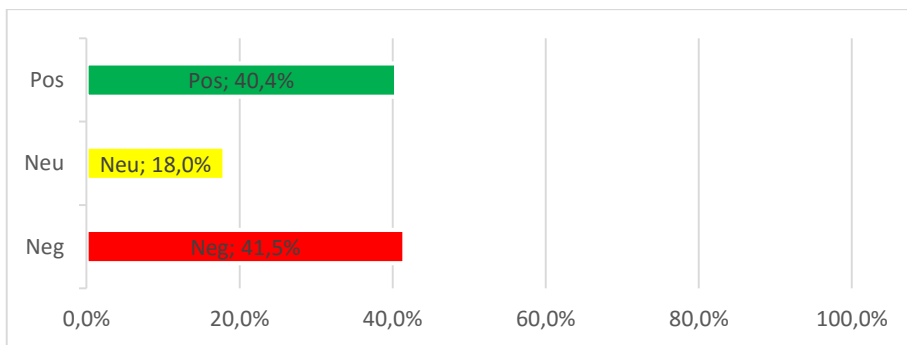
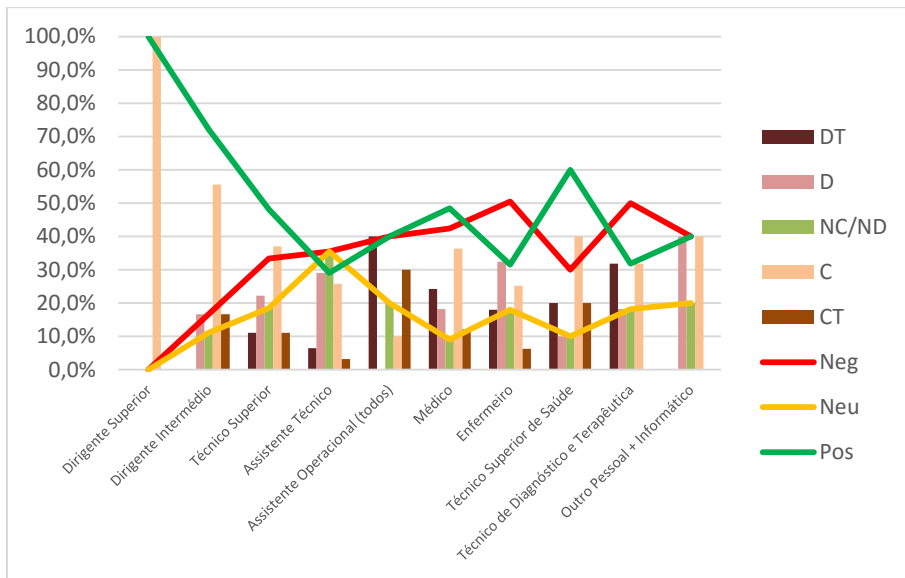
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	7	3	5	3	+ alto melhor	0,0%	38,9%	16,7%	27,8%	16,7%	38,9%	16,7%	44,4%
Técnico Superior	4	7	4	9	3	+ alto melhor	14,8%	25,9%	14,8%	33,3%	11,1%	40,7%	14,8%	44,4%
Assistente Técnico	1	5	10	12	3	+ alto melhor	3,2%	16,1%	32,3%	38,7%	9,7%	19,4%	32,3%	48,4%
Assistente Operacional (todos)	3	1	2	1	3	+ alto melhor	30,0%	10,0%	20,0%	10,0%	30,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Médico	10	7	6	8	2	+ alto melhor	30,3%	21,2%	18,2%	24,2%	6,1%	51,5%	18,2%	30,3%
Enfermeiro	14	36	30	26	5	+ alto melhor	12,6%	32,4%	27,0%	23,4%	4,5%	45,0%	27,0%	27,9%
Técnico Superior de Saúde	1	1	1	1	5	+ alto melhor	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	55,6%	22,2%	11,1%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	5	4	4	9	0	+ alto melhor	22,7%	18,2%	18,2%	40,9%	0,0%	40,9%	18,2%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	3	0	1	1	+ alto melhor	0,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	38	71	61	75	26	+ alto melhor	14,0%	26,2%	22,5%	27,7%	9,6%	40,2%	22,5%	37,3%
Não responderam	6													



Ciclo PDCA														
Planeamento - Definir o Processo Atual														
2.13 - Periodicamente existe uma reflexão sobre os procedimentos instituídos.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	5	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	3	2	10	3	+ alto melhor	0,0%	16,7%	11,1%	55,6%	16,7%	16,7%	72,2%	
Técnico Superior	3	6	5	10	3	+ alto melhor	11,1%	22,2%	18,5%	37,0%	11,1%	33,3%	48,1%	
Assistente Técnico	2	9	11	8	1	+ alto melhor	6,5%	29,0%	35,5%	25,8%	3,2%	35,5%	29,0%	
Assistente Operacional (todos)	4	0	2	1	3	+ alto melhor	40,0%	0,0%	20,0%	10,0%	30,0%	40,0%	40,0%	
Médico	8	6	3	12	4	+ alto melhor	24,2%	18,2%	9,1%	36,4%	12,1%	42,4%	48,5%	
Enfermeiro	20	36	20	28	7	+ alto melhor	18,0%	32,4%	18,0%	25,2%	6,3%	50,5%	31,5%	
Técnico Superior de Saúde	2	1	1	4	2	+ alto melhor	20,0%	10,0%	10,0%	40,0%	20,0%	30,0%	60,0%	
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	7	4	4	7	0	+ alto melhor	31,8%	18,2%	18,2%	31,8%	0,0%	50,0%	31,8%	
Outro Pessoal + Informático	0	2	1	2	0	+ alto melhor	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	40,0%	
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	46	67	49	87	23	+ alto melhor	16,9%	24,6%	18,0%	32,0%	8,5%	41,5%	18,0%	40,4%
Não responderam	5													



Ciclo PDCA

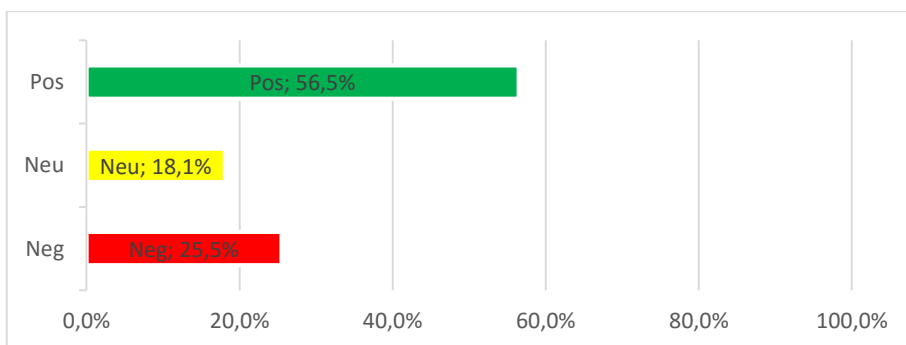
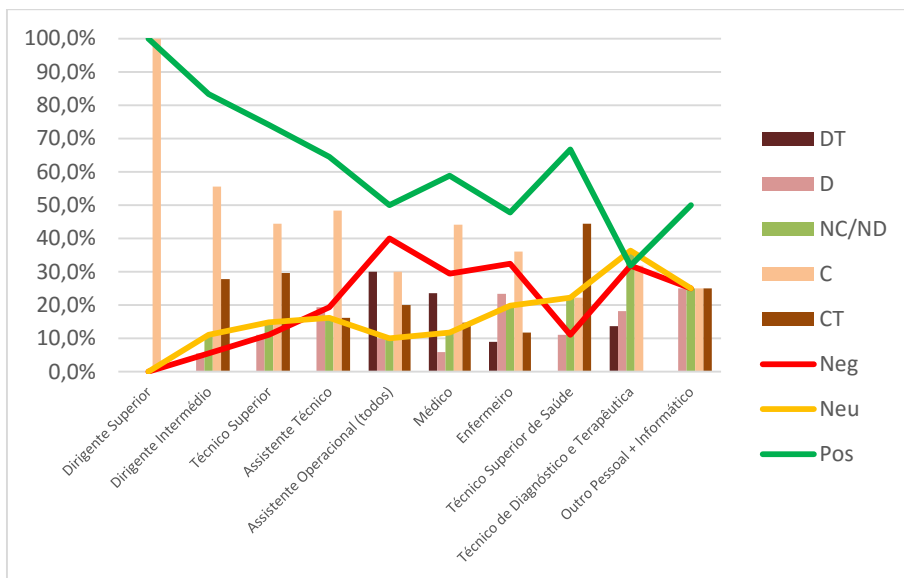
Planeamento - Selecione uma Mudança

2.14 - Quando é efetuado o planeamento do seu serviço, existe a preocupação de enumerar o que é mais urgente resolver (prioridades).

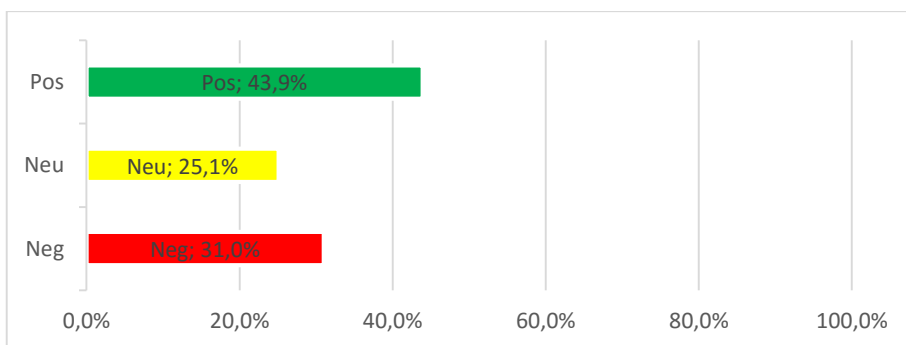
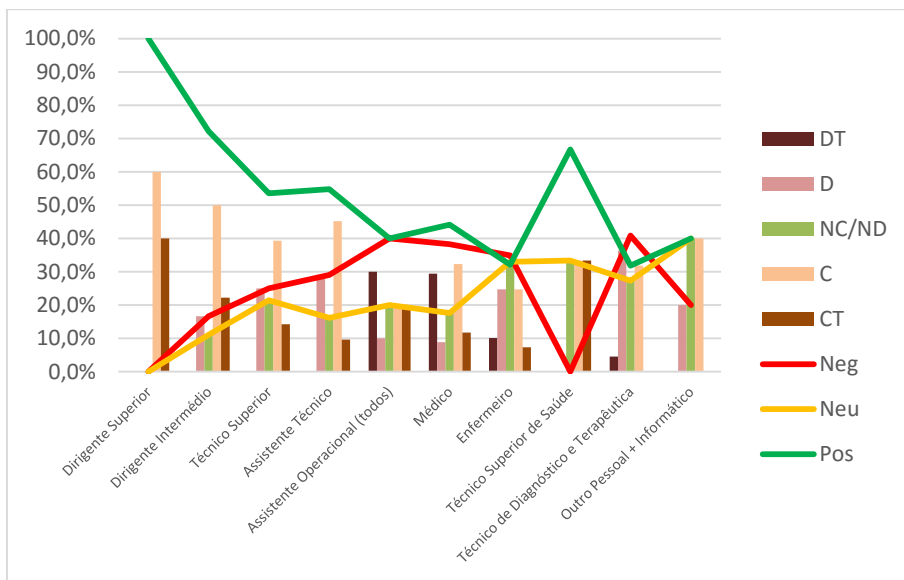
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	5	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	1	2	10	5	+ alto melhor	0,0%	5,6%	11,1%	55,6%	27,8%	5,6%	11,1%	83,3%
Técnico Superior	0	3	4	12	8	+ alto melhor	0,0%	11,1%	14,8%	44,4%	29,6%	11,1%	14,8%	74,1%
Assistente Técnico	0	6	5	15	5	+ alto melhor	0,0%	19,4%	16,1%	48,4%	16,1%	19,4%	16,1%	64,5%
Assistente Operacional (todos)	3	1	1	3	2	+ alto melhor	30,0%	10,0%	10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	50,0%
Médico	8	2	4	15	5	+ alto melhor	23,5%	5,9%	11,8%	44,1%	14,7%	29,4%	11,8%	58,8%
Enfermeiro	10	26	22	40	13	+ alto melhor	9,0%	23,4%	19,8%	36,0%	11,7%	32,4%	19,8%	47,7%
Técnico Superior de Saúde	0	1	2	2	4	+ alto melhor	0,0%	11,1%	22,2%	22,2%	44,4%	11,1%	22,2%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	4	8	7	0	+ alto melhor	13,6%	18,2%	36,4%	31,8%	0,0%	31,8%	36,4%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	1	1	1	1	+ alto melhor	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

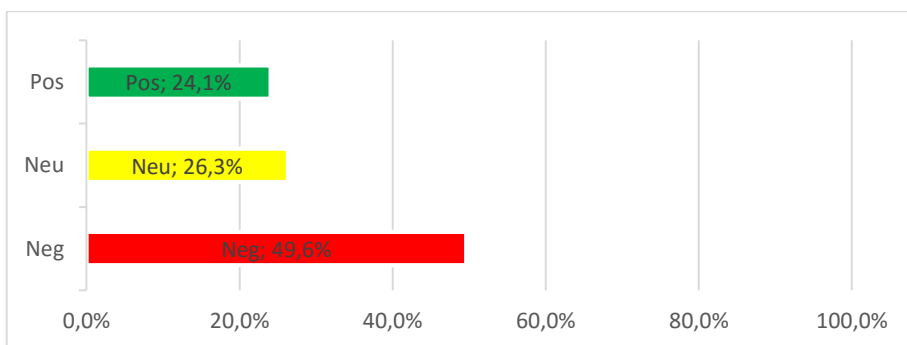
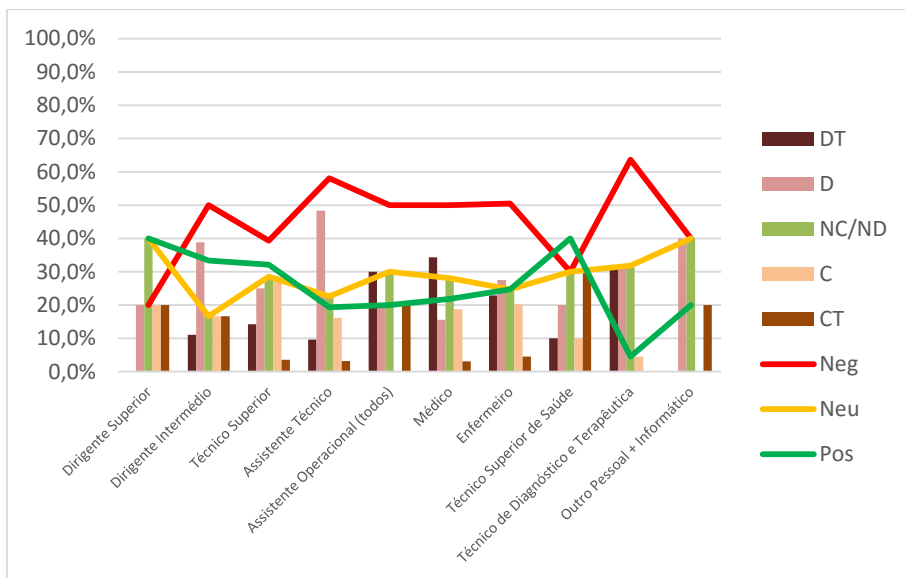
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	24	45	49	110	43	+ alto melhor	8,9%	16,6%	18,1%	40,6%	15,9%	25,5%	18,1%	56,5%
Não responderam	6													



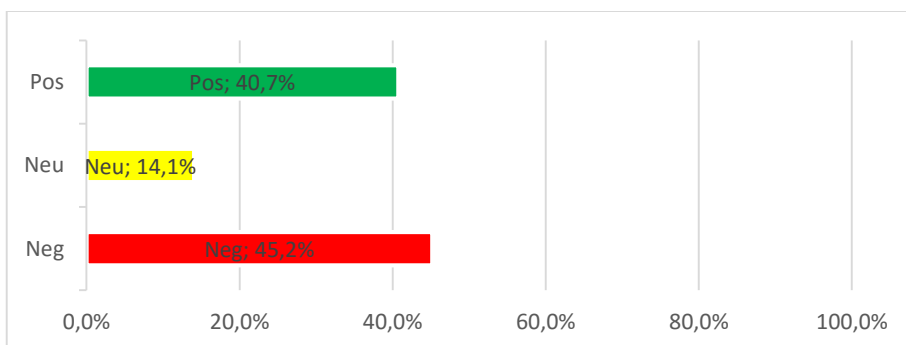
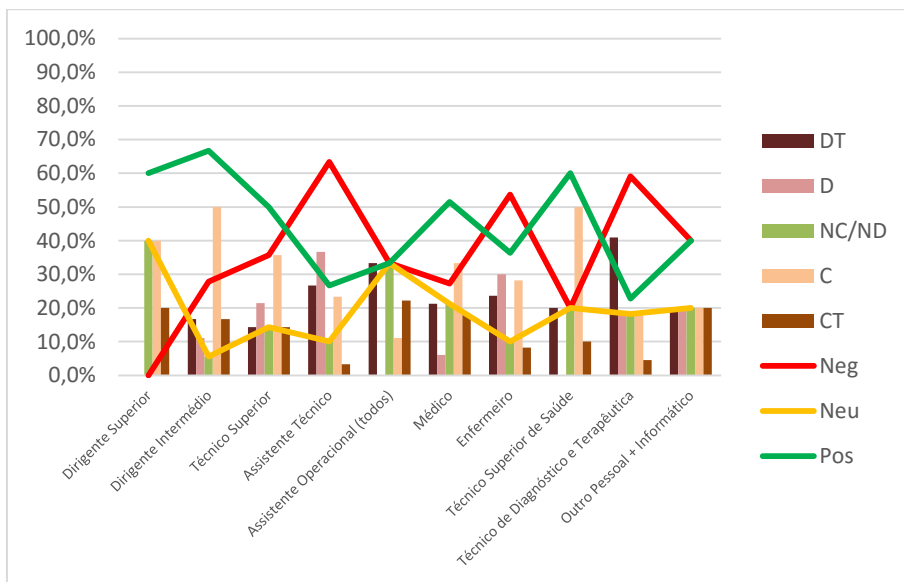
Ciclo PDCA														
Fazer														
2.15 - Quando ocorrem mudanças planejadas no serviço, as mesmas são acompanhadas e monitorizadas														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	3	2	9	4	+ alto melhor	0,0%	16,7%	11,1%	50,0%	22,2%	16,7%	11,1%	72,2%
Técnico Superior	0	7	6	11	4	+ alto melhor	0,0%	25,0%	21,4%	39,3%	14,3%	25,0%	21,4%	53,6%
Assistente Técnico	0	9	5	14	3	+ alto melhor	0,0%	29,0%	16,1%	45,2%	9,7%	29,0%	16,1%	54,8%
Assistente Operacional (todos)	3	1	2	2	2	+ alto melhor	30,0%	10,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Médico	10	3	6	11	4	+ alto melhor	29,4%	8,8%	17,6%	32,4%	11,8%	38,2%	17,6%	44,1%
Enfermeiro	11	27	36	27	8	+ alto melhor	10,1%	24,8%	33,0%	24,8%	7,3%	34,9%	33,0%	32,1%
Técnico Superior de Saúde	0	0	3	3	3	+ alto melhor	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	8	6	7	0	+ alto melhor	4,5%	36,4%	27,3%	31,8%	0,0%	40,9%	27,3%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	1	2	2	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	25	59	68	89	30	+ alto melhor	9,2%	21,8%	25,1%	32,8%	11,1%	31,0%	25,1%	43,9%
Não responderam	6													



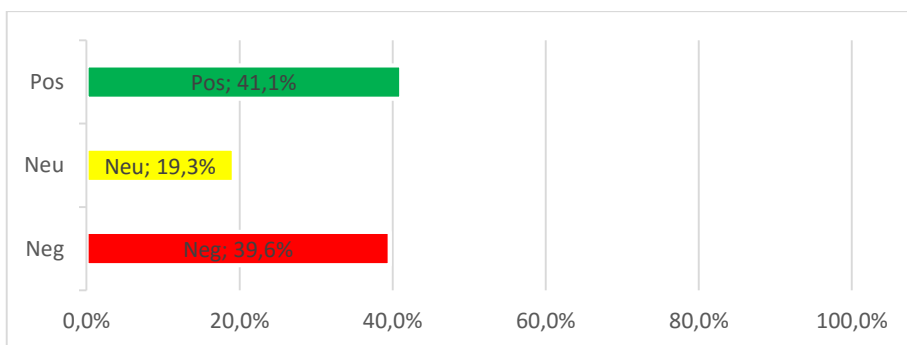
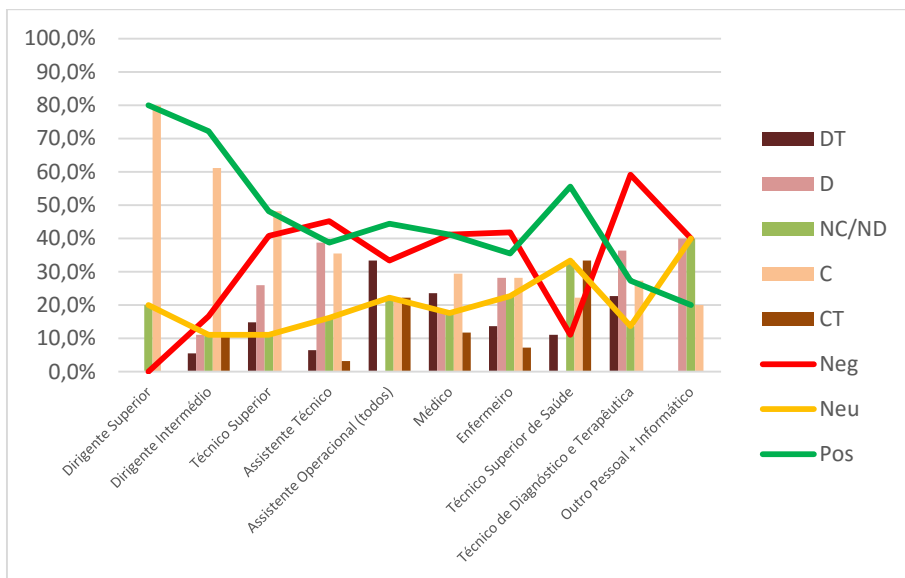
Ciclo PDCA														
Fazer														
2.16 - Qualquer alteração planeada no serviço é testada para pré-verificar o seu sucesso.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	2	1	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Dirigente Intermédio	2	7	3	3	3	+ alto melhor	11,1%	38,9%	16,7%	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	33,3%
Técnico Superior	4	7	8	8	1	+ alto melhor	14,3%	25,0%	28,6%	28,6%	3,6%	39,3%	28,6%	32,1%
Assistente Técnico	3	15	7	5	1	+ alto melhor	9,7%	48,4%	22,6%	16,1%	3,2%	58,1%	22,6%	19,4%
Assistente Operacional (todos)	3	2	3	0	2	+ alto melhor	30,0%	20,0%	30,0%	0,0%	20,0%	50,0%	30,0%	20,0%
Médico	11	5	9	6	1	+ alto melhor	34,4%	15,6%	28,1%	18,8%	3,1%	50,0%	28,1%	21,9%
Enfermeiro	25	30	27	22	5	+ alto melhor	22,9%	27,5%	24,8%	20,2%	4,6%	50,5%	24,8%	24,8%
Técnico Superior de Saúde	1	2	3	1	3	+ alto melhor	10,0%	20,0%	30,0%	10,0%	30,0%	30,0%	30,0%	40,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	7	7	7	1	0	+ alto melhor	31,8%	31,8%	31,8%	4,5%	0,0%	63,6%	31,8%	4,5%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	0	1	+ alto melhor	0,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	56	78	71	47	18	+ alto melhor	20,7%	28,9%	26,3%	17,4%	6,7%	49,6%	26,3%	24,1%
Não responderam	7													



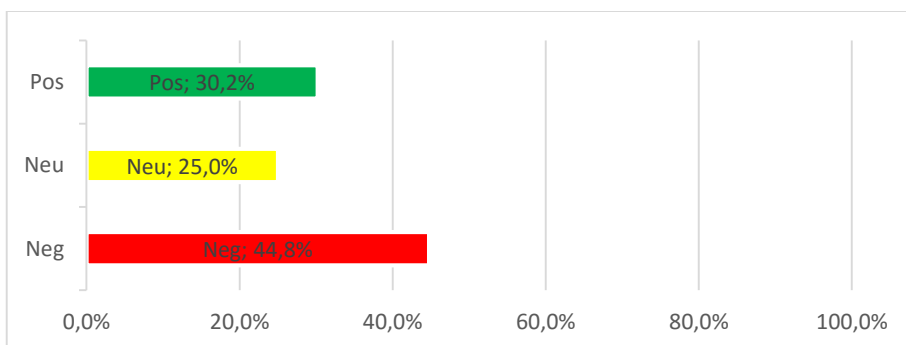
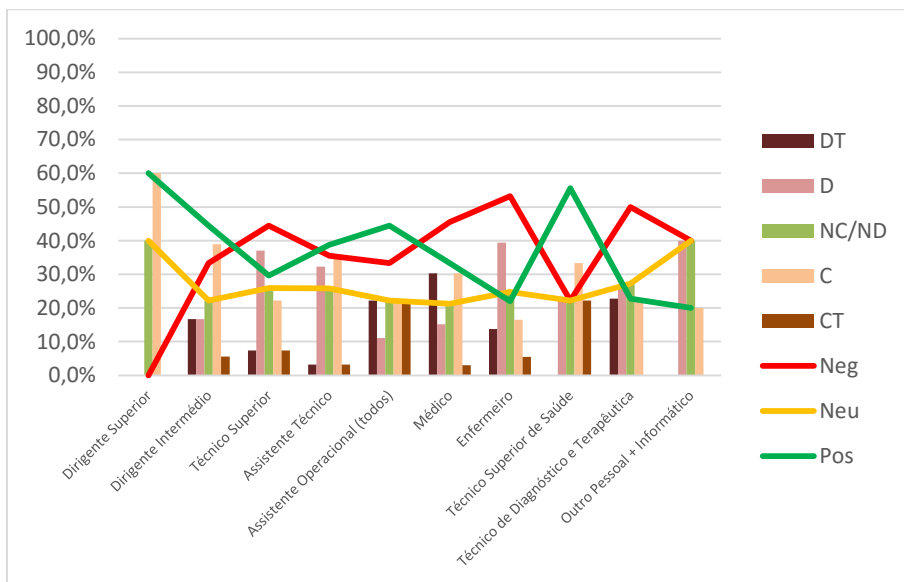
Controlo Interno														
Monitorização														
2.17 - Existe periodicamente uma reunião alargada de todo o serviço para partilhar os resultados de todas as atividades, mudanças e desempenho														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	2	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	3	2	1	9	3	+ alto melhor	16,7%	11,1%	5,6%	50,0%	16,7%	27,8%	5,6%	66,7%
Técnico Superior	4	6	4	10	4	+ alto melhor	14,3%	21,4%	14,3%	35,7%	14,3%	35,7%	14,3%	50,0%
Assistente Técnico	8	11	3	7	1	+ alto melhor	26,7%	36,7%	10,0%	23,3%	3,3%	63,3%	10,0%	26,7%
Assistente Operacional (todos)	3	0	3	1	2	+ alto melhor	33,3%	0,0%	33,3%	11,1%	22,2%	33,3%	33,3%	33,3%
Médico	7	2	7	11	6	+ alto melhor	21,2%	6,1%	21,2%	33,3%	18,2%	27,3%	21,2%	51,5%
Enfermeiro	26	33	11	31	9	+ alto melhor	23,6%	30,0%	10,0%	28,2%	8,2%	53,6%	10,0%	36,4%
Técnico Superior de Saúde	2	0	2	5	1	+ alto melhor	20,0%	0,0%	20,0%	50,0%	10,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	9	4	4	4	1	+ alto melhor	40,9%	18,2%	18,2%	18,2%	4,5%	59,1%	18,2%	22,7%
Outro Pessoal + Informático	1	1	1	1	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	63	59	38	81	29	+ alto melhor	23,3%	21,9%	14,1%	30,0%	10,7%	45,2%	14,1%	40,7%
Não responderam	7													



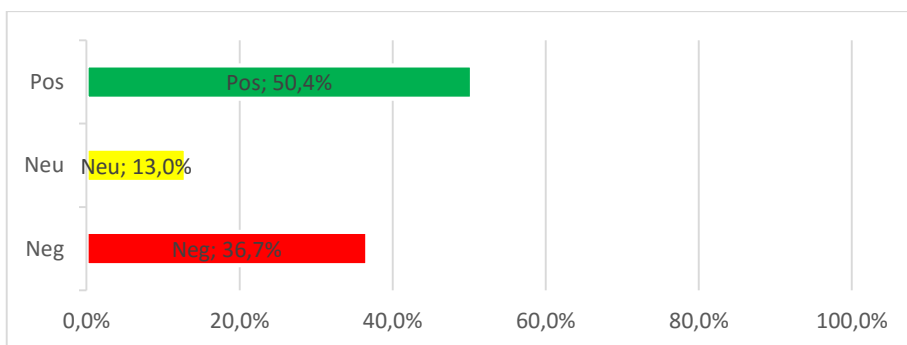
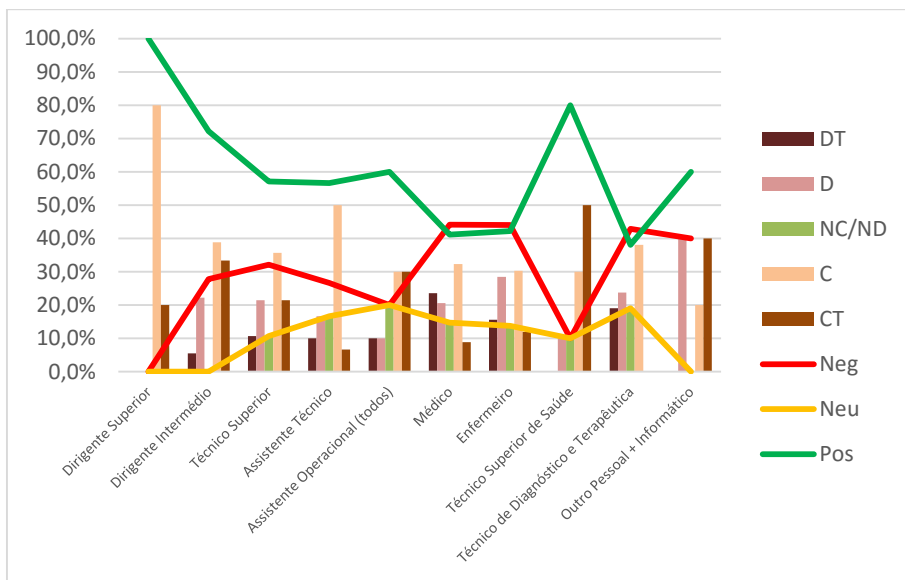
Ciclo PDCA														
Verificar														
2.18 - Após as mudanças ocorrerem, é verificado se o que foi planeado foi cumprido														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	4	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	20,0%	80,0%	
Dirigente Intermédio	1	2	2	11	2	+ alto melhor	5,6%	11,1%	11,1%	61,1%	11,1%	16,7%	11,1%	72,2%
Técnico Superior	4	7	3	13	0	+ alto melhor	14,8%	25,9%	11,1%	48,1%	0,0%	40,7%	11,1%	48,1%
Assistente Técnico	2	12	5	11	1	+ alto melhor	6,5%	38,7%	16,1%	35,5%	3,2%	45,2%	16,1%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	3	0	2	2	2	+ alto melhor	33,3%	0,0%	22,2%	22,2%	22,2%	33,3%	22,2%	44,4%
Médico	8	6	6	10	4	+ alto melhor	23,5%	17,6%	17,6%	29,4%	11,8%	41,2%	17,6%	41,2%
Enfermeiro	15	31	25	31	8	+ alto melhor	13,6%	28,2%	22,7%	28,2%	7,3%	41,8%	22,7%	35,5%
Técnico Superior de Saúde	1	0	3	2	3	+ alto melhor	11,1%	0,0%	33,3%	22,2%	33,3%	11,1%	33,3%	55,6%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	5	8	3	6	0	+ alto melhor	22,7%	36,4%	13,6%	27,3%	0,0%	59,1%	13,6%	27,3%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	1	0	+ alto melhor	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Respondeu; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	39	68	52	91	20	+ alto melhor	14,4%	25,2%	19,3%	33,7%	7,4%	39,6%	19,3%	41,1%
Não responderam	7													



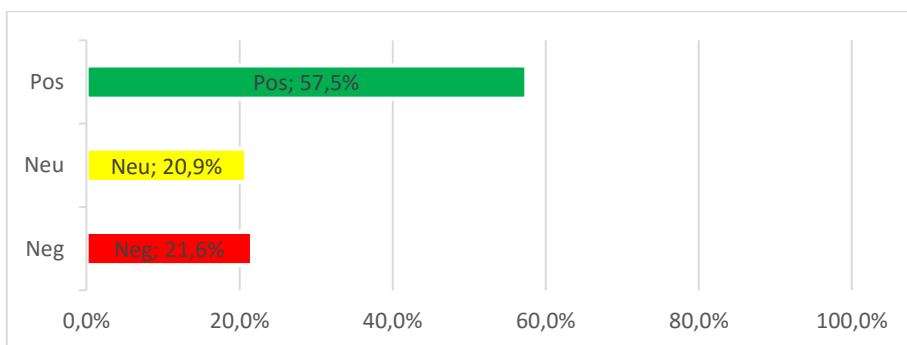
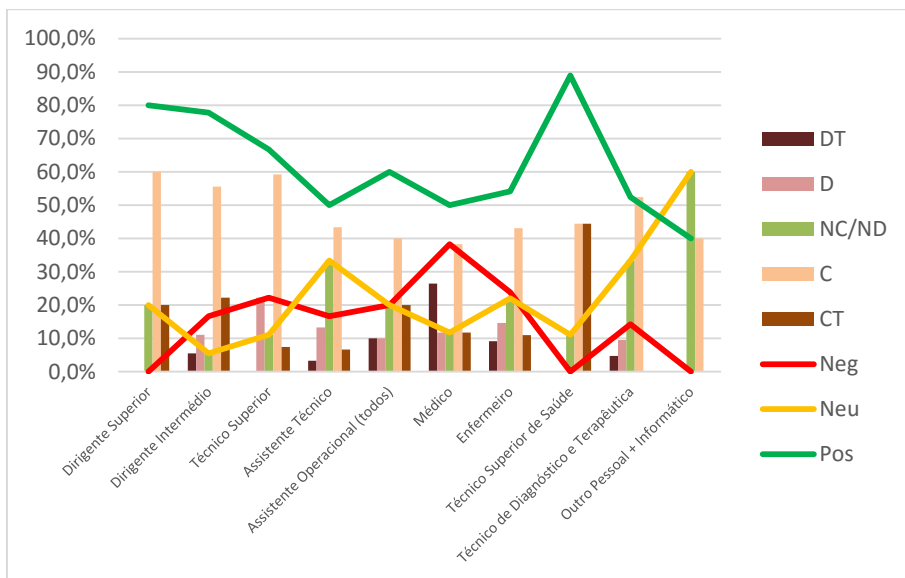
Controlo Interno														
Avaliação de Risco														
2.19 - Nos procedimentos existentes no seu serviço estão identificados os problemas que ocorrem caso cada procedimento não seja cumprido.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	40,0%	60,0%	
Dirigente Intermédio	3	3	4	7	1	+ alto melhor	16,7%	16,7%	22,2%	38,9%	5,6%	33,3%	22,2%	44,4%
Técnico Superior	2	10	7	6	2	+ alto melhor	7,4%	37,0%	25,9%	22,2%	7,4%	44,4%	25,9%	29,6%
Assistente Técnico	1	10	8	11	1	+ alto melhor	3,2%	32,3%	25,8%	35,5%	3,2%	35,5%	25,8%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	2	1	2	2	2	+ alto melhor	22,2%	11,1%	22,2%	22,2%	22,2%	33,3%	22,2%	44,4%
Médico	10	5	7	10	1	+ alto melhor	30,3%	15,2%	21,2%	30,3%	3,0%	45,5%	21,2%	33,3%
Enfermeiro	15	43	27	18	6	+ alto melhor	13,8%	39,4%	24,8%	16,5%	5,5%	53,2%	24,8%	22,0%
Técnico Superior de Saúde	0	2	2	3	2	+ alto melhor	0,0%	22,2%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	22,2%	55,6%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	5	6	6	5	0	+ alto melhor	22,7%	27,3%	27,3%	22,7%	0,0%	50,0%	27,3%	22,7%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	1	0	+ alto melhor	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	38	82	67	66	15	+ alto melhor	14,2%	30,6%	25,0%	24,6%	5,6%	44,8%	25,0%	30,2%
Não responderam	9													



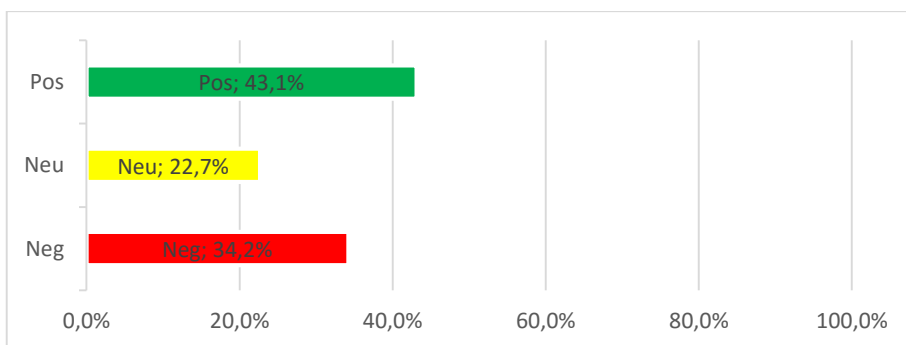
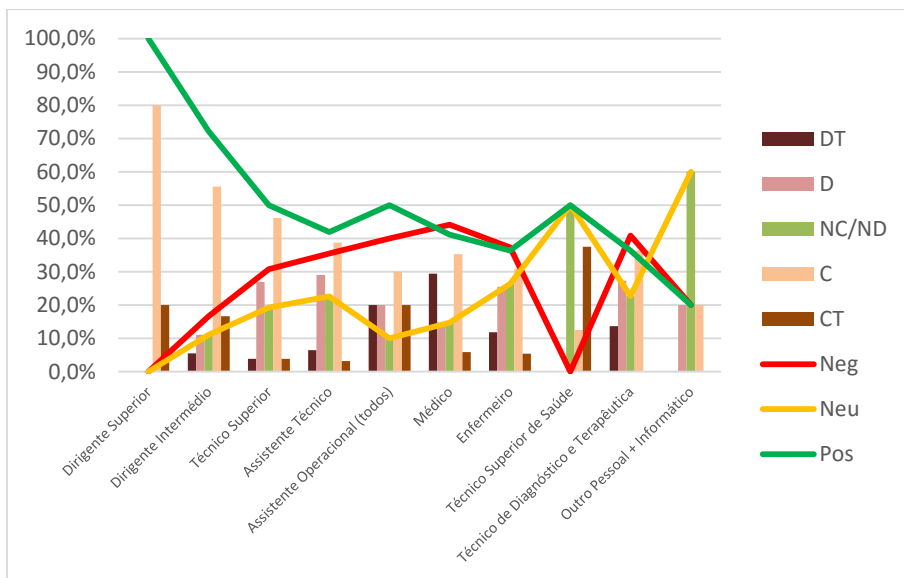
Ciclo PDCA														
Verificar														
2.20 - Há alguém responsável de analisar, em pormenor, os resultados alcançados														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	1	4	0	7	6	+ alto melhor	5,6%	22,2%	0,0%	38,9%	33,3%	27,8%	0,0%	72,2%
Técnico Superior	3	6	3	10	6	+ alto melhor	10,7%	21,4%	10,7%	35,7%	21,4%	32,1%	10,7%	57,1%
Assistente Técnico	3	5	5	15	2	+ alto melhor	10,0%	16,7%	16,7%	50,0%	6,7%	26,7%	16,7%	56,7%
Assistente Operacional (todos)	1	1	2	3	3	+ alto melhor	10,0%	10,0%	20,0%	30,0%	30,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Médico	8	7	5	11	3	+ alto melhor	23,5%	20,6%	14,7%	32,4%	8,8%	44,1%	14,7%	41,2%
Enfermeiro	17	31	15	33	13	+ alto melhor	15,6%	28,4%	13,8%	30,3%	11,9%	44,0%	13,8%	42,2%
Técnico Superior de Saúde	0	1	1	3	5	+ alto melhor	0,0%	10,0%	10,0%	30,0%	50,0%	10,0%	10,0%	80,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	5	4	8	0	+ alto melhor	19,0%	23,8%	19,0%	38,1%	0,0%	42,9%	19,0%	38,1%
Outro Pessoal + Informático	0	2	0	1	2	+ alto melhor	0,0%	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	60,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	37	62	35	95	41	+ alto melhor	13,7%	23,0%	13,0%	35,2%	15,2%	36,7%	13,0%	50,4%
Não responderam	7													



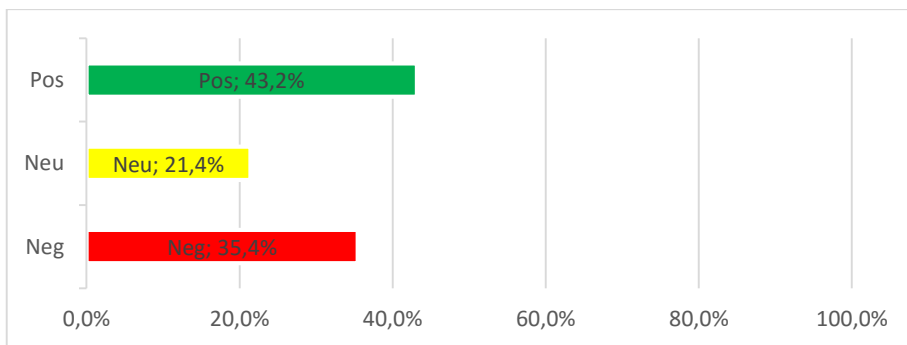
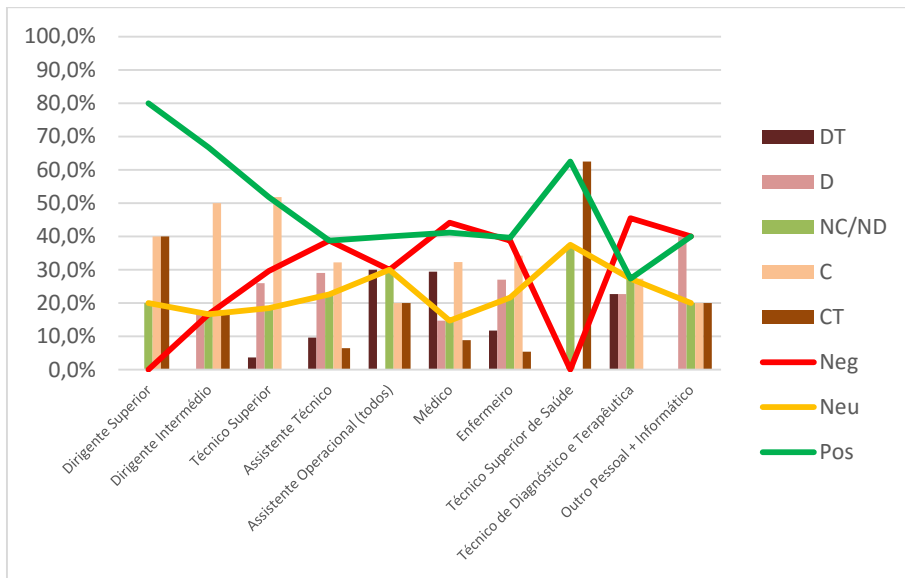
Ciclo PDCA														
Agir														
2.21 - Após as mudanças ocorridas, tudo o que é considerado positivo passa a fazer parte das rotinas diárias do serviço														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	1	2	1	10	4	+ alto melhor	5,6%	11,1%	5,6%	55,6%	22,2%	16,7%	5,6%	77,8%
Técnico Superior	0	6	3	16	2	+ alto melhor	0,0%	22,2%	11,1%	59,3%	7,4%	22,2%	11,1%	66,7%
Assistente Técnico	1	4	10	13	2	+ alto melhor	3,3%	13,3%	33,3%	43,3%	6,7%	16,7%	33,3%	50,0%
Assistente Operacional (todos)	1	1	2	4	2	+ alto melhor	10,0%	10,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Médico	9	4	4	13	4	+ alto melhor	26,5%	11,8%	11,8%	38,2%	11,8%	38,2%	11,8%	50,0%
Enfermeiro	10	16	24	47	12	+ alto melhor	9,2%	14,7%	22,0%	43,1%	11,0%	23,9%	22,0%	54,1%
Técnico Superior de Saúde	0	0	1	4	4	+ alto melhor	0,0%	0,0%	11,1%	44,4%	44,4%	0,0%	11,1%	88,9%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	7	11	0	+ alto melhor	4,8%	9,5%	33,3%	52,4%	0,0%	14,3%	33,3%	52,4%
Outro Pessoal + Informático	0	0	3	2	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	23	35	56	123	31	+ alto melhor	8,6%	13,1%	20,9%	45,9%	11,6%	21,6%	20,9%	57,5%
Não responderam	9													



Ciclo PDCA														
Agir														
2.22 - Se as mudanças não tiveram o sucesso planeado é efetuado novo planeamento para resolver o problema														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	1	2	2	10	3	+ alto melhor	5,6%	11,1%	11,1%	55,6%	16,7%	16,7%	11,1%	72,2%
Técnico Superior	1	7	5	12	1	+ alto melhor	3,8%	26,9%	19,2%	46,2%	3,8%	30,8%	19,2%	50,0%
Assistente Técnico	2	9	7	12	1	+ alto melhor	6,5%	29,0%	22,6%	38,7%	3,2%	35,5%	22,6%	41,9%
Assistente Operacional (todos)	2	2	1	3	2	+ alto melhor	20,0%	20,0%	10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	50,0%
Médico	10	5	5	12	2	+ alto melhor	29,4%	14,7%	14,7%	35,3%	5,9%	44,1%	14,7%	41,2%
Enfermeiro	13	28	29	34	6	+ alto melhor	11,8%	25,5%	26,4%	30,9%	5,5%	37,3%	26,4%	36,4%
Técnico Superior de Saúde	0	0	4	1	3	+ alto melhor	0,0%	0,0%	50,0%	12,5%	37,5%	0,0%	50,0%	50,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	6	5	8	0	+ alto melhor	13,6%	27,3%	22,7%	36,4%	0,0%	40,9%	22,7%	36,4%
Outro Pessoal + Informático	0	1	3	1	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	32	60	61	97	19	+ alto melhor	11,9%	22,3%	22,7%	36,1%	7,1%	34,2%	22,7%	43,1%
Não responderam	8													



Ciclo PDCA														
Agir														
2.23 - Existe uma avaliação da eficácia das alterações efetuadas no serviço, com o objetivo de melhorar														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	2	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	3	3	9	3	+ alto melhor	0,0%	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	66,7%
Técnico Superior	1	7	5	14	0	+ alto melhor	3,7%	25,9%	18,5%	51,9%	0,0%	29,6%	18,5%	51,9%
Assistente Técnico	3	9	7	10	2	+ alto melhor	9,7%	29,0%	22,6%	32,3%	6,5%	38,7%	22,6%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	3	0	3	2	2	+ alto melhor	30,0%	0,0%	30,0%	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	40,0%
Médico	10	5	5	11	3	+ alto melhor	29,4%	14,7%	14,7%	32,4%	8,8%	44,1%	14,7%	41,2%
Enfermeiro	13	30	24	38	6	+ alto melhor	11,7%	27,0%	21,6%	34,2%	5,4%	38,7%	21,6%	39,6%
Técnico Superior de Saúde	0	0	3	0	5	+ alto melhor	0,0%	0,0%	37,5%	0,0%	62,5%	0,0%	37,5%	62,5%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	5	5	6	6	0	+ alto melhor	22,7%	22,7%	27,3%	27,3%	0,0%	45,5%	27,3%	27,3%
Outro Pessoal + Informático	0	2	1	1	1	+ alto melhor	0,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	35	61	58	93	24	+ alto melhor	12,9%	22,5%	21,4%	34,3%	8,9%	35,4%	21,4%	43,2%
Não responderam	6													



Ciclo PDCA

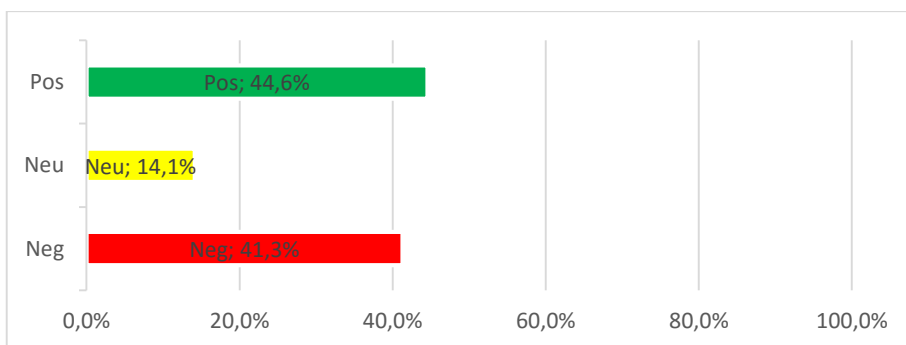
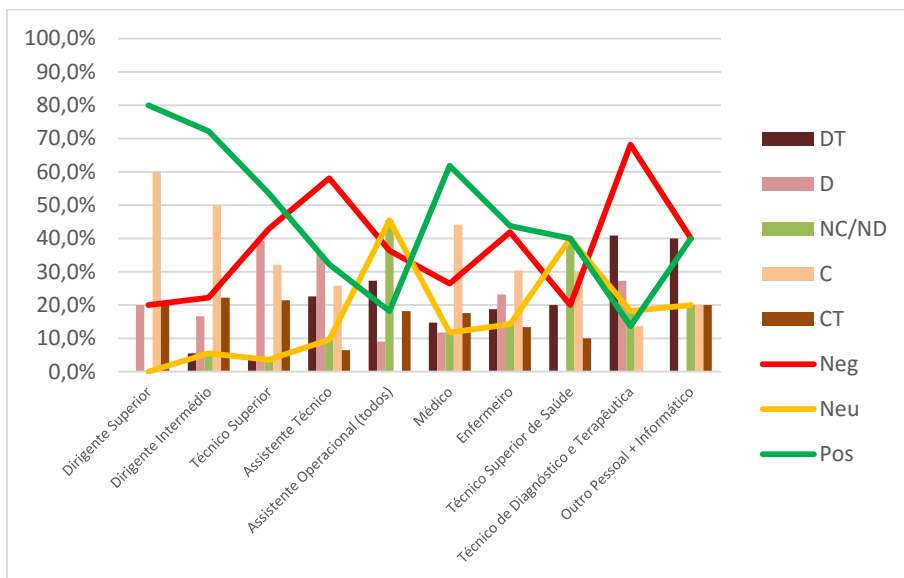
Planeamento - Examinar Soluções

3.1 - O superior hierárquico promove momentos de reunião de todos os profissionais do serviço com o objetivo de encontrarem soluções para os problemas.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	0	3	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	1	3	1	9	4	+ alto melhor	5,6%	16,7%	5,6%	50,0%	22,2%	22,2%	5,6%	72,2%
Técnico Superior	1	11	1	9	6	+ alto melhor	3,6%	39,3%	3,6%	32,1%	21,4%	42,9%	3,6%	53,6%
Assistente Técnico	7	11	3	8	2	+ alto melhor	22,6%	35,5%	9,7%	25,8%	6,5%	58,1%	9,7%	32,3%
Assistente Operacional (todos)	3	1	5	0	2	+ alto melhor	27,3%	9,1%	45,5%	0,0%	18,2%	36,4%	45,5%	18,2%
Médico	5	4	4	15	6	+ alto melhor	14,7%	11,8%	11,8%	44,1%	17,6%	26,5%	11,8%	61,8%
Enfermeiro	21	26	16	34	15	+ alto melhor	18,8%	23,2%	14,3%	30,4%	13,4%	42,0%	14,3%	43,8%
Técnico Superior de Saúde	2	0	4	3	1	+ alto melhor	20,0%	0,0%	40,0%	30,0%	10,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	9	6	4	3	0	+ alto melhor	40,9%	27,3%	18,2%	13,6%	0,0%	68,2%	18,2%	13,6%
Outro Pessoal + Informático	2	0	1	1	1	+ alto melhor	40,0%	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	51	63	39	85	38	+ alto melhor	18,5%	22,8%	14,1%	30,8%	13,8%	41,3%	14,1%	44,6%
Não responderam	1													



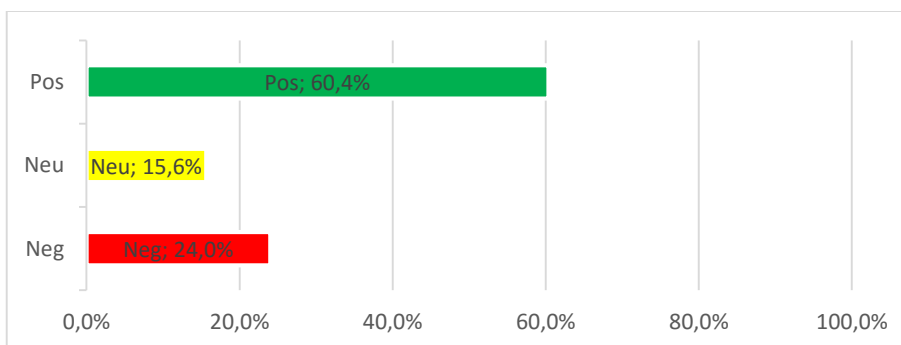
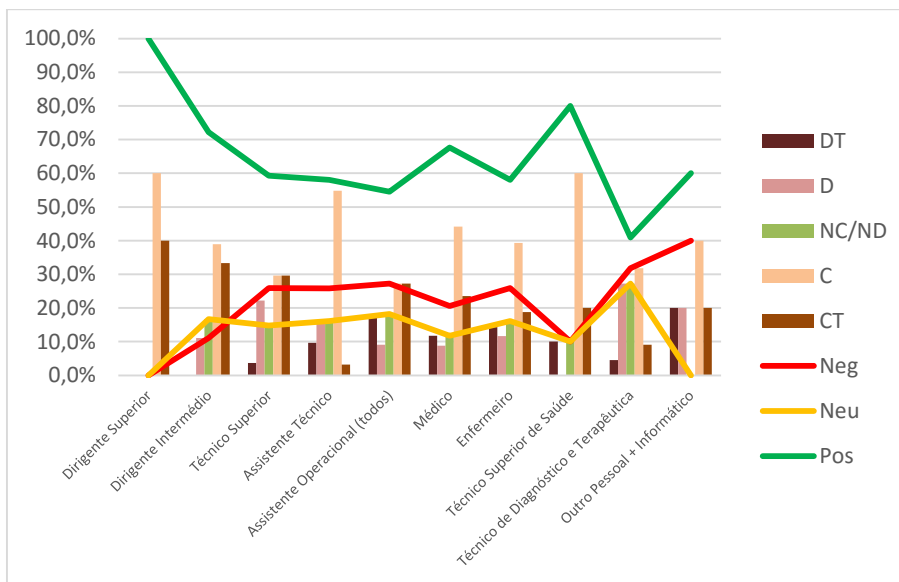
Controlo Interno
Ambiente de Controlo

3.2 - O seu responsável hierárquico é atento ao desempenho do serviço

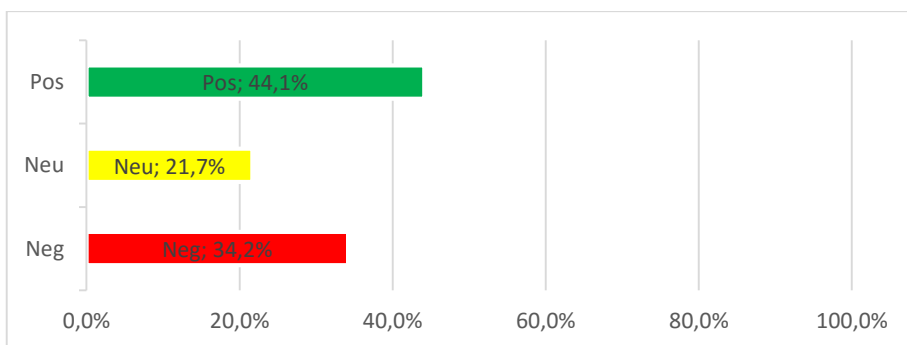
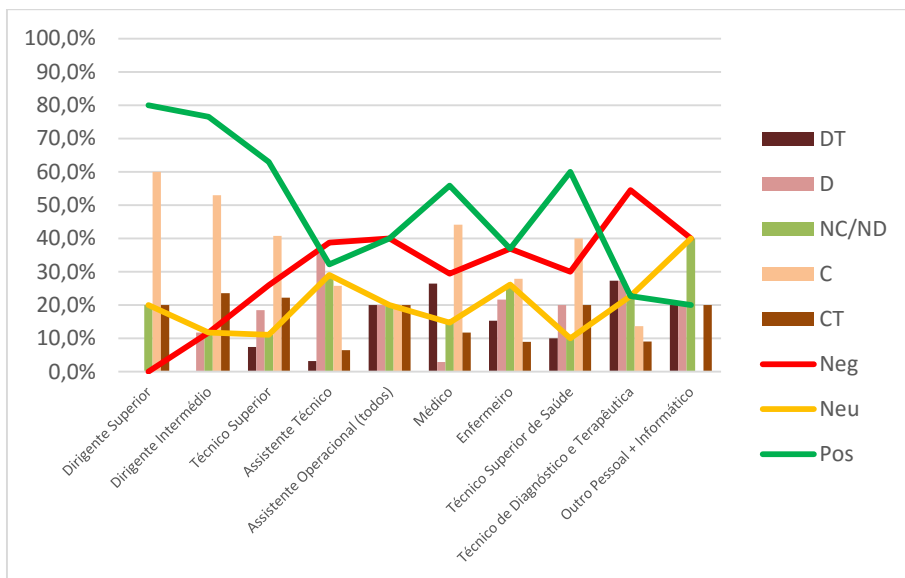
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	3	7	6	+ alto melhor	0,0%	11,1%	16,7%	38,9%	33,3%	11,1%	16,7%	72,2%
Técnico Superior	1	6	4	8	8	+ alto melhor	3,7%	22,2%	14,8%	29,6%	29,6%	25,9%	14,8%	59,3%
Assistente Técnico	3	5	5	17	1	+ alto melhor	9,7%	16,1%	16,1%	54,8%	3,2%	25,8%	16,1%	58,1%
Assistente Operacional (todos)	2	1	2	3	3	+ alto melhor	18,2%	9,1%	18,2%	27,3%	27,3%	27,3%	18,2%	54,5%
Médico	4	3	4	15	8	+ alto melhor	11,8%	8,8%	11,8%	44,1%	23,5%	20,6%	11,8%	67,6%
Enfermeiro	16	13	18	44	21	+ alto melhor	14,3%	11,6%	16,1%	39,3%	18,8%	25,9%	16,1%	58,0%
Técnico Superior de Saúde	1	0	1	6	2	+ alto melhor	10,0%	0,0%	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	10,0%	80,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	6	6	7	2	+ alto melhor	4,5%	27,3%	27,3%	31,8%	9,1%	31,8%	27,3%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	1	1	0	2	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	29	37	43	112	54	+ alto melhor	10,5%	13,5%	15,6%	40,7%	19,6%	24,0%	15,6%	60,4%
Não responderam	2													



Ciclo PDCA														
Planeamento - Detalhe do plano "teste"														
3.3 - Antes de efetuar qualquer mudança no serviço, a mesma é planeada e partilhada a forma de a colocar em prática														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	2	2	9	4	+ alto melhor	0,0%	11,8%	11,8%	52,9%	23,5%	11,8%	11,8%	76,5%
Técnico Superior	2	5	3	11	6	+ alto melhor	7,4%	18,5%	11,1%	40,7%	22,2%	25,9%	11,1%	63,0%
Assistente Técnico	1	11	9	8	2	+ alto melhor	3,2%	35,5%	29,0%	25,8%	6,5%	38,7%	29,0%	32,3%
Assistente Operacional (todos)	2	2	2	2	2	+ alto melhor	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Médico	9	1	5	15	4	+ alto melhor	26,5%	2,9%	14,7%	44,1%	11,8%	29,4%	14,7%	55,9%
Enfermeiro	17	24	29	31	10	+ alto melhor	15,3%	21,6%	26,1%	27,9%	9,0%	36,9%	26,1%	36,9%
Técnico Superior de Saúde	1	2	1	4	2	+ alto melhor	10,0%	20,0%	10,0%	40,0%	20,0%	30,0%	10,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	6	6	5	3	2	+ alto melhor	27,3%	27,3%	22,7%	13,6%	9,1%	54,5%	22,7%	22,7%
Outro Pessoal + Informático	1	1	2	0	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	39	54	59	86	34	+ alto melhor	14,3%	19,9%	21,7%	31,6%	12,5%	34,2%	21,7%	44,1%
Não responderam	5													



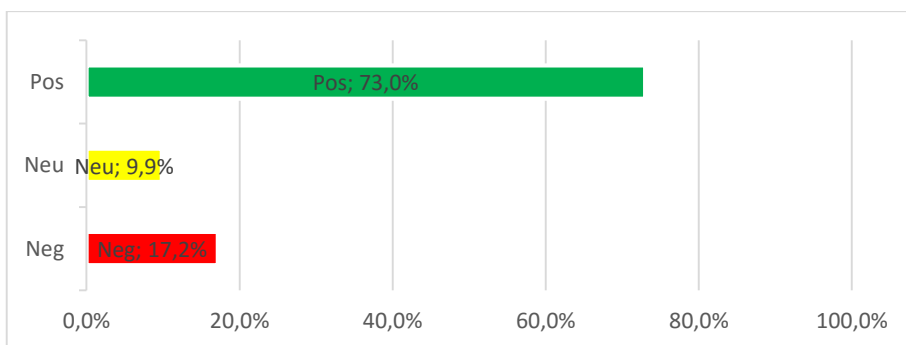
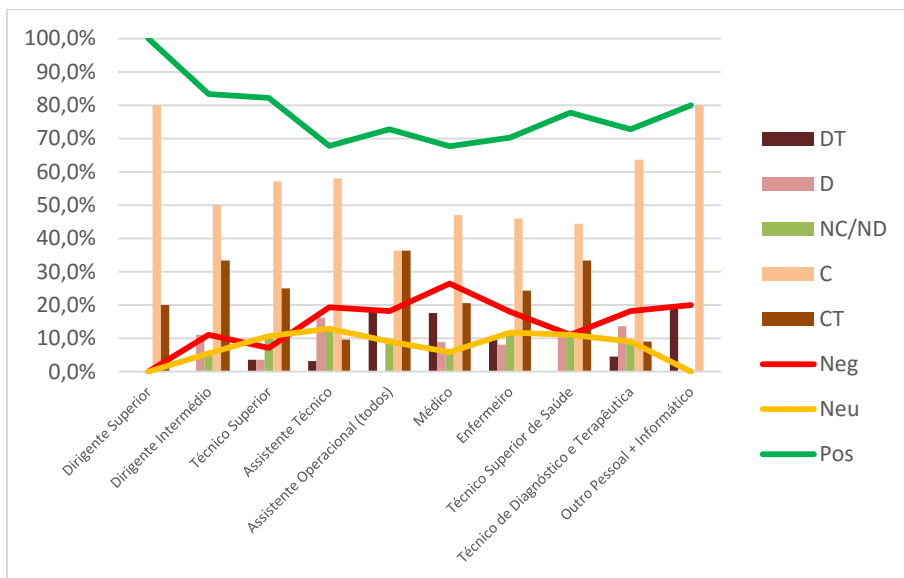
Controlo Interno
Informação e Comunicação

3.4 - O seu superior hierárquico ouve-o quando pretende comunicar-lhe alguma irregularidade

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	1	9	6	+ alto melhor	0,0%	11,1%	5,6%	50,0%	33,3%	11,1%	5,6%	83,3%
Técnico Superior	1	1	3	16	7	+ alto melhor	3,6%	3,6%	10,7%	57,1%	25,0%	7,1%	10,7%	82,1%
Assistente Técnico	1	5	4	18	3	+ alto melhor	3,2%	16,1%	12,9%	58,1%	9,7%	19,4%	12,9%	67,7%
Assistente Operacional (todos)	2	0	1	4	4	+ alto melhor	18,2%	0,0%	9,1%	36,4%	36,4%	18,2%	9,1%	72,7%
Médico	6	3	2	16	7	+ alto melhor	17,6%	8,8%	5,9%	47,1%	20,6%	26,5%	5,9%	67,6%
Enfermeiro	11	9	13	51	27	+ alto melhor	9,9%	8,1%	11,7%	45,9%	24,3%	18,0%	11,7%	70,3%
Técnico Superior de Saúde	0	1	1	4	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%	11,1%	77,8%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	3	2	14	2	+ alto melhor	4,5%	13,6%	9,1%	63,6%	9,1%	18,2%	9,1%	72,7%
Outro Pessoal + Informático	1	0	0	4	0	+ alto melhor	20,0%	0,0%	0,0%	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	80,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	23	24	27	140	60	+ alto melhor	8,4%	8,8%	9,9%	51,1%	21,9%	17,2%	9,9%	73,0%
Não responderam	3													



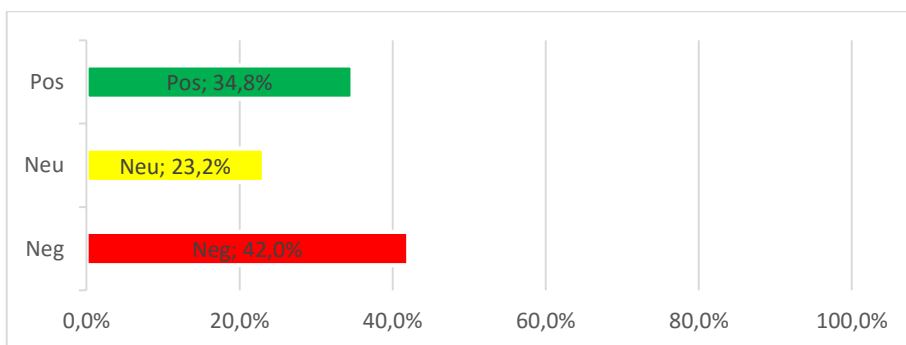
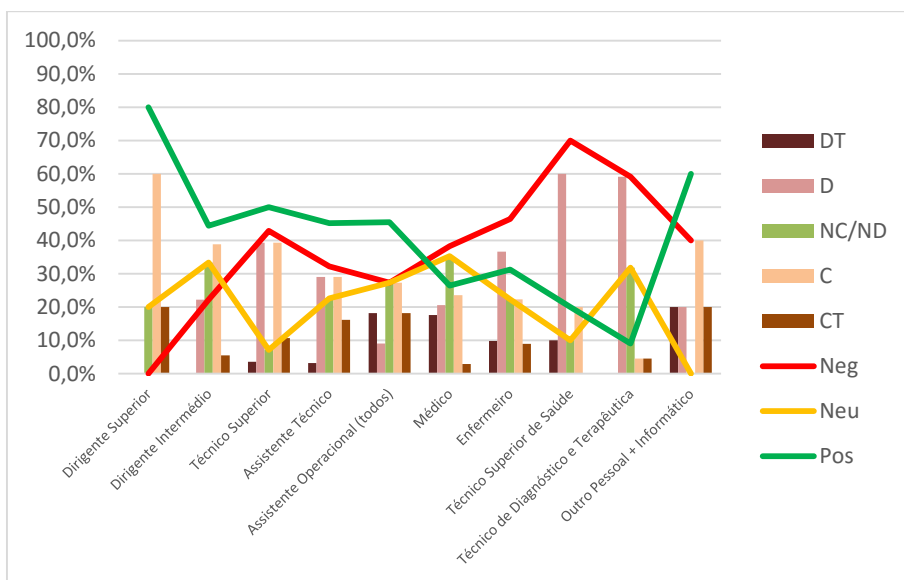
Controlo Interno
Procedimentos de Controlo

3.5 - O seu superior hierárquico questiona-o muitas vezes sobre a execução das suas tarefas

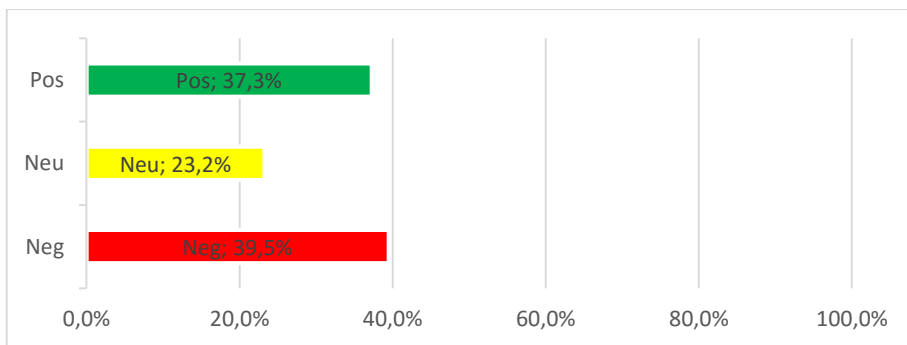
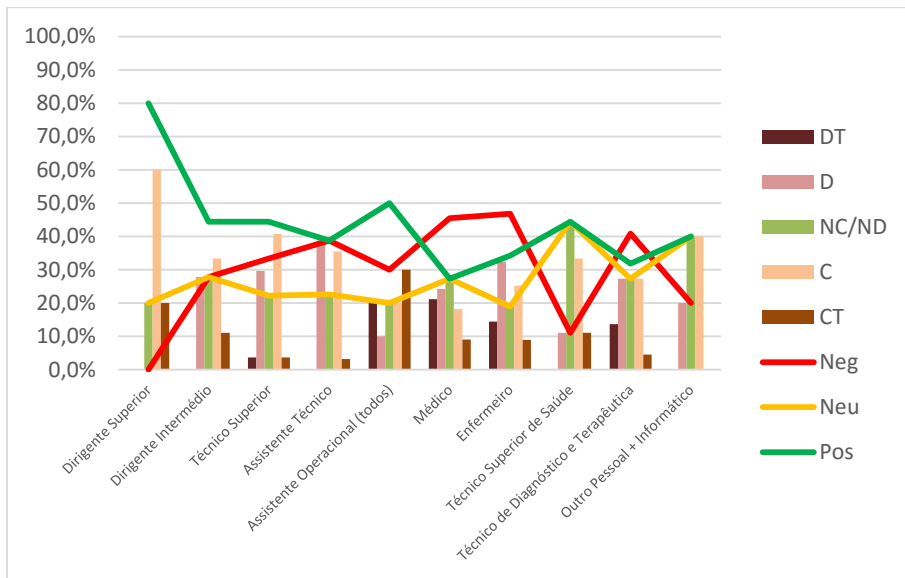
Questão	Respostas					Leitura	Respostas					Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	4	6	7	1	+ alto melhor	0,0%	22,2%	33,3%	38,9%	5,6%	22,2%	33,3%	44,4%
Técnico Superior	1	11	2	11	3	+ alto melhor	3,6%	39,3%	7,1%	39,3%	10,7%	42,9%	7,1%	50,0%
Assistente Técnico	1	9	7	9	5	+ alto melhor	3,2%	29,0%	22,6%	29,0%	16,1%	32,3%	22,6%	45,2%
Assistente Operacional (todos)	2	1	3	3	2	+ alto melhor	18,2%	9,1%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	27,3%	45,5%
Médico	6	7	12	8	1	+ alto melhor	17,6%	20,6%	35,3%	23,5%	2,9%	38,2%	35,3%	26,5%
Enfermeiro	11	41	25	25	10	+ alto melhor	9,8%	36,6%	22,3%	22,3%	8,9%	46,4%	22,3%	31,3%
Técnico Superior de Saúde	1	6	1	2	0	+ alto melhor	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%	0,0%	70,0%	10,0%	20,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	13	7	1	1	+ alto melhor	0,0%	59,1%	31,8%	4,5%	4,5%	59,1%	31,8%	9,1%
Outro Pessoal + Informático	1	1	0	2	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

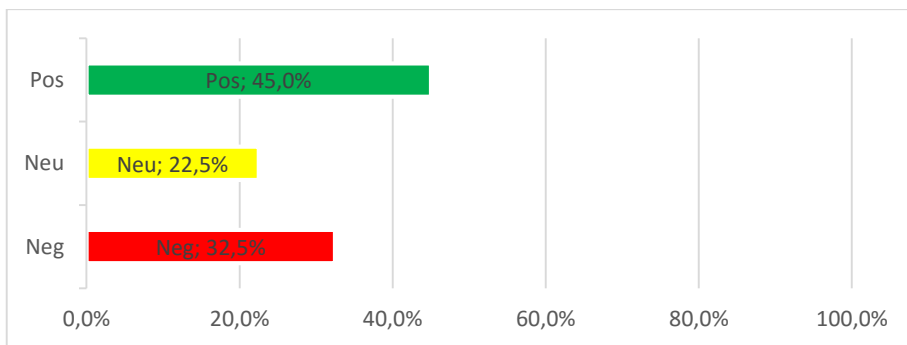
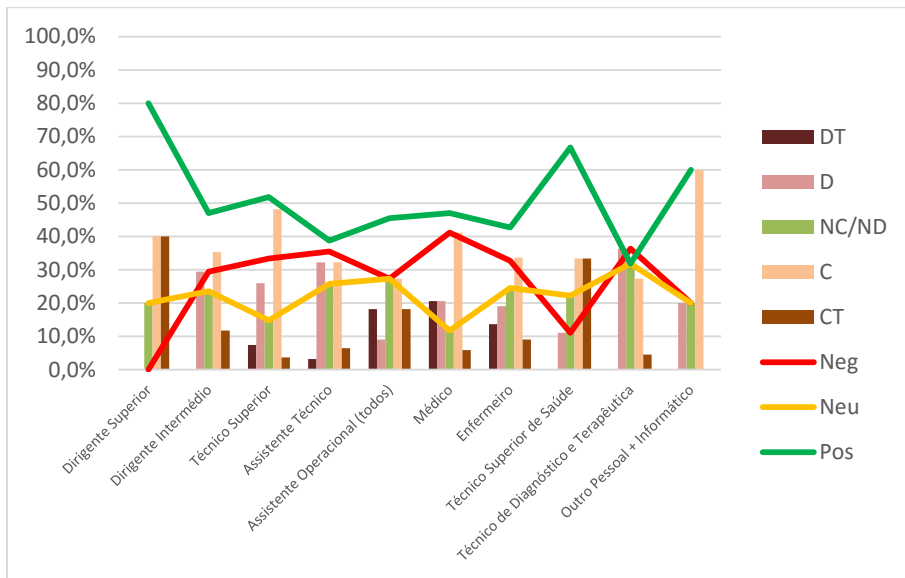
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	23	93	64	71	25	+ alto melhor	8,3%	33,7%	23,2%	25,7%	9,1%	42,0%	23,2%	34,8%
Não responderam	1													



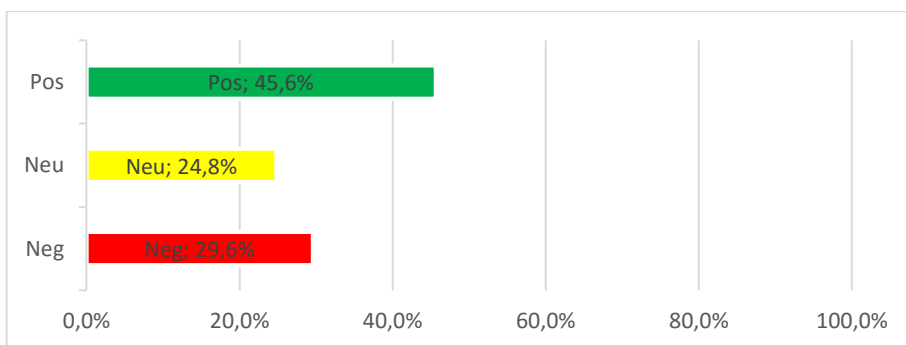
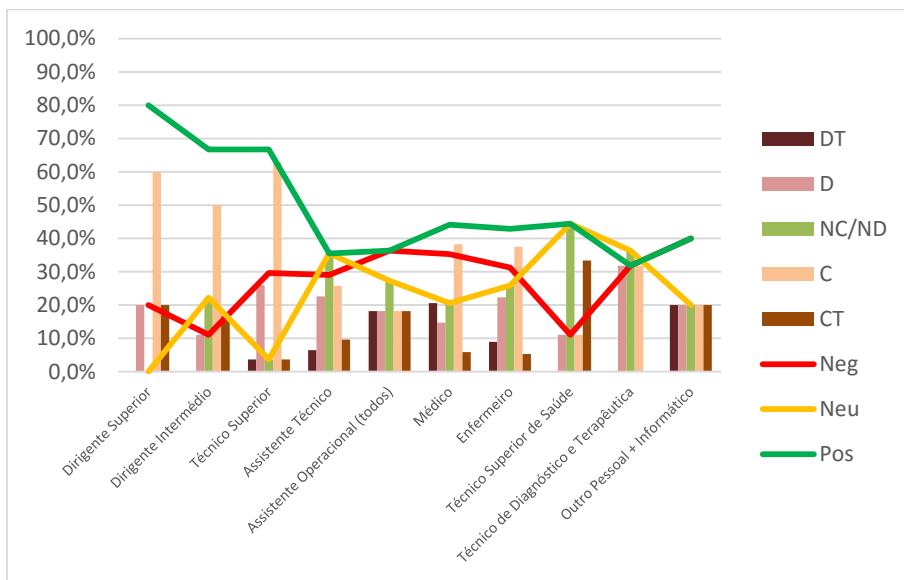
Ciclo PDCA														
Fazer														
3.6 - Todas as mudanças são planejadas e ocorrem faseadamente, passo a passo, conforme indicações hierárquicas														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	5	5	6	2	+ alto melhor	0,0%	27,8%	27,8%	33,3%	11,1%	27,8%	27,8%	44,4%
Técnico Superior	1	8	6	11	1	+ alto melhor	3,7%	29,6%	22,2%	40,7%	3,7%	33,3%	22,2%	44,4%
Assistente Técnico	0	12	7	11	1	+ alto melhor	0,0%	38,7%	22,6%	35,5%	3,2%	38,7%	22,6%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	2	1	2	2	3	+ alto melhor	20,0%	10,0%	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	7	8	9	6	3	+ alto melhor	21,2%	24,2%	27,3%	18,2%	9,1%	45,5%	27,3%	27,3%
Enfermeiro	16	36	21	28	10	+ alto melhor	14,4%	32,4%	18,9%	25,2%	9,0%	46,8%	18,9%	34,2%
Técnico Superior de Saúde	0	1	4	3	1	+ alto melhor	0,0%	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%	11,1%	44,4%	44,4%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	6	6	6	1	+ alto melhor	13,6%	27,3%	27,3%	27,3%	4,5%	40,9%	27,3%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	1	2	2	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	29	78	63	78	23	+ alto melhor	10,7%	28,8%	23,2%	28,8%	8,5%	39,5%	23,2%	37,3%
Não responderam	6													



Ciclo PDCA														
Verificar														
3.7 - Os erros ocorridos na atividade ou na mudança são analisados e os principais intervenientes são questionados														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	2	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	5	4	6	2	+ alto melhor	0,0%	29,4%	23,5%	35,3%	11,8%	29,4%	23,5%	47,1%
Técnico Superior	2	7	4	13	1	+ alto melhor	7,4%	25,9%	14,8%	48,1%	3,7%	33,3%	14,8%	51,9%
Assistente Técnico	1	10	8	10	2	+ alto melhor	3,2%	32,3%	25,8%	32,3%	6,5%	35,5%	25,8%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	2	1	3	3	2	+ alto melhor	18,2%	9,1%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	27,3%	45,5%
Médico	7	7	4	14	2	+ alto melhor	20,6%	20,6%	11,8%	41,2%	5,9%	41,2%	11,8%	47,1%
Enfermeiro	15	21	27	37	10	+ alto melhor	13,6%	19,1%	24,5%	33,6%	9,1%	32,7%	24,5%	42,7%
Técnico Superior de Saúde	0	1	2	3	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	22,2%	33,3%	33,3%	11,1%	22,2%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	8	7	6	1	+ alto melhor	0,0%	36,4%	31,8%	27,3%	4,5%	36,4%	31,8%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	1	1	3	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	27	61	61	97	25	+ alto melhor	10,0%	22,5%	22,5%	35,8%	9,2%	32,5%	22,5%	45,0%
Não responderam	6													



Ciclo PDCA														
Verificar														
3.8 - Os benefícios detetados com a mudança são valorizados e registados														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	0	3	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	2	4	9	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	22,2%	50,0%	16,7%	11,1%	22,2%	66,7%
Técnico Superior	1	7	1	17	1	+ alto melhor	3,7%	25,9%	3,7%	63,0%	3,7%	29,6%	3,7%	66,7%
Assistente Técnico	2	7	11	8	3	+ alto melhor	6,5%	22,6%	35,5%	25,8%	9,7%	29,0%	35,5%	35,5%
Assistente Operacional (todos)	2	2	3	2	2	+ alto melhor	18,2%	18,2%	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	27,3%	36,4%
Médico	7	5	7	13	2	+ alto melhor	20,6%	14,7%	20,6%	38,2%	5,9%	35,3%	20,6%	44,1%
Enfermeiro	10	25	29	42	6	+ alto melhor	8,9%	22,3%	25,9%	37,5%	5,4%	31,3%	25,9%	42,9%
Técnico Superior de Saúde	0	1	4	1	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	44,4%	11,1%	33,3%	11,1%	44,4%	44,4%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	7	8	7	0	+ alto melhor	0,0%	31,8%	36,4%	31,8%	0,0%	31,8%	36,4%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	1	1	1	1	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	23	58	68	103	22	+ alto melhor	8,4%	21,2%	24,8%	37,6%	8,0%	29,6%	24,8%	45,6%
Não responderam	3													



Controlo Interno

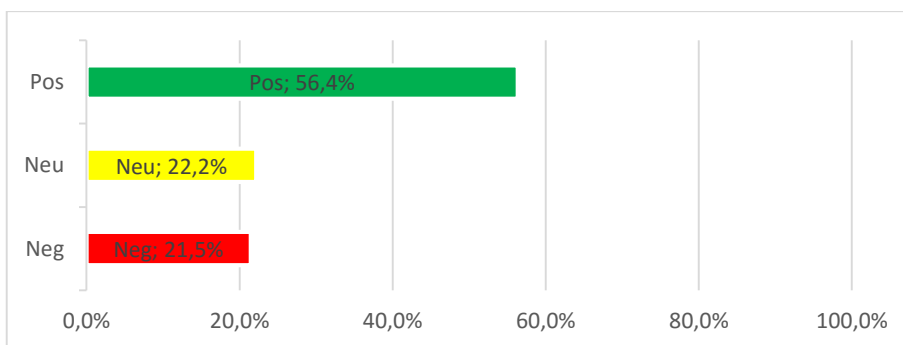
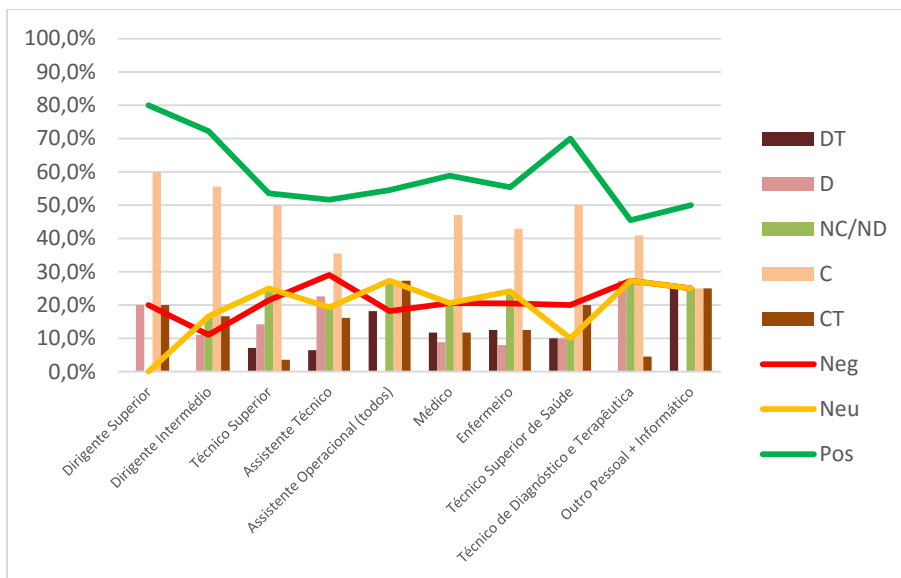
Ambiente de Controlo

3.9 - O seu responsável hierárquico é atento ao seu desempenho pessoal

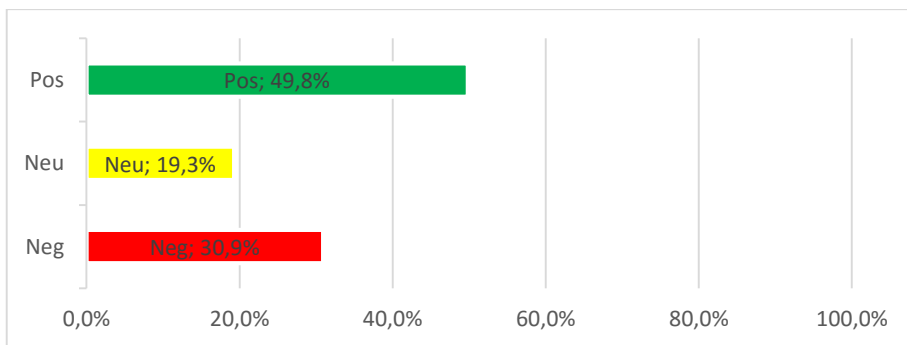
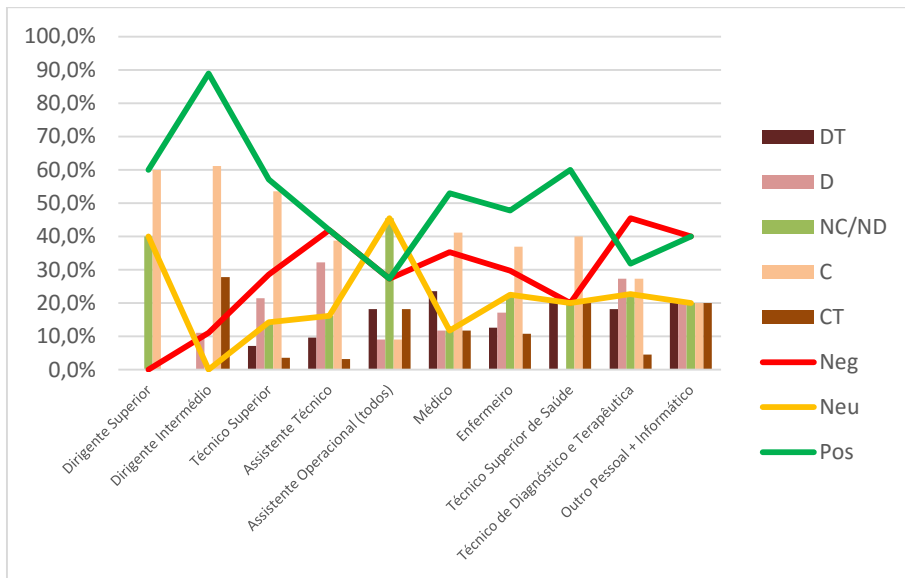
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	0	3	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	2	3	10	3	+ alto melhor	0,0%	11,1%	16,7%	55,6%	16,7%	11,1%	16,7%	72,2%
Técnico Superior	2	4	7	14	1	+ alto melhor	7,1%	14,3%	25,0%	50,0%	3,6%	21,4%	25,0%	53,6%
Assistente Técnico	2	7	6	11	5	+ alto melhor	6,5%	22,6%	19,4%	35,5%	16,1%	29,0%	19,4%	51,6%
Assistente Operacional (todos)	2	0	3	3	3	+ alto melhor	18,2%	0,0%	27,3%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	54,5%
Médico	4	3	7	16	4	+ alto melhor	11,8%	8,8%	20,6%	47,1%	11,8%	20,6%	20,6%	58,8%
Enfermeiro	14	9	27	48	14	+ alto melhor	12,5%	8,0%	24,1%	42,9%	12,5%	20,5%	24,1%	55,4%
Técnico Superior de Saúde	1	1	1	5	2	+ alto melhor	10,0%	10,0%	10,0%	50,0%	20,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	6	6	9	1	+ alto melhor	0,0%	27,3%	27,3%	40,9%	4,5%	27,3%	27,3%	45,5%
Outro Pessoal + Informático	1	0	1	1	1	+ alto melhor	25,0%	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	26	33	61	120	35	+ alto melhor	9,5%	12,0%	22,2%	43,6%	12,7%	21,5%	22,2%	56,4%
Não responderam	2													



Ciclo PDCA														
Verificar														
3.10 - Os profissionais do serviço são ouvidos sobre a sua opinião das mudanças ocorridas														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	40,0%	60,0%	
Dirigente Intermédio	0	2	0	11	5	+ alto melhor	0,0%	11,1%	0,0%	61,1%	27,8%	11,1%	0,0%	88,9%
Técnico Superior	2	6	4	15	1	+ alto melhor	7,1%	21,4%	14,3%	53,6%	3,6%	28,6%	14,3%	57,1%
Assistente Técnico	3	10	5	12	1	+ alto melhor	9,7%	32,3%	16,1%	38,7%	3,2%	41,9%	16,1%	41,9%
Assistente Operacional (todos)	2	1	5	1	2	+ alto melhor	18,2%	9,1%	45,5%	9,1%	18,2%	27,3%	45,5%	27,3%
Médico	8	4	4	14	4	+ alto melhor	23,5%	11,8%	11,8%	41,2%	11,8%	35,3%	11,8%	52,9%
Enfermeiro	14	19	25	41	12	+ alto melhor	12,6%	17,1%	22,5%	36,9%	10,8%	29,7%	22,5%	47,7%
Técnico Superior de Saúde	2	0	2	4	2	+ alto melhor	20,0%	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	6	5	6	1	+ alto melhor	18,2%	27,3%	22,7%	27,3%	4,5%	45,5%	22,7%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	1	1	1	1	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	36	49	53	108	29	+ alto melhor	13,1%	17,8%	19,3%	39,3%	10,5%	30,9%	19,3%	49,8%
Não responderam	2													



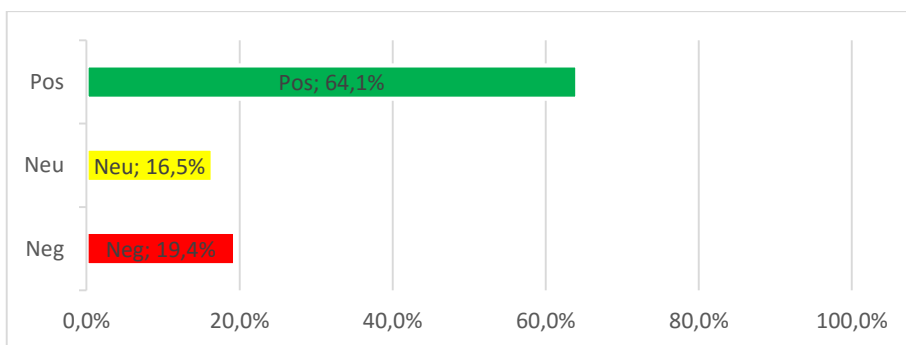
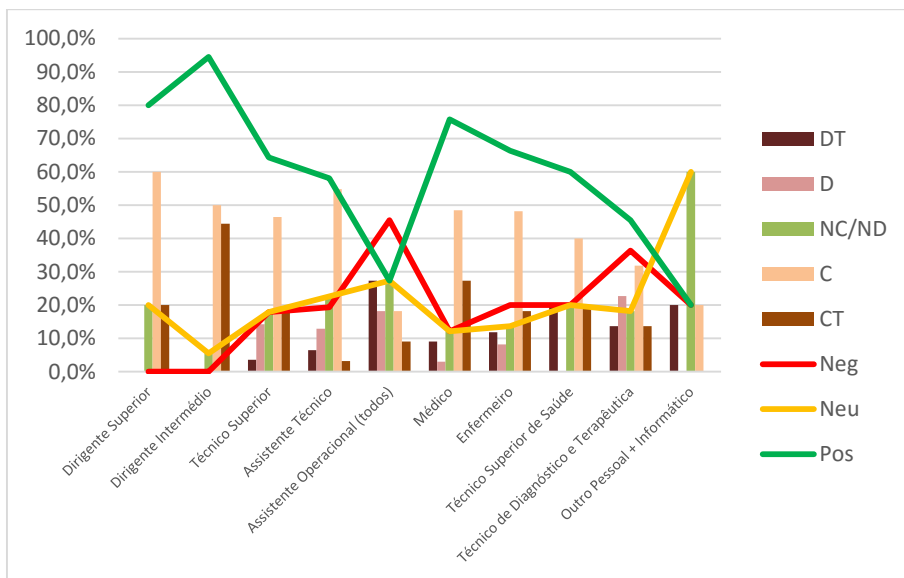
Controlo Interno
Avaliação de Risco

3.11 - É dado conhecimento, aos profissionais, das reclamações relativas ao serviço, sejam elas escritas ou verbais

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	0	1	9	8	+ alto melhor	0,0%	0,0%	5,6%	50,0%	44,4%	0,0%	5,6%	94,4%
Técnico Superior	1	4	5	13	5	+ alto melhor	3,6%	14,3%	17,9%	46,4%	17,9%	17,9%	17,9%	64,3%
Assistente Técnico	2	4	7	17	1	+ alto melhor	6,5%	12,9%	22,6%	54,8%	3,2%	19,4%	22,6%	58,1%
Assistente Operacional (todos)	3	2	3	2	1	+ alto melhor	27,3%	18,2%	27,3%	18,2%	9,1%	45,5%	27,3%	27,3%
Médico	3	1	4	16	9	+ alto melhor	9,1%	3,0%	12,1%	48,5%	27,3%	12,1%	12,1%	75,8%
Enfermeiro	13	9	15	53	20	+ alto melhor	11,8%	8,2%	13,6%	48,2%	18,2%	20,0%	13,6%	66,4%
Técnico Superior de Saúde	2	0	2	4	2	+ alto melhor	20,0%	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	5	4	7	3	+ alto melhor	13,6%	22,7%	18,2%	31,8%	13,6%	36,4%	18,2%	45,5%
Outro Pessoal + Informático	1	0	3	1	0	+ alto melhor	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	28	25	45	125	50	+ alto melhor	10,3%	9,2%	16,5%	45,8%	18,3%	19,4%	16,5%	64,1%
Não responderam	4													



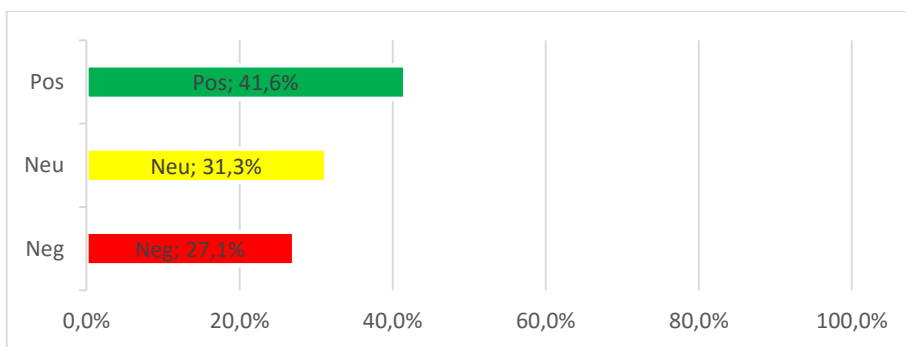
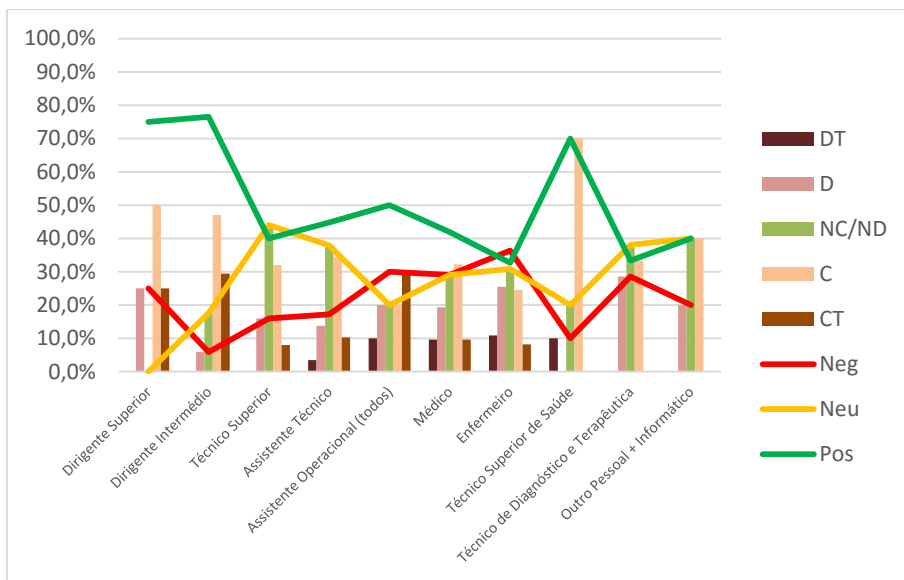
Controlo Interno
Avaliação de Risco

3.12 - Se alguém no seu serviço efetuar alguma fraude, a mesma é facilmente detetável

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	0	2	1	+ alto melhor	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	75,0%
Dirigente Intermédio	0	1	3	8	5	+ alto melhor	0,0%	5,9%	17,6%	47,1%	29,4%	5,9%	17,6%	76,5%
Técnico Superior	0	4	11	8	2	+ alto melhor	0,0%	16,0%	44,0%	32,0%	8,0%	16,0%	44,0%	40,0%
Assistente Técnico	1	4	11	10	3	+ alto melhor	3,4%	13,8%	37,9%	34,5%	10,3%	17,2%	37,9%	44,8%
Assistente Operacional (todos)	1	2	2	2	3	+ alto melhor	10,0%	20,0%	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	3	6	9	10	3	+ alto melhor	9,7%	19,4%	29,0%	32,3%	9,7%	29,0%	29,0%	41,9%
Enfermeiro	12	28	34	27	9	+ alto melhor	10,9%	25,5%	30,9%	24,5%	8,2%	36,4%	30,9%	32,7%
Técnico Superior de Saúde	1	0	2	7	0	+ alto melhor	10,0%	0,0%	20,0%	70,0%	0,0%	10,0%	20,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	6	8	7	0	+ alto melhor	0,0%	28,6%	38,1%	33,3%	0,0%	28,6%	38,1%	33,3%
Outro Pessoal + Informático	0	1	2	2	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%

Legenda: NR=Não Respondeo; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	18	53	82	83	26	+ alto melhor	6,9%	20,2%	31,3%	31,7%	9,9%	27,1%	31,3%	41,6%
Não responderam	15													



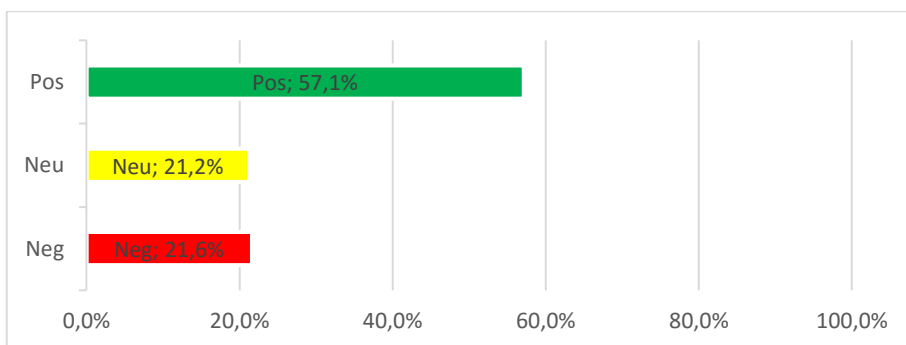
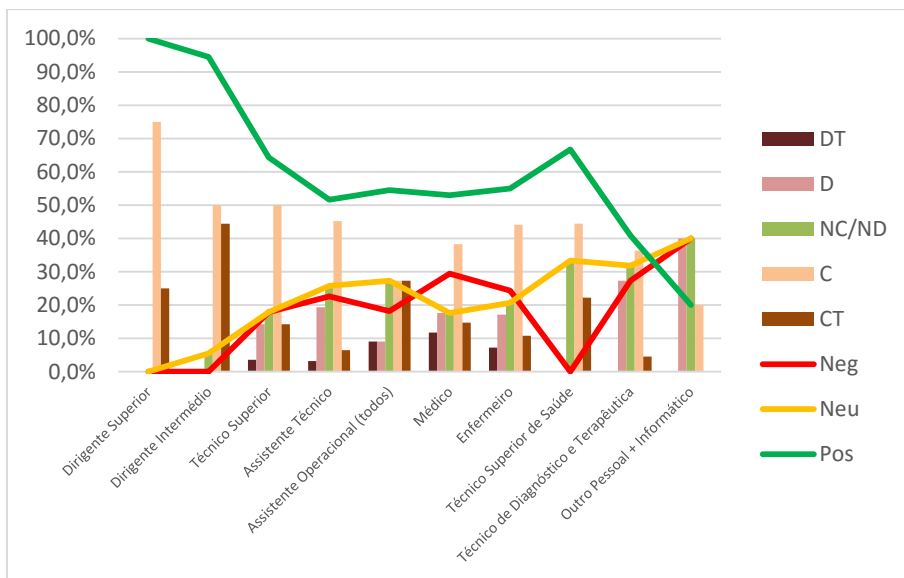
Controle Interno
Ambiente de Controle

3.13 - Quando algum profissional é incorreto no desempenho das suas funções, o mesmo é confrontado com essa análise

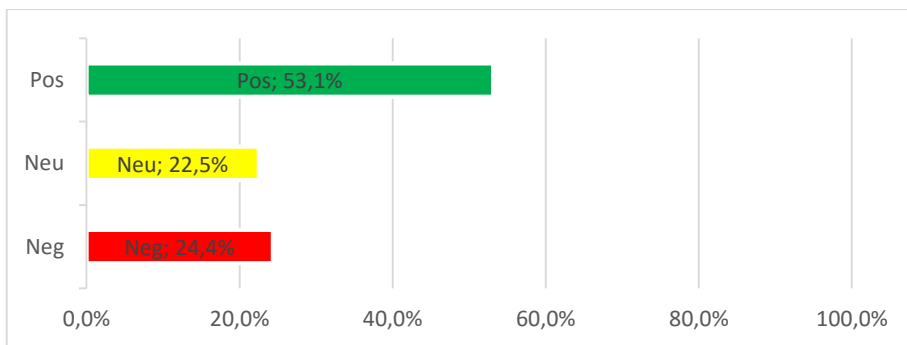
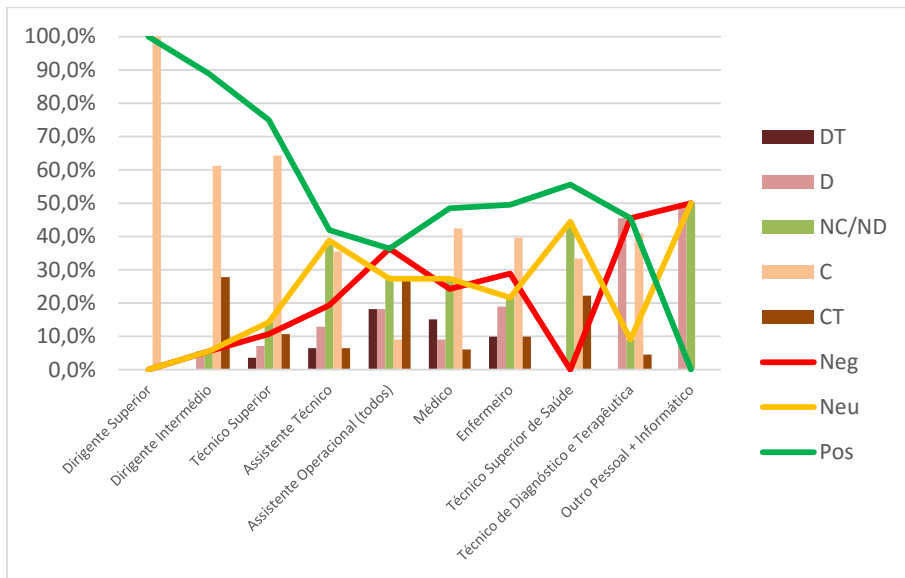
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	0	1	9	8	+ alto melhor	0,0%	0,0%	5,6%	50,0%	44,4%	0,0%	5,6%	94,4%
Técnico Superior	1	4	5	14	4	+ alto melhor	3,6%	14,3%	17,9%	50,0%	14,3%	17,9%	17,9%	64,3%
Assistente Técnico	1	6	8	14	2	+ alto melhor	3,2%	19,4%	25,8%	45,2%	6,5%	22,6%	25,8%	51,6%
Assistente Operacional (todos)	1	1	3	3	3	+ alto melhor	9,1%	9,1%	27,3%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	54,5%
Médico	4	6	6	13	5	+ alto melhor	11,8%	17,6%	17,6%	38,2%	14,7%	29,4%	17,6%	52,9%
Enfermeiro	8	19	23	49	12	+ alto melhor	7,2%	17,1%	20,7%	44,1%	10,8%	24,3%	20,7%	55,0%
Técnico Superior de Saúde	0	0	3	4	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	33,3%	44,4%	22,2%	0,0%	33,3%	66,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	6	7	8	1	+ alto melhor	0,0%	27,3%	31,8%	36,4%	4,5%	27,3%	31,8%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	1	0	+ alto melhor	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

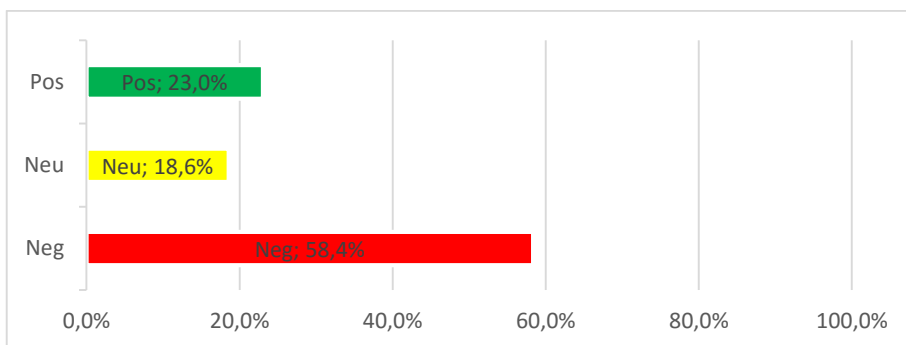
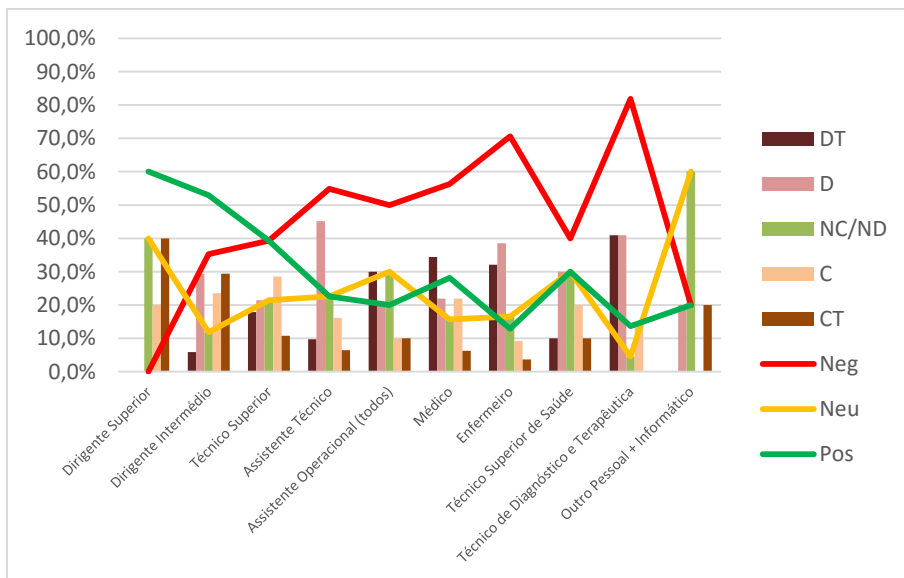
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	15	44	58	118	38	+ alto melhor	5,5%	16,1%	21,2%	43,2%	13,9%	21,6%	21,2%	57,1%
Não responderam	4													



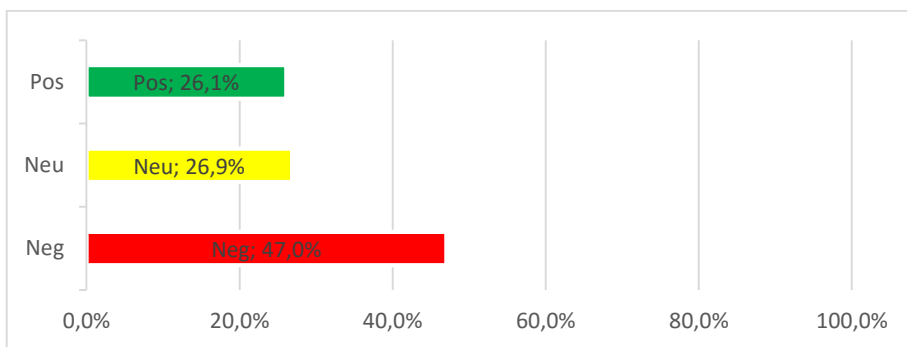
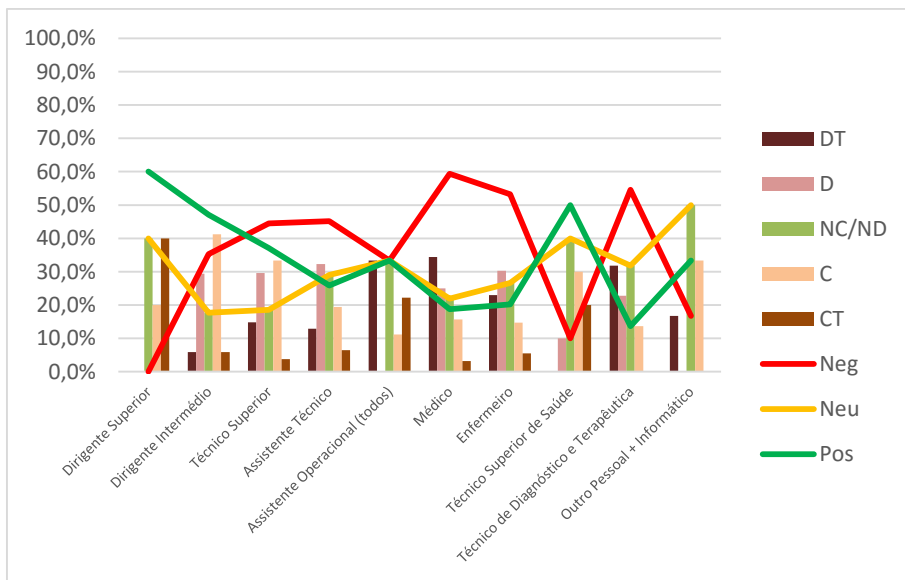
Ciclo PDCA														
Agir														
3.14 - Existe uma reformulação dos procedimentos e das práticas de todos os profissionais do serviço quando é detetada essa necessidade														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	4	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	1	1	11	5	+ alto melhor	0,0%	5,6%	5,6%	61,1%	27,8%	5,6%	5,6%	88,9%
Técnico Superior	1	2	4	18	3	+ alto melhor	3,6%	7,1%	14,3%	64,3%	10,7%	10,7%	14,3%	75,0%
Assistente Técnico	2	4	12	11	2	+ alto melhor	6,5%	12,9%	38,7%	35,5%	6,5%	19,4%	38,7%	41,9%
Assistente Operacional (todos)	2	2	3	1	3	+ alto melhor	18,2%	18,2%	27,3%	9,1%	27,3%	36,4%	27,3%	36,4%
Médico	5	3	9	14	2	+ alto melhor	15,2%	9,1%	27,3%	42,4%	6,1%	24,2%	27,3%	48,5%
Enfermeiro	11	21	24	44	11	+ alto melhor	9,9%	18,9%	21,6%	39,6%	9,9%	28,8%	21,6%	49,5%
Técnico Superior de Saúde	0	0	4	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	44,4%	33,3%	22,2%	0,0%	44,4%	55,6%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	10	2	9	1	+ alto melhor	0,0%	45,5%	9,1%	40,9%	4,5%	45,5%	9,1%	45,5%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	0	0	+ alto melhor	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	21	45	61	115	29	+ alto melhor	7,7%	16,6%	22,5%	42,4%	10,7%	24,4%	22,5%	53,1%
Não responderam	6													



Controlo Interno														
Ambiente de Controlo														
3.15 - É-lhe divulgado e do seu conhecimento o plano operacional e orçamento do seu serviço														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	1	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	1	5	2	4	5	+ alto melhor	5,9%	29,4%	11,8%	23,5%	29,4%	35,3%	11,8%	52,9%
Técnico Superior	5	6	6	8	3	+ alto melhor	17,9%	21,4%	21,4%	28,6%	10,7%	39,3%	21,4%	39,3%
Assistente Técnico	3	14	7	5	2	+ alto melhor	9,7%	45,2%	22,6%	16,1%	6,5%	54,8%	22,6%	22,6%
Assistente Operacional (todos)	3	2	3	1	1	+ alto melhor	30,0%	20,0%	30,0%	10,0%	10,0%	50,0%	30,0%	20,0%
Médico	11	7	5	7	2	+ alto melhor	34,4%	21,9%	15,6%	21,9%	6,3%	56,3%	15,6%	28,1%
Enfermeiro	35	42	18	10	4	+ alto melhor	32,1%	38,5%	16,5%	9,2%	3,7%	70,6%	16,5%	12,8%
Técnico Superior de Saúde	1	3	3	2	1	+ alto melhor	10,0%	30,0%	30,0%	20,0%	10,0%	40,0%	30,0%	30,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	9	9	1	3	0	+ alto melhor	40,9%	40,9%	4,5%	13,6%	0,0%	81,8%	4,5%	13,6%
Outro Pessoal + Informático	0	1	3	0	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	68	89	50	41	21	+ alto melhor	25,3%	33,1%	18,6%	15,2%	7,8%	58,4%	18,6%	23,0%
Não responderam	8													



Ciclo PDCA														
Agir														
3.16 - Ficam registados, por escrito, todos os passos efetuados e resultados alcançados, desde o planeamento, realização, análise e conclusões.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	1	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	1	5	3	7	1	+ alto melhor	5,9%	29,4%	17,6%	41,2%	5,9%	35,3%	17,6%	47,1%
Técnico Superior	4	8	5	9	1	+ alto melhor	14,8%	29,6%	18,5%	33,3%	3,7%	44,4%	18,5%	37,0%
Assistente Técnico	4	10	9	6	2	+ alto melhor	12,9%	32,3%	29,0%	19,4%	6,5%	45,2%	29,0%	25,8%
Assistente Operacional (todos)	3	0	3	1	2	+ alto melhor	33,3%	0,0%	33,3%	11,1%	22,2%	33,3%	33,3%	33,3%
Médico	11	8	7	5	1	+ alto melhor	34,4%	25,0%	21,9%	15,6%	3,1%	59,4%	21,9%	18,8%
Enfermeiro	25	33	29	16	6	+ alto melhor	22,9%	30,3%	26,6%	14,7%	5,5%	53,2%	26,6%	20,2%
Técnico Superior de Saúde	0	1	4	3	2	+ alto melhor	0,0%	10,0%	40,0%	30,0%	20,0%	10,0%	40,0%	50,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	7	5	7	3	0	+ alto melhor	31,8%	22,7%	31,8%	13,6%	0,0%	54,5%	31,8%	13,6%
Outro Pessoal + Informático	1	0	3	2	0	+ alto melhor	16,7%	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	56	70	72	53	17	+ alto melhor	20,9%	26,1%	26,9%	19,8%	6,3%	47,0%	26,9%	26,1%
Não responderam	9													



Controlo Interno

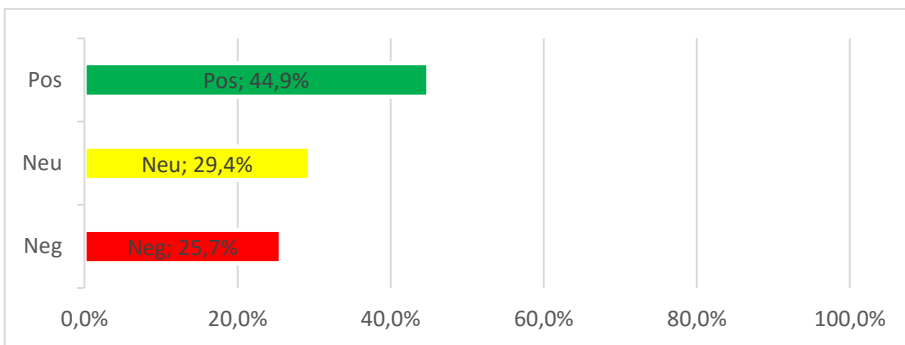
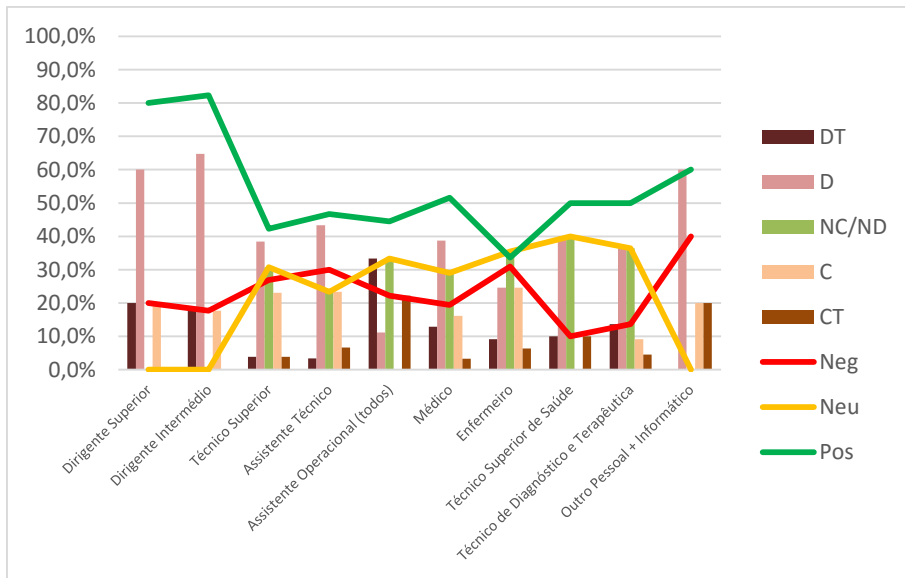
Avaliação do Risco

3.17 - Quando um problema é notificado, existe uma atenção especial a quem o faz e não ao problema em si

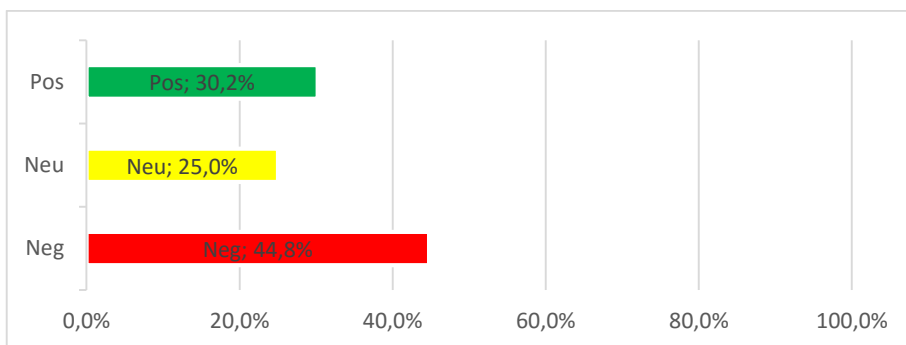
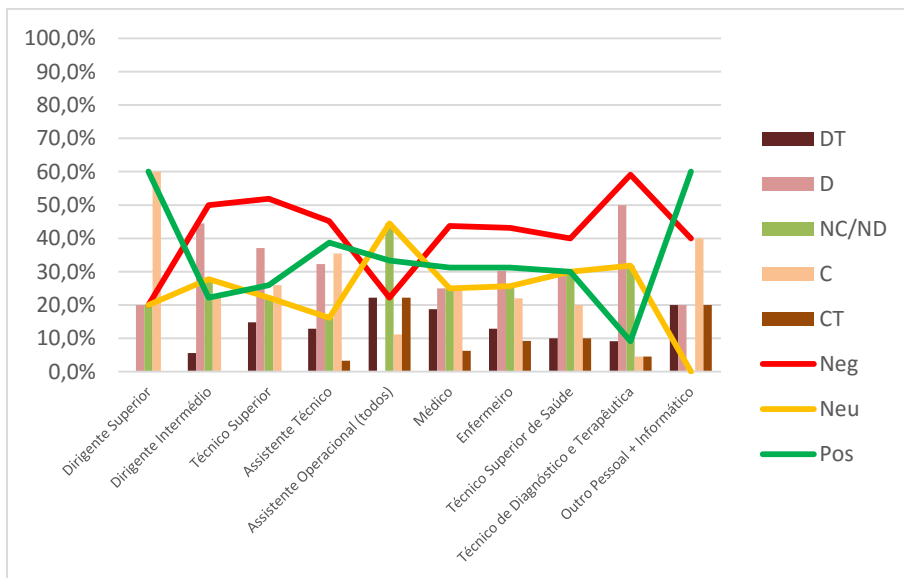
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	1	3	0	1	0	+ baixo o melhor	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	3	11	0	3	0	+ baixo o melhor	17,6%	64,7%	0,0%	17,6%	0,0%	17,6%	0,0%	82,4%
Técnico Superior	1	10	8	6	1	+ baixo o melhor	3,8%	38,5%	30,8%	23,1%	3,8%	26,9%	30,8%	42,3%
Assistente Técnico	1	13	7	7	2	+ baixo o melhor	3,3%	43,3%	23,3%	23,3%	6,7%	30,0%	23,3%	46,7%
Assistente Operacional (todos)	3	1	3	0	2	+ baixo o melhor	33,3%	11,1%	33,3%	0,0%	22,2%	22,2%	33,3%	44,4%
Médico	4	12	9	5	1	+ baixo o melhor	12,9%	38,7%	29,0%	16,1%	3,2%	19,4%	29,0%	51,6%
Enfermeiro	10	27	39	27	7	+ baixo o melhor	9,1%	24,5%	35,5%	24,5%	6,4%	30,9%	35,5%	33,6%
Técnico Superior de Saúde	1	4	4	0	1	+ baixo o melhor	10,0%	40,0%	40,0%	0,0%	10,0%	10,0%	40,0%	50,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	8	8	2	1	+ baixo o melhor	13,6%	36,4%	36,4%	9,1%	4,5%	13,6%	36,4%	50,0%
Outro Pessoal + Informático	0	3	0	1	1	+ baixo o melhor	0,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	60,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

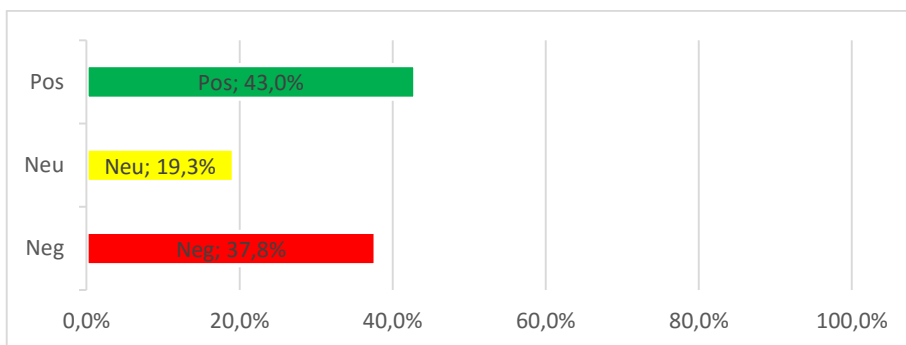
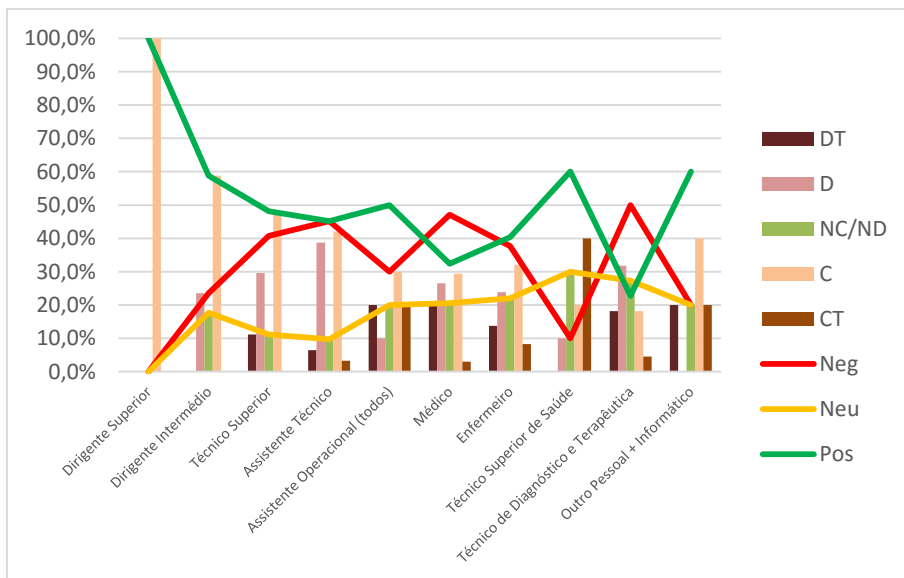
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	27	92	78	52	16	+ baixo o melhor	10,2%	34,7%	29,4%	19,6%	6,0%	25,7%	29,4%	44,9%
Não responderam	12													



Controlo Interno														
Procedimentos de Controlo														
3.18 - O seu superior hierárquico tem por hábito verificar as tarefas de todos os profissionais do serviço														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	1	3	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	1	8	5	4	0	+ alto melhor	5,6%	44,4%	27,8%	22,2%	0,0%	50,0%	27,8%	22,2%
Técnico Superior	4	10	6	7	0	+ alto melhor	14,8%	37,0%	22,2%	25,9%	0,0%	51,9%	22,2%	25,9%
Assistente Técnico	4	10	5	11	1	+ alto melhor	12,9%	32,3%	16,1%	35,5%	3,2%	45,2%	16,1%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	2	0	4	1	2	+ alto melhor	22,2%	0,0%	44,4%	11,1%	22,2%	22,2%	44,4%	33,3%
Médico	6	8	8	8	2	+ alto melhor	18,8%	25,0%	25,0%	25,0%	6,3%	43,8%	25,0%	31,3%
Enfermeiro	14	33	28	24	10	+ alto melhor	12,8%	30,3%	25,7%	22,0%	9,2%	43,1%	25,7%	31,2%
Técnico Superior de Saúde	1	3	3	2	1	+ alto melhor	10,0%	30,0%	30,0%	20,0%	10,0%	40,0%	30,0%	30,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	11	7	1	1	+ alto melhor	9,1%	50,0%	31,8%	4,5%	4,5%	59,1%	31,8%	9,1%
Outro Pessoal + Informático	1	1	0	2	1	+ alto melhor	20,0%	20,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	60,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	35	85	67	63	18	+ alto melhor	13,1%	31,7%	25,0%	23,5%	6,7%	44,8%	25,0%	30,2%
Não responderam	9													



Controlo Interno														
Procedimentos de Controlo														
3.19 - É verificada, periodicamente, a execução das diversas tarefas/procedimentos do serviço														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	5	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dirigente Intermédio	0	4	3	10	0	+ alto melhor	0,0%	23,5%	17,6%	58,8%	0,0%	23,5%	17,6%	58,8%
Técnico Superior	3	8	3	13	0	+ alto melhor	11,1%	29,6%	11,1%	48,1%	0,0%	40,7%	11,1%	48,1%
Assistente Técnico	2	12	3	13	1	+ alto melhor	6,5%	38,7%	9,7%	41,9%	3,2%	45,2%	9,7%	45,2%
Assistente Operacional (todos)	2	1	2	3	2	+ alto melhor	20,0%	10,0%	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	7	9	7	10	1	+ alto melhor	20,6%	26,5%	20,6%	29,4%	2,9%	47,1%	20,6%	32,4%
Enfermeiro	15	26	24	35	9	+ alto melhor	13,8%	23,9%	22,0%	32,1%	8,3%	37,6%	22,0%	40,4%
Técnico Superior de Saúde	0	1	3	2	4	+ alto melhor	0,0%	10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	30,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	7	6	4	1	+ alto melhor	18,2%	31,8%	27,3%	18,2%	4,5%	50,0%	27,3%	22,7%
Outro Pessoal + Informático	1	0	1	2	1	+ alto melhor	20,0%	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	34	68	52	97	19	+ alto melhor	12,6%	25,2%	19,3%	35,9%	7,0%	37,8%	19,3%	43,0%
Não responderam	7													



Ciclo PDCA

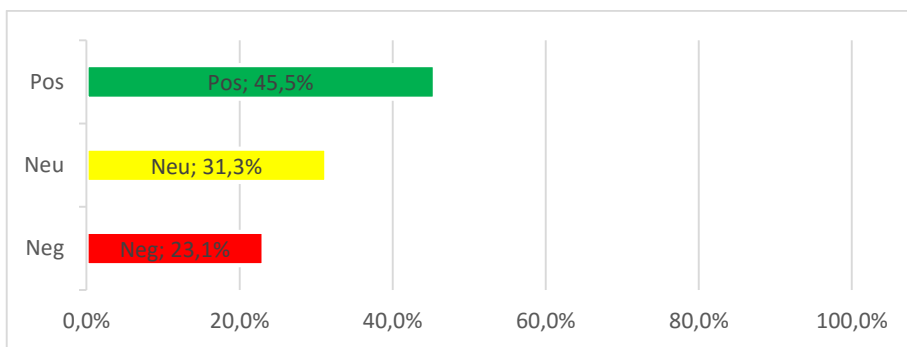
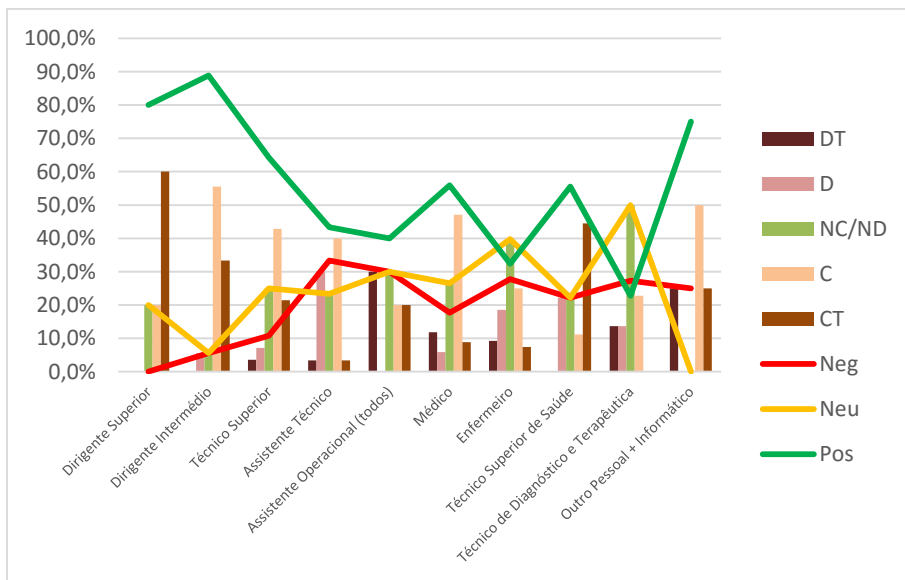
Planeamento - Determinar o foco do projeto

4.1 - Quando é efetuado um plano anual é tida em conta a avaliação relativa ao ano anterior.

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	1	3	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	1	1	10	6	+ alto melhor	0,0%	5,6%	5,6%	55,6%	33,3%	5,6%	5,6%	88,9%
Técnico Superior	1	2	7	12	6	+ alto melhor	3,6%	7,1%	25,0%	42,9%	21,4%	10,7%	25,0%	64,3%
Assistente Técnico	1	9	7	12	1	+ alto melhor	3,3%	30,0%	23,3%	40,0%	3,3%	33,3%	23,3%	43,3%
Assistente Operacional (todos)	3	0	3	2	2	+ alto melhor	30,0%	0,0%	30,0%	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	40,0%
Médico	4	2	9	16	3	+ alto melhor	11,8%	5,9%	26,5%	47,1%	8,8%	17,6%	26,5%	55,9%
Enfermeiro	10	20	43	27	8	+ alto melhor	9,3%	18,5%	39,8%	25,0%	7,4%	27,8%	39,8%	32,4%
Técnico Superior de Saúde	0	2	2	1	4	+ alto melhor	0,0%	22,2%	22,2%	11,1%	44,4%	22,2%	22,2%	55,6%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	3	11	5	0	+ alto melhor	13,6%	13,6%	50,0%	22,7%	0,0%	27,3%	50,0%	22,7%
Outro Pessoal + Informático	1	0	0	2	1	+ alto melhor	25,0%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	75,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	23	39	84	88	34	+ alto melhor	8,6%	14,6%	31,3%	32,8%	12,7%	23,1%	31,3%	45,5%
Não responderam	9													



Ciclo PDCA

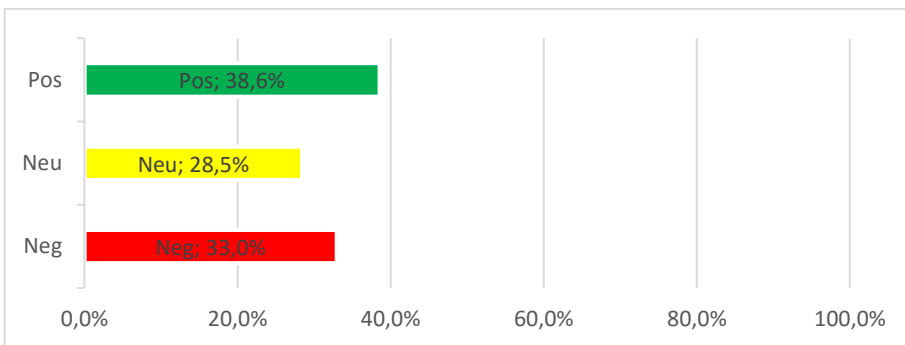
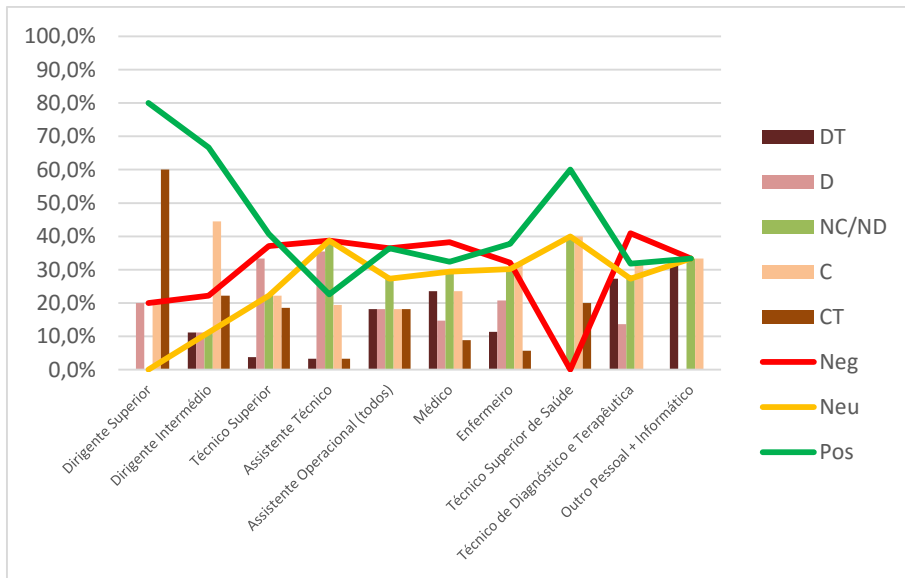
Planeamento - Estabelecer os objetivos

4.2 - A organização define um plano estratégico e está disponível a todos os profissionais

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	0	1	3	+ alto melhor	0,0%	20,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	2	2	2	8	4	+ alto melhor	11,1%	11,1%	11,1%	44,4%	22,2%	22,2%	11,1%	66,7%
Técnico Superior	1	9	6	6	5	+ alto melhor	3,7%	33,3%	22,2%	22,2%	18,5%	37,0%	22,2%	40,7%
Assistente Técnico	1	11	12	6	1	+ alto melhor	3,2%	35,5%	38,7%	19,4%	3,2%	38,7%	38,7%	22,6%
Assistente Operacional (todos)	2	2	3	2	2	+ alto melhor	18,2%	18,2%	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	27,3%	36,4%
Médico	8	5	10	8	3	+ alto melhor	23,5%	14,7%	29,4%	23,5%	8,8%	38,2%	29,4%	32,4%
Enfermeiro	12	22	32	34	6	+ alto melhor	11,3%	20,8%	30,2%	32,1%	5,7%	32,1%	30,2%	37,7%
Técnico Superior de Saúde	0	0	4	4	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	6	3	6	7	0	+ alto melhor	27,3%	13,6%	27,3%	31,8%	0,0%	40,9%	27,3%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	1	0	1	1	0	+ alto melhor	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	33	55	76	77	26	+ alto melhor	12,4%	20,6%	28,5%	28,8%	9,7%	33,0%	28,5%	38,6%
Não responderam	10													



Controlo Interno

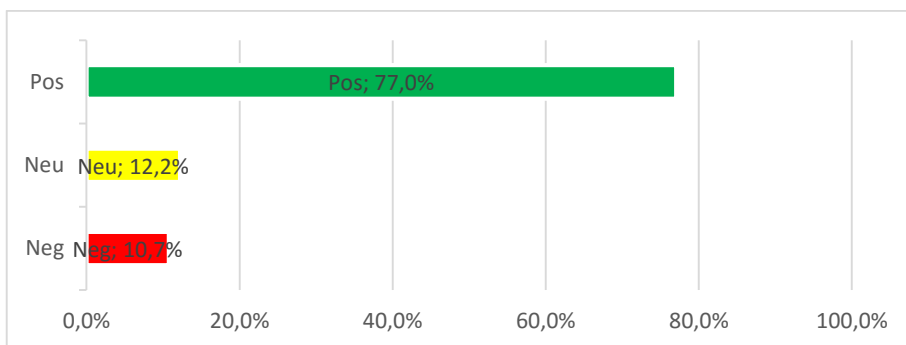
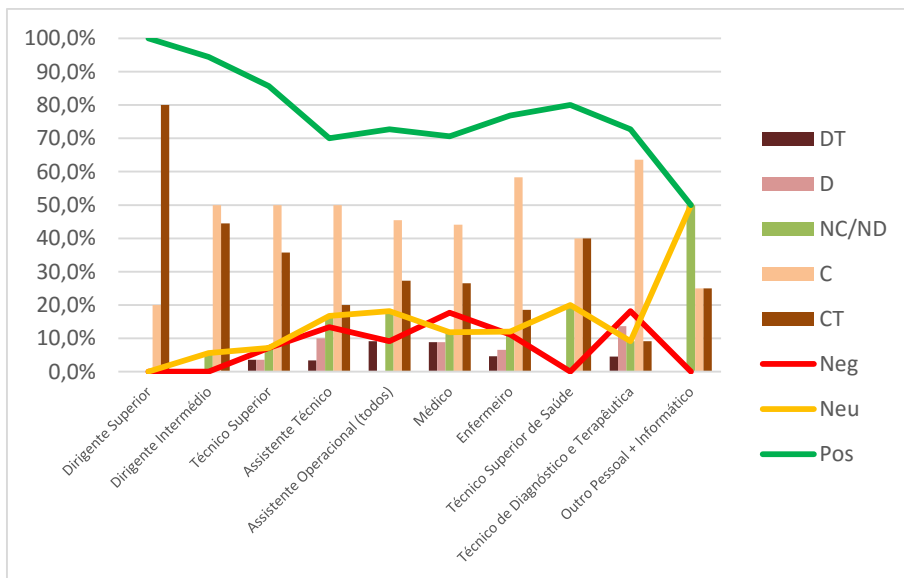
Ambiente de Controlo

4.3 - Nos serviços existe uma estrutura hierárquica definida e em funcionamento

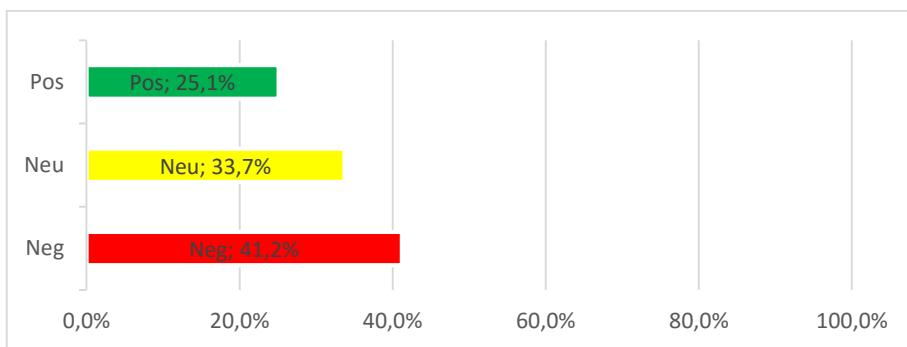
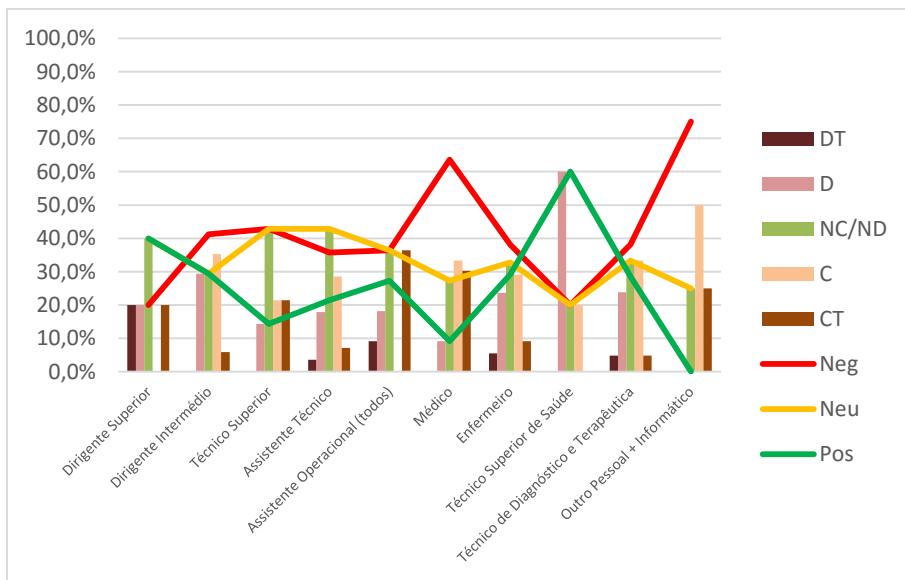
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	1	4	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	0	1	9	8	+ alto melhor	0,0%	0,0%	5,6%	50,0%	44,4%	0,0%	5,6%	94,4%
Técnico Superior	1	1	2	14	10	+ alto melhor	3,6%	3,6%	7,1%	50,0%	35,7%	7,1%	7,1%	85,7%
Assistente Técnico	1	3	5	15	6	+ alto melhor	3,3%	10,0%	16,7%	50,0%	20,0%	13,3%	16,7%	70,0%
Assistente Operacional (todos)	1	0	2	5	3	+ alto melhor	9,1%	0,0%	18,2%	45,5%	27,3%	9,1%	18,2%	72,7%
Médico	3	3	4	15	9	+ alto melhor	8,8%	8,8%	11,8%	44,1%	26,5%	17,6%	11,8%	70,6%
Enfermeiro	5	7	13	63	20	+ alto melhor	4,6%	6,5%	12,0%	58,3%	18,5%	11,1%	12,0%	76,9%
Técnico Superior de Saúde	0	0	2	4	4	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	3	2	14	2	+ alto melhor	4,5%	13,6%	9,1%	63,6%	9,1%	18,2%	9,1%	72,7%
Outro Pessoal + Informático	0	0	2	1	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

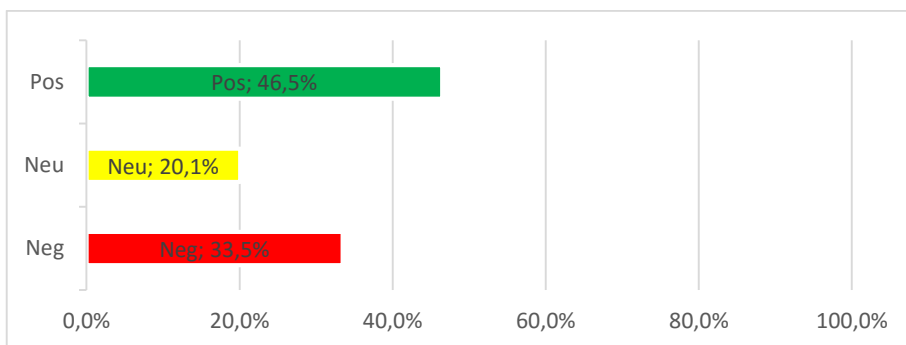
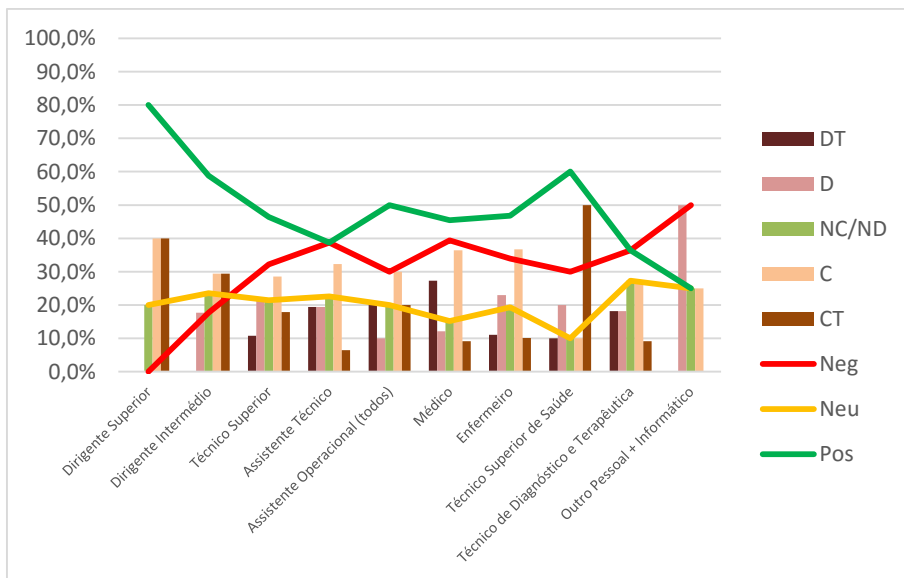
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	12	17	33	141	67	+ alto melhor	4,4%	6,3%	12,2%	52,2%	24,8%	10,7%	12,2%	77,0%
Não responderam	7													



Controlo Interno														
Ambiente de Controlo														
4.4 - Os serviços do Centro Hospitalar / Unidade Local de Saúde / Hospital (conforme cada caso) não se coordenam bem uns com os outros														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	1	1	2	0	1	+ baixo o melhor	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Dirigente Intermédio	0	5	5	6	1	+ baixo o melhor	0,0%	29,4%	29,4%	35,3%	5,9%	41,2%	29,4%	29,4%
Técnico Superior	0	4	12	6	6	+ baixo o melhor	0,0%	14,3%	42,9%	21,4%	21,4%	42,9%	42,9%	14,3%
Assistente Técnico	1	5	12	8	2	+ baixo o melhor	3,6%	17,9%	42,9%	28,6%	7,1%	35,7%	42,9%	21,4%
Assistente Operacional (todos)	1	2	4	0	4	+ baixo o melhor	9,1%	18,2%	36,4%	0,0%	36,4%	36,4%	36,4%	27,3%
Médico	0	3	9	11	10	+ baixo o melhor	0,0%	9,1%	27,3%	33,3%	30,3%	63,6%	27,3%	9,1%
Enfermeiro	6	26	36	32	10	+ baixo o melhor	5,5%	23,6%	32,7%	29,1%	9,1%	38,2%	32,7%	29,1%
Técnico Superior de Saúde	0	6	2	2	0	+ baixo o melhor	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	5	7	7	1	+ baixo o melhor	4,8%	23,8%	33,3%	33,3%	4,8%	38,1%	33,3%	28,6%
Outro Pessoal + Informático	0	0	1	2	1	+ baixo o melhor	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	75,0%	25,0%	0,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	10	57	90	74	36	+ baixo o melhor	3,7%	21,3%	33,7%	27,7%	13,5%	41,2%	33,7%	25,1%
Não responderam	10													



Controlo Interno														
Informação e Comunicação														
4.5 - São comunicados os resultados das auditorias que vão ocorrendo na organização e, nomeadamente, no seu serviço, sejam elas internas ou externas														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	2	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	3	4	5	5	+ alto melhor	0,0%	17,6%	23,5%	29,4%	29,4%	17,6%	23,5%	58,8%
Técnico Superior	3	6	6	8	5	+ alto melhor	10,7%	21,4%	21,4%	28,6%	17,9%	32,1%	21,4%	46,4%
Assistente Técnico	6	6	7	10	2	+ alto melhor	19,4%	19,4%	22,6%	32,3%	6,5%	38,7%	22,6%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	2	1	2	3	2	+ alto melhor	20,0%	10,0%	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	20,0%	50,0%
Médico	9	4	5	12	3	+ alto melhor	27,3%	12,1%	15,2%	36,4%	9,1%	39,4%	15,2%	45,5%
Enfermeiro	12	25	21	40	11	+ alto melhor	11,0%	22,9%	19,3%	36,7%	10,1%	33,9%	19,3%	46,8%
Técnico Superior de Saúde	1	2	1	1	5	+ alto melhor	10,0%	20,0%	10,0%	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	4	6	6	2	+ alto melhor	18,2%	18,2%	27,3%	27,3%	9,1%	36,4%	27,3%	36,4%
Outro Pessoal + Informático	0	2	1	1	0	+ alto melhor	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	37	53	54	88	37	+ alto melhor	13,8%	19,7%	20,1%	32,7%	13,8%	33,5%	20,1%	46,5%
Não responderam	8													



Controlo Interno

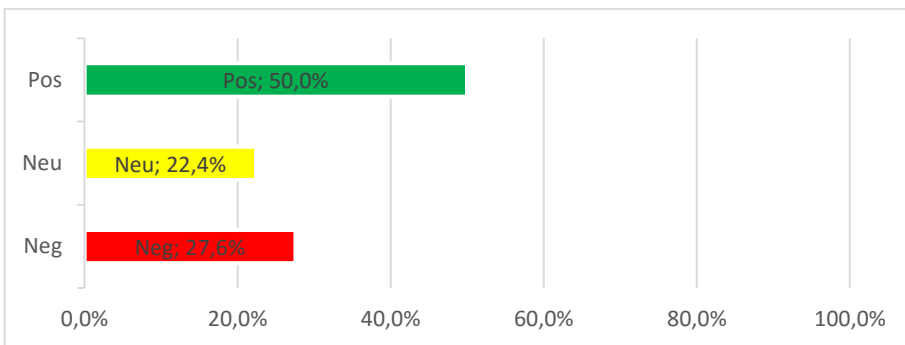
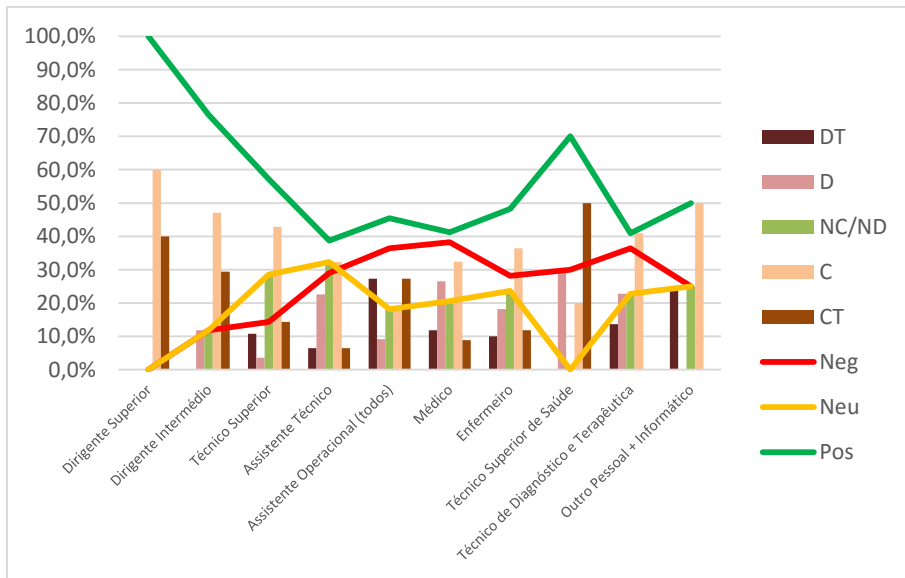
Procedimentos de Controlo

4.6 - As normas de controlo interno são divulgadas a todos os profissionais

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	0	2	2	8	5	+ alto melhor	0,0%	11,8%	11,8%	47,1%	29,4%	11,8%	11,8%	76,5%
Técnico Superior	3	1	8	12	4	+ alto melhor	10,7%	3,6%	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	28,6%	57,1%
Assistente Técnico	2	7	10	10	2	+ alto melhor	6,5%	22,6%	32,3%	32,3%	6,5%	29,0%	32,3%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	3	1	2	2	3	+ alto melhor	27,3%	9,1%	18,2%	18,2%	27,3%	36,4%	18,2%	45,5%
Médico	4	9	7	11	3	+ alto melhor	11,8%	26,5%	20,6%	32,4%	8,8%	38,2%	20,6%	41,2%
Enfermeiro	11	20	26	40	13	+ alto melhor	10,0%	18,2%	23,6%	36,4%	11,8%	28,2%	23,6%	48,2%
Técnico Superior de Saúde	0	3	0	2	5	+ alto melhor	0,0%	30,0%	0,0%	20,0%	50,0%	30,0%	0,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	5	5	9	0	+ alto melhor	13,6%	22,7%	22,7%	40,9%	0,0%	36,4%	22,7%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	1	0	1	2	0	+ alto melhor	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	27	48	61	99	37	+ alto melhor	9,9%	17,6%	22,4%	36,4%	13,6%	27,6%	22,4%	50,0%
Não responderam	5													



Controlo Interno

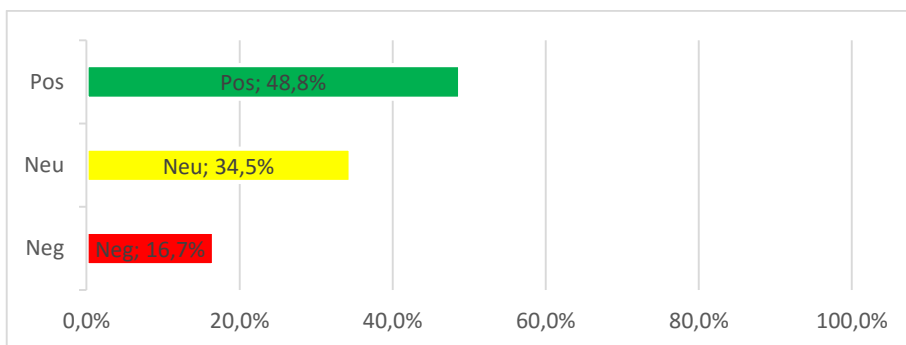
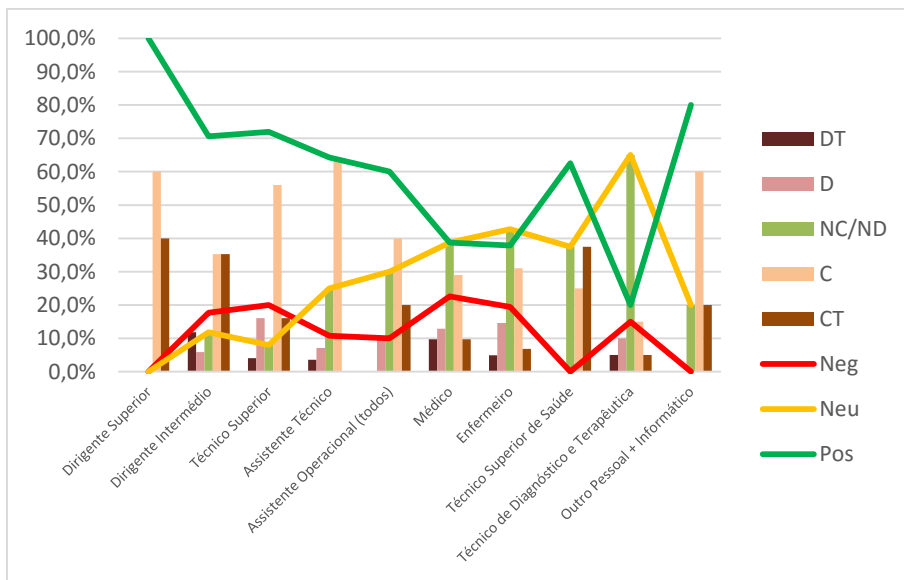
Procedimentos de Controlo

4.7 - O Hospital tem implementado (a funcionar) um sistema de controlo interno

Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	0	3	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Dirigente Intermédio	2	1	2	6	6	+ alto melhor	11,8%	5,9%	11,8%	35,3%	35,3%	17,6%	11,8%	70,6%
Técnico Superior	1	4	2	14	4	+ alto melhor	4,0%	16,0%	8,0%	56,0%	16,0%	20,0%	8,0%	72,0%
Assistente Técnico	1	2	7	18	0	+ alto melhor	3,6%	7,1%	25,0%	64,3%	0,0%	10,7%	25,0%	64,3%
Assistente Operacional (todos)	0	1	3	4	2	+ alto melhor	0,0%	10,0%	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	30,0%	60,0%
Médico	3	4	12	9	3	+ alto melhor	9,7%	12,9%	38,7%	29,0%	9,7%	22,6%	38,7%	38,7%
Enfermeiro	5	15	44	32	7	+ alto melhor	4,9%	14,6%	42,7%	31,1%	6,8%	19,4%	42,7%	37,9%
Técnico Superior de Saúde	0	0	3	2	3	+ alto melhor	0,0%	0,0%	37,5%	25,0%	37,5%	0,0%	37,5%	62,5%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	13	3	1	+ alto melhor	5,0%	10,0%	65,0%	15,0%	5,0%	15,0%	65,0%	20,0%
Outro Pessoal + Informático	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	13	29	87	94	29	+ alto melhor	5,2%	11,5%	34,5%	37,3%	11,5%	16,7%	34,5%	48,8%
Não responderam	25													



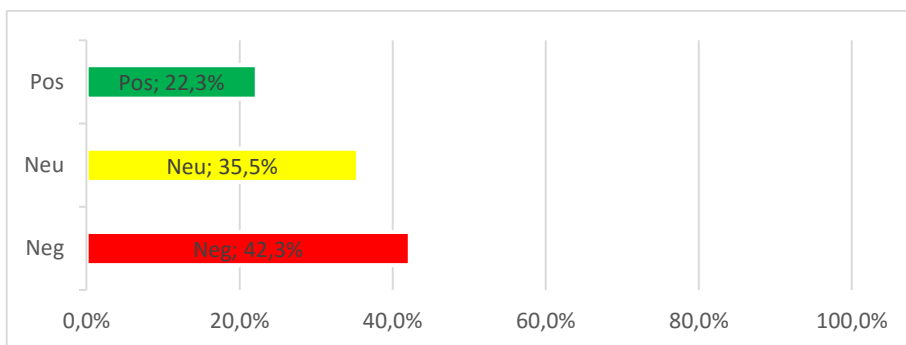
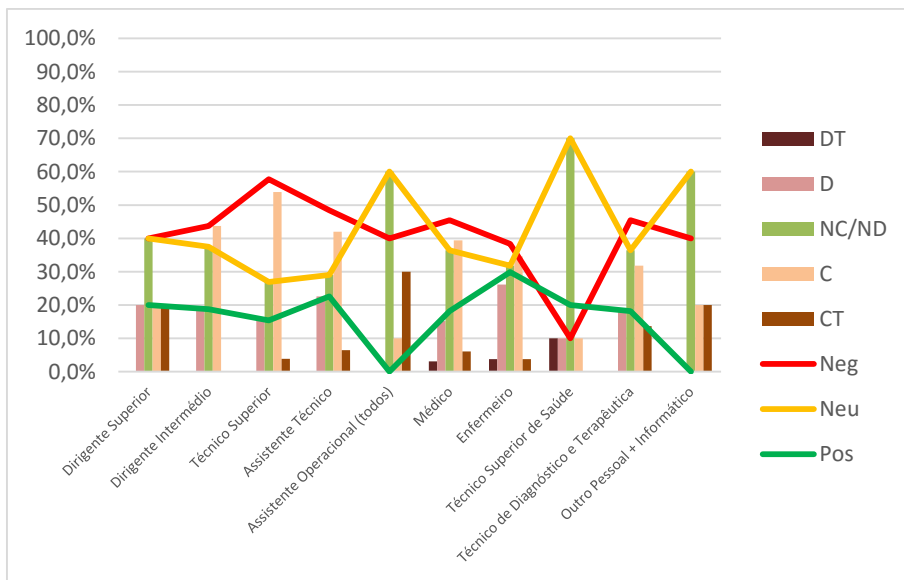
Controlo Interno
Monitorização

4.8 - Ocorrem, frequentemente, problemas quando há passagem de informação entre os diversos serviços

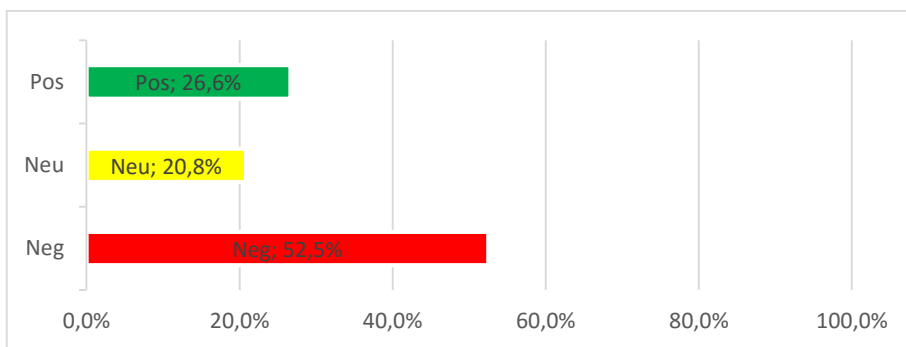
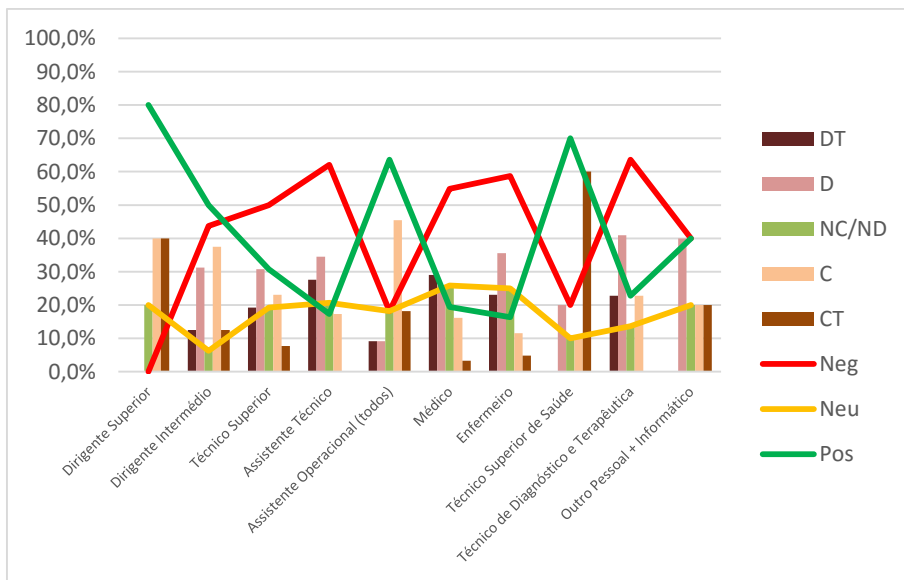
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	2	1	1	+ baixo o melhor	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	40,0%	40,0%	20,0%
Dirigente Intermédio	0	3	6	7	0	+ baixo o melhor	0,0%	18,8%	37,5%	43,8%	0,0%	43,8%	37,5%	18,8%
Técnico Superior	0	4	7	14	1	+ baixo o melhor	0,0%	15,4%	26,9%	53,8%	3,8%	57,7%	26,9%	15,4%
Assistente Técnico	0	7	9	13	2	+ baixo o melhor	0,0%	22,6%	29,0%	41,9%	6,5%	48,4%	29,0%	22,6%
Assistente Operacional (todos)	0	0	6	1	3	+ baixo o melhor	0,0%	0,0%	60,0%	10,0%	30,0%	40,0%	60,0%	0,0%
Médico	1	5	12	13	2	+ baixo o melhor	3,0%	15,2%	36,4%	39,4%	6,1%	45,5%	36,4%	18,2%
Enfermeiro	4	28	34	37	4	+ baixo o melhor	3,7%	26,2%	31,8%	34,6%	3,7%	38,3%	31,8%	29,9%
Técnico Superior de Saúde	1	1	7	1	0	+ baixo o melhor	10,0%	10,0%	70,0%	10,0%	0,0%	10,0%	70,0%	20,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	0	4	8	7	3	+ baixo o melhor	0,0%	18,2%	36,4%	31,8%	13,6%	45,5%	36,4%	18,2%
Outro Pessoal + Informático	0	0	3	1	1	+ baixo o melhor	0,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	40,0%	60,0%	0,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	6	53	94	95	17	+ baixo o melhor	2,3%	20,0%	35,5%	35,8%	6,4%	42,3%	35,5%	22,3%
Não responderam	12													



Controlo Interno														
Procedimentos de Controlo														
4.9 - Pelo menos uma vez por ano, existe alguém que não é do serviço, a verificar se tudo está a ser efetuado da melhor forma														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	2	2	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	2	5	1	6	2	+ alto melhor	12,5%	31,3%	6,3%	37,5%	12,5%	43,8%	6,3%	50,0%
Técnico Superior	5	8	5	6	2	+ alto melhor	19,2%	30,8%	19,2%	23,1%	7,7%	50,0%	19,2%	30,8%
Assistente Técnico	8	10	6	5	0	+ alto melhor	27,6%	34,5%	20,7%	17,2%	0,0%	62,1%	20,7%	17,2%
Assistente Operacional (todos)	1	1	2	5	2	+ alto melhor	9,1%	9,1%	18,2%	45,5%	18,2%	18,2%	18,2%	63,6%
Médico	9	8	8	5	1	+ alto melhor	29,0%	25,8%	25,8%	16,1%	3,2%	54,8%	25,8%	19,4%
Enfermeiro	24	37	26	12	5	+ alto melhor	23,1%	35,6%	25,0%	11,5%	4,8%	58,7%	25,0%	16,3%
Técnico Superior de Saúde	0	2	1	1	6	+ alto melhor	0,0%	20,0%	10,0%	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	5	9	3	5	0	+ alto melhor	22,7%	40,9%	13,6%	22,7%	0,0%	63,6%	13,6%	22,7%
Outro Pessoal + Informático	0	2	1	1	1	+ alto melhor	0,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	54	82	54	48	21	+ alto melhor	20,8%	31,7%	20,8%	18,5%	8,1%	52,5%	20,8%	26,6%
Não responderam	18													



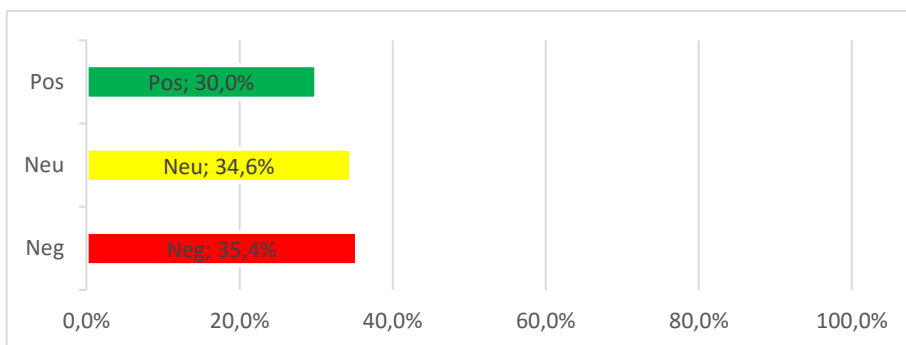
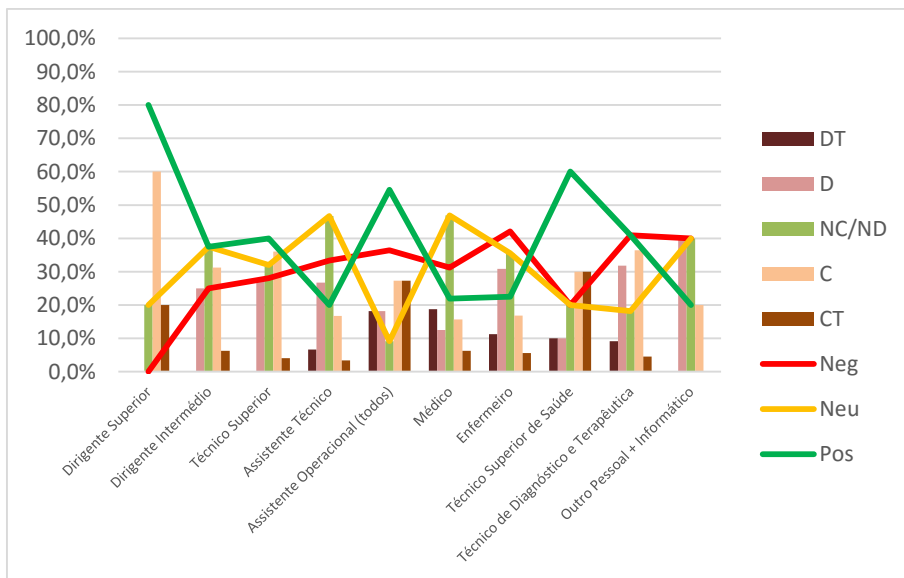
Controlo Interno
Avaliação de Risco

4.10 - Os procedimentos instituídos e os sistemas existentes são eficazes na prevenção de erros

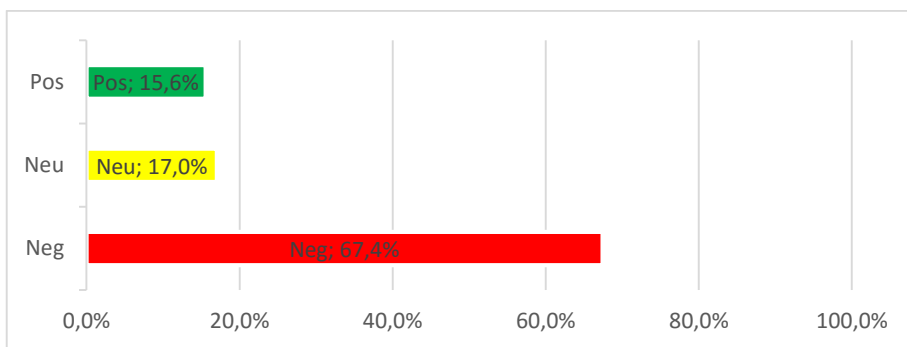
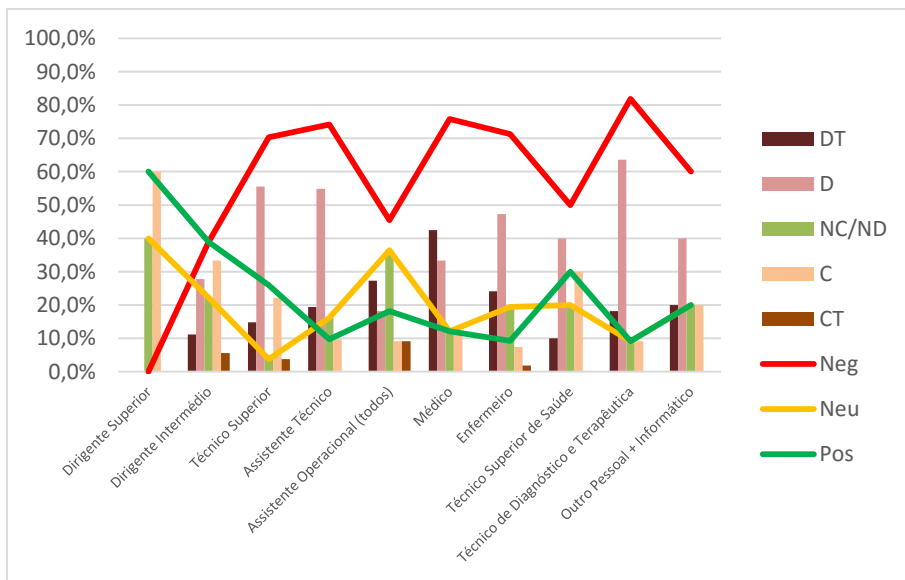
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	1	3	1	+ alto melhor	0,0%	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	80,0%
Dirigente Intermédio	0	4	6	5	1	+ alto melhor	0,0%	25,0%	37,5%	31,3%	6,3%	25,0%	37,5%	37,5%
Técnico Superior	0	7	8	9	1	+ alto melhor	0,0%	28,0%	32,0%	36,0%	4,0%	28,0%	32,0%	40,0%
Assistente Técnico	2	8	14	5	1	+ alto melhor	6,7%	26,7%	46,7%	16,7%	3,3%	33,3%	46,7%	20,0%
Assistente Operacional (todos)	2	2	1	3	3	+ alto melhor	18,2%	18,2%	9,1%	27,3%	27,3%	36,4%	9,1%	54,5%
Médico	6	4	15	5	2	+ alto melhor	18,8%	12,5%	46,9%	15,6%	6,3%	31,3%	46,9%	21,9%
Enfermeiro	12	33	38	18	6	+ alto melhor	11,2%	30,8%	35,5%	16,8%	5,6%	42,1%	35,5%	22,4%
Técnico Superior de Saúde	1	1	2	3	3	+ alto melhor	10,0%	10,0%	20,0%	30,0%	30,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	2	7	4	8	1	+ alto melhor	9,1%	31,8%	18,2%	36,4%	4,5%	40,9%	18,2%	40,9%
Outro Pessoal + Informático	0	2	2	1	0	+ alto melhor	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%

Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas

Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	25	68	91	60	19	+ alto melhor	9,5%	25,9%	34,6%	22,8%	7,2%	35,4%	34,6%	30,0%
Não responderam	14													



Controlo Interno														
Informação e Comunicação														
4.11 - É do seu conhecimento, através de comunicação interna, os principais problemas que ocorrem em todos os serviços e das soluções encontradas.														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	0	2	3	0	+ alto melhor	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	2	5	4	6	1	+ alto melhor	11,1%	27,8%	22,2%	33,3%	5,6%	38,9%	22,2%	38,9%
Técnico Superior	4	15	1	6	1	+ alto melhor	14,8%	55,6%	3,7%	22,2%	3,7%	70,4%	3,7%	25,9%
Assistente Técnico	6	17	5	3	0	+ alto melhor	19,4%	54,8%	16,1%	9,7%	0,0%	74,2%	16,1%	9,7%
Assistente Operacional (todos)	3	2	4	1	1	+ alto melhor	27,3%	18,2%	36,4%	9,1%	9,1%	45,5%	36,4%	18,2%
Médico	14	11	4	4	0	+ alto melhor	42,4%	33,3%	12,1%	12,1%	0,0%	75,8%	12,1%	12,1%
Enfermeiro	26	51	21	8	2	+ alto melhor	24,1%	47,2%	19,4%	7,4%	1,9%	71,3%	19,4%	9,3%
Técnico Superior de Saúde	1	4	2	3	0	+ alto melhor	10,0%	40,0%	20,0%	30,0%	0,0%	50,0%	20,0%	30,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	14	2	2	0	+ alto melhor	18,2%	63,6%	9,1%	9,1%	0,0%	81,8%	9,1%	9,1%
Outro Pessoal + Informático	1	2	1	1	0	+ alto melhor	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	61	121	46	37	5	+ alto melhor	22,6%	44,8%	17,0%	13,7%	1,9%	67,4%	17,0%	15,6%
Não responderam	7													



Controlo Interno														
Ambiente de Controlo														
4.12 - Existe uma boa colaboração entre os serviços que têm necessidade de trabalhar em conjunto														
Questão						Leitura						Tipo de Resposta		
	DT	D	NC/ND	C	CT		DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Dirigente Superior	0	1	1	3	0	+ alto melhor	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%
Dirigente Intermédio	0	5	3	8	2	+ alto melhor	0,0%	27,8%	16,7%	44,4%	11,1%	27,8%	16,7%	55,6%
Técnico Superior	1	6	9	9	1	+ alto melhor	3,8%	23,1%	34,6%	34,6%	3,8%	26,9%	34,6%	38,5%
Assistente Técnico	2	6	11	12	0	+ alto melhor	6,5%	19,4%	35,5%	38,7%	0,0%	25,8%	35,5%	38,7%
Assistente Operacional (todos)	2	1	3	3	2	+ alto melhor	18,2%	9,1%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	27,3%	45,5%
Médico	3	7	13	8	3	+ alto melhor	8,8%	20,6%	38,2%	23,5%	8,8%	29,4%	38,2%	32,4%
Enfermeiro	13	30	37	22	7	+ alto melhor	11,9%	27,5%	33,9%	20,2%	6,4%	39,4%	33,9%	26,6%
Técnico Superior de Saúde	0	2	1	6	1	+ alto melhor	0,0%	20,0%	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%	10,0%	70,0%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3	2	10	7	0	+ alto melhor	13,6%	9,1%	45,5%	31,8%	0,0%	22,7%	45,5%	31,8%
Outro Pessoal + Informático	0	2	1	2	0	+ alto melhor	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%
Legenda: NR=Não Responde; DT=Discordo totalmente; D=Discordo; NC/ND=Não concordo nem discordo; C=Concordo; CT=Concordo totalmente; Neg=Negativas; Neu=Neutras; Pos=Positivas														
Questão	DT	D	NC/ND	C	CT	Leitura	DT	D	NC/ND	C	CT	Neg	Neu	Pos
Total	24	62	89	80	16	+ alto melhor	8,9%	22,9%	32,8%	29,5%	5,9%	31,7%	32,8%	35,4%
Não responderam	6													

