

A Organização Interna e a Governança dos Hospitais

Ministério da Saúde

Junho de 2010



Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

(a) _____

—◆—
“DESPACHO

O Programa do XVIII Governo Constitucional e as Grandes Opções do Plano 2010-2013, no Capítulo “*Saúde: um valor para todos*”, consagram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) como uma das principais realizações da democracia portuguesa e como principal pilar do sistema de saúde, com a missão de concretizar uma política centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde.

Ainda no âmbito do seu programa, o Governo compromete-se a prosseguir a reforma do SNS, respondendo às novas necessidades e expectativas dos portugueses e procurando atingir bons resultados, de forma mais eficiente e equitativa.

Na anterior legislatura foi dada prioridade às reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados. Começou-se pela base, promovendo-se grandes mudanças, com resultados positivos.

Torna-se agora imperioso estender a reforma aos hospitais, tendo como principais objectivos a melhoria do acesso, o incremento da qualidade dos serviços prestados e a satisfação efectiva dos utentes e dos profissionais. Será necessário reequacionar a sua organização interna, procurando majoração da eficiência com vista à indispensável sustentabilidade financeira.

De referir ainda, os valores e princípios que devem estar presentes num serviço público de saúde e os referenciais constituídos pelas experiências de autonomia organizativa, funcional e técnica, de contratualização e de avaliação já existentes, bem como de outros modelos atinentes à governação clínica.

Assim:

Nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 8 do artigo 28.º da Lei n.º 4/2004, de 15 de Janeiro, alterada e republicada pelo Decreto-Lei n.º 105/2007, de 3 de Abril, determina-se:

1 – A criação do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, na dependência directa da Ministra da Saúde, que deverá apresentar, até dia 30 de Junho do corrente ano, uma proposta de uma nova matriz organizacional para os hospitais do SNS.



Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

(a) _____



2 – Que a referida equipa seja constituída pelos elementos a seguir designados, considerando as suas competências técnicas, qualificações profissionais e o reconhecido mérito demonstrado:

- a) Alcindo Salgado Maciel Barbosa, Médico de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde de Alto Minho, EPE, que coordena;
- b) Adalberto Campos Fernandes, Médico de Saúde Pública e Professor Auxiliar Convidado da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL;
- c) Almerinda Franco Luiz, Enfermeira Supervisora do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE;
- d) António Luís Trindade Sousa Lobo Ferreira, Médico de Medicina Interna e Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. João, EPE;
- e) Artur Morais Vaz, Administrador Hospitalar e Presidente do Conselho de Administração do Hospital Fernando Fonseca, EPE;
- f) Ganda Maria da Conceição Pereira Cêncio, Enfermeira-Chefe do Serviço de Obstetria do Hospital de Garcia de Orta, EPE;
- g) João Manuel Lopes de Oliveira, Médico Oncologista e Director do Serviço de Oncologia Médica do IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- h) Jorge da Cunha Branco, Médico de Ginecologia e Obstetria, Presidente do Conselho de Administração da Maternidade de Alfredo da Costa e Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas/UNL;
- i) Luís Almeida Santos, Médico Pediatra e Director da Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança do Hospital de S. João, EPE;
- j) Luís Manuel Ó Carvalho Mourão, Médico Cardiologista e Director do Serviço de Cardiologia e da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Curry Cabral, EPE;
- k) Maria Paula Apolinário Ferreira de Sousa, Administradora Hospitalar do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE;
- l) Mário Alberto Domingos Campos, Médico Nefrologista e Director do Serviço de Nefrologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE;
- m) Nuno Lima Santa Clara da Cunha, Médico de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras, EPE;



Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

(a) _____



- n) Rodrigo Nelson Alves Dinis Rocha, Médico de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Porto, EPE;
- o) Sara Tavares Alberto Tereno Valente, Administradora Hospitalar e Assessora da Ministra da Saúde.

3 – Que seja concedida dispensa de serviço aos profissionais do Ministério da Saúde que integram o Grupo Técnico nos dias em que as tarefas a seu cargo os obriguem a ausentar-se dos seus locais de trabalho, sendo as despesas de deslocação e demais encargos suportadas pelas instituições a que pertencem.

4 – O presente despacho produz efeitos a 31 de Janeiro de 2010.

O Ministro de Estado e das Finanças

(Fernando Teixeira dos Santos)

A Ministra da Saúde

(Ana Maria Teodoro Jorge) “

Índice

1 –	Preâmbulo.	1
2 –	Rede de serviços do SNS. Articulação e complementaridade - Integração de cuidados.	5
3 –	A missão de um Hospital.	6
4 –	Rede Hospitalar. Rede de Referência.	11
4.1	– Rede Hospitalar.	11
4.2	– Rede de Referência.	14
5 –	Governança dos Hospitais.	16
5.1	– Governança Clínica.	16
5.2	Organização interna hospitalar.	21
5.2.1	– Estruturas de gestão intermédia.	21
5.2.2	– Unidades integradas multidisciplinares.	23
5.2.3	– Política de reconhecimento. Atribuição de incentivos.	25
5.3	– Gestão do Risco.	27
5.3.1	– Segurança dos doentes e dos profissionais.	27
5.3.2	– Risco Clínico – “Erro em Medicina”	30
6 –	Formação.	33
7 –	Investigação.	35
8 –	Regulação.	38
9 –	Considerações finais.	40
	Bibliografia:	47

A Organização Interna e a Governação dos Hospitais.

1 – Preâmbulo.

Os hospitais são organizações complexas, com impacto determinante, porventura mesmo excessivo, na prestação dos cuidados de saúde, mas cuja importância não fica confinada às fronteiras da saúde, implicando de forma marcante nos domínios económico e social. Daí a sua enorme relevância política, bem expressa nas reacções às recentes tentativas de reestruturação das Urgências e Maternidades, realidade que não poderá deixar de estar presente e enquadrar qualquer processo de reorganização hospitalar, reclamando que cada passo seja ponderado nas suas múltiplas repercussões.

As dificuldades que se antecipam não devem, porém, constituir impedimento a um processo de reorganização hospitalar cuja necessidade parece incontestável, idêntico ao que atravessa sistemas públicos de saúde congêneres, e que se justifica por muitas e boas razões, a menor das quais não será, certamente, a própria sustentabilidade do sistema de saúde, ameaçada por custos de exploração crescentes, decorrentes de alterações demográficas e socioculturais incontornáveis, pelo aumento imparável de tratamentos e tecnologias sofisticados e caros e por uma gestão pouco estruturada e ineficiente, geradora de considerável desperdício que urge recuperar.

O **modelo organizacional** dos nossos hospitais, onde ele é reconhecível, não difere substancialmente do modelo do pós-guerra que o inspirou. Trata-se de um modelo obsoleto que compromete definitivamente o desempenho assistencial (a organização em serviços fragmenta a prestação dos cuidados, dificultando a sua integração) e impede o desenvolvimento de práticas de gestão descentralizadas e participadas. A recente alteração ao estatuto jurídico dos hospitais, genericamente conhecida por “empresarialização dos hospitais”, alterando a modalidade de posse, não provocou alterações sensíveis na arquitectura organizacional, nem tão pouco na prática gestonária, excepto

uma maior agilidade na contratação de recursos humanos, maior capacidade negocial nas aquisições e nos projectos de investimento.

A **centralidade do doente**, que deveria constituir o *pivot* da reorganização, não foi suficientemente valorizada, impedindo a evolução para novos modelos organizacionais em si mesmos capazes de gerar novas dinâmicas de gestão.

De facto, a nova cultura de **gestão** que se esperava que emergisse da reforçada autonomia conferida à instituição hospitalar não aconteceu, persistindo a indefinição estratégica, o planeamento incipiente ou inexistente, a falta de transparência nos processos de decisão, tudo concorrendo para a desresponsabilização e para a ausência de envolvimento da organização.

A focagem, por vezes excessiva, em objectivos de produção, potenciada por mecanismos de financiamento nem sempre ajustados, desguarnecida de adequados mecanismos de controlo de **qualidade** e efectividade, não favorece as boas práticas, compromete a formação e contribui para o desencanto e menor empenho dos profissionais. A preocupação excessiva com o aumento da produção, sem igual preocupação com a qualidade, a adequação e a pertinência dos cuidados prestados, poderá, até, ter contribuído para o deslize orçamental que ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde.

A ausência de sistemas de **informação** capazes de produzir dados e indicadores consistentes e fiáveis, na perspectiva da saúde dos doentes e da qualidade dos cuidados de saúde prestados, persiste como uma das limitações mais significativas, simultaneamente à boa prática clínica e à gestão, impedindo definitivamente a adopção de estratégias de decisão baseadas na evidência, comprometendo qualquer tentativa séria de avaliação e cerceando o desenvolvimento de processos de auditoria e controlo de qualidade.

A construção de uma rede integrada de informação para a saúde poderá não ser um objectivo concretizável a curto prazo, mas constitui uma meta estruturante e disciplinadora na concepção dos sistemas de informação e na aquisição de tecnologia de informação, à qual devem ser associados recursos adequados que permitam o seu desenvolvimento e exploração em tempo útil.

A reforçada **autonomia** da instituição hospitalar, que se afirma como um valor, a par com a multiplicação de prestadores público-privados e privados, reclama da tutela capacidade e esforço redobrado de **governo e regulação**, que necessariamente terá que basear-se no cumprimento de objectivos e “*standards*” criteriosamente estabelecidos e avaliados por órgãos autónomos de regulação estratégica, investidos de autoridade, de conhecimento e de meios para cumprir com tão exigente tarefa.

A autonomia gestionária dos hospitais e a diversidade de prestadores não deverá constituir obstáculo à indispensável reorganização da rede hospitalar, na base da cooperação e da complementaridade, nem tão pouco à articulação dos vários níveis de cuidados, incorporando as novas realidades, particularmente no que respeita à reorganização dos cuidados primários e dos cuidados continuados.

A **avaliação**, teimosamente escassa e pouco rigorosa, é um elemento crítico no funcionamento global do sistema e no próprio processo de mudança, na prestação dos cuidados como na gestão, com incidência a todos os níveis, do sistémico ao institucional e ao individual, interessando estruturas, processos e sobretudo resultados.

A gestão dos **recursos humanos** e a inerente definição das lideranças e hierarquias, na ausência de processos de avaliação creíveis que legitimem as decisões, resvala inexoravelmente para o arbítrio e para a iniquidade, contribuindo decisivamente para a criação de climas organizacionais negativos. A hierarquia de mérito gerada no exercício do enquadramento legal das carreiras médicas, credora dos êxitos históricos do SNS, com particular destaque nos domínios da formação, temporariamente suspensa na sua aplicação por virtude da alteração do estatuto jurídico dos hospitais, só poderá encontrar alternativa mediante processos de avaliação rigorosos e transparentes, consensualmente aceites e com reconhecimento inter pares, intimamente relacionados com a boa prática, o empenho e os valores que decorrem da missão do hospital.

Também a **formação** dos profissionais da saúde é crucial no suporte de um processo de mudança. Novos paradigmas de formação induziram reformulações

profundas nos conteúdos e nas metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação que urge assimilar. Não basta transmitir conhecimentos, é imperioso desenvolver capacidades. Posturas, comportamentos e profissionalismo são atributos essenciais no exercício das profissões da saúde que, assim sendo, devem ter peso curricular e ser objecto de treino e avaliação.

A formação pós-graduada, com créditos reconhecidos nas áreas médica e de enfermagem, processa-se essencialmente por modelo e impregnação, requerendo, por isso, profissionais qualificados e rotinas assistenciais modelares para alcançar os seus objectivos e assegurar um desenvolvimento profissional contínuo.

Em síntese e retomando a tónica inicial, não faltam razões que justifiquem e reclamem uma profunda reorganização hospitalar, firmemente **centrada no interesse do doente**, baseada em princípios de ética, responsabilidade e transparência e integrando os princípios da boa **governança clínica** e da boa **governança empresarial**, perseguindo a melhoria contínua dos cuidados prestados e padrões elevados de desempenho, mediante criação de contextos de excelência.

No processo de mudança não basta apontar o destino, é indispensável planear a viagem, quase sempre atribulada por múltiplos obstáculos, nem sempre antecipáveis. A **estratégia da mudança**, onde frequentemente reside a chave do sucesso, implica definição de estruturas e processos (planeamento, monitorização e avaliação), que acompanhem e orientem o seu percurso, que se adivinha longo, nas etapas decisivas.

2 – Rede de serviços do SNS. Articulação e complementaridade

- Integração de cuidados.

A estruturação da resposta às necessidades de saúde da população não foi sempre a mesma ao longo dos tempos e, até podemos afirmar, que é uma permanente preocupação dos Governos e dos Ministérios da Saúde.

Presentemente, em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume a responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, através das suas estruturas: **Cuidados de Saúde Primários, Hospitais e Cuidados Continuados Integrados**. O SNS complementa a sua oferta de cuidados de saúde adquirindo serviços a **privados e ao sector social**, com quem estabelece convenções e acordos, em áreas em que não tem capacidade de resposta suficiente.

Com o desenvolvimento do conhecimento científico e de novas tecnologias, a **prestação de cuidados de saúde** há muito que deixou de ser da responsabilidade única do médico, para passar a ser o resultado de um **continuum de contributos de diferentes prestadores, de equipas progressivamente mais alargadas e que utilizam equipamentos cada vez mais sofisticados**.

Daí que, hoje, a prestação de cuidados de saúde exija um esforço de **articulação e complementaridade constantes entre os profissionais e os serviços das três redes: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados**, de modo a garantir aos doentes os cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil que necessitam.

Esta *interface* entre serviços e profissionais com culturas, ópticas, pressupostos e abordagens distintas tem vindo a ser progressivamente mais valorizada e vai obrigar a um **planeamento conjunto de necessidades de cuidados de saúde e de respostas institucionais, com sistemas de informação comunicantes e integrados** e, designadamente, contratualização de projectos e objectivos comuns às diferentes instituições envolvidas na prestação de cuidados.

São excelente exemplo desta *interface* entre profissionais e serviços as “Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde da Mulher e da Criança”, que muito

contribuíram para que o nosso país atingisse, em tão curto período de tempo, valores de mortalidade infantil dos melhores do mundo.

Urge replicar esta cultura e prática entre os Centros de Saúde e Hospitais, que **não necessitam de mais meios, mas tão só de uma atitude e responsabilidade diferentes**, e que se devem alargar à prestação de todos os outros cuidados de saúde, induzindo sinergias, efectividade e eficiência e contribuindo para a sustentabilidade do SNS.

A interface entre serviços e profissionais com culturas, ópticas, pressupostos e abordagens distintas tem vindo a ser progressivamente mais valorizada e vai obrigar a um planeamento conjunto de necessidades de cuidados de saúde e de respostas institucionais, com sistemas de informação comunicantes e integrados. Urge replicar esta cultura e prática entre os Centros de Saúde e Hospitais, que não necessitam de mais meios, mas tão só de uma atitude e responsabilidade diferentes.

3 – A missão de um Hospital.

Longe vão os tempos da teoria da administração científica de Frederick Taylor que, no início do século passado, defendia a repartição de responsabilidades, em que à administração competia o planeamento das tarefas e dos métodos de produção, bem como a supervisão do processo produtivo e aos operários competia a execução pura e simples do trabalho. Hoje, e segundo Peter Drucker, definir a missão de uma organização é difícil, doloroso e arriscado, mas só assim se conseguem estabelecer políticas, desenvolver estratégias, concentrar recursos e começar a trabalhar; só assim uma organização pode ser administrada, visando um desempenho óptimo. E esta actividade torna-se muito mais eficaz se puder contar com a participação dos vários profissionais.

De facto, nos dias que correm, espera-se um enfoque no **envolvimento dos colaboradores na definição de matérias estratégicas para a organização, como sejam a sua missão, visão, valores e objectivos organizacionais.**

O momento da definição da missão pode ser extraordinariamente proficuo se for partilhado com o maior número possível de profissionais, num processo de construção colectiva e participada. Essencial é o distanciamento da perspectiva formalista, aquela que tem a pretensão de ser possível a definição de objectivos “de cima para baixo” para serem cumpridos pelas “bases” da organização. Torna-se, também, fundamental desenvolver esforços no sentido de efectivar o **comprometimento da organização com os seus utentes.**

A organização e as actividades dos hospitais não podem ser equacionadas olhando apenas de e para o seu interior, sem **atender ao meio que os rodeia.**

De resto, além da missão assistencial, o SNS necessita que o conjunto dos seus hospitais assumam posicionamento decisor quanto à inovação tecnológica e organizacional, criador de conhecimento e de doutrina, modificador da realidade. A missão e a visão dos hospitais devem constituir a declaração pública dos valores humanitários partilhados por todos os que trabalham na organização e dos objectivos que se pretendem alcançar, favorecendo a confiança tão ansiada pelos utentes destas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

A missão das organizações de saúde deve ser construída com a preocupação de que possa explicitar, sem ambiguidade, quatro componentes, definidas por Cecílio (2000), que deixem claras a sua singularidade e o seu compromisso com a sociedade: *“esta organização existe para oferecer tais **produtos**, com tais **características**, para tais **clientes** visando alcançar tais **resultados**”*.

- **Produtos** – O objecto das organizações de saúde pode, em algumas situações, ser de difícil medição. Nas áreas assistenciais, em particular, a qualidade do “produto” oferecido (na verdade, serviços) é um complexo procedimento que inclui não só medições objectivas e parametrizadas, como deve também considerar um forte elemento de subjectividade por parte do cliente.

- **Características** – Nesta componente fala-se da excelência técnica e do atendimento ético e humanizado e de níveis de serviço. Não será oportuno trabalhar estes aspectos no enunciado da missão. Este detalhe deverá ser efectuado com o objectivo de reflectir e tentar operacionalizar formas concretas de melhoria do serviço, dentro das próprias equipas de trabalho.
- **“Clientes”** – Levar em linha de conta as características e opiniões dos utentes é fundamental para definir a missão.
- **Resultados** – É vital a definição de procedimentos/indicadores que avaliem a prossecução dos resultados previstos.

Este é o enunciado da missão que pode ser formulada tanto para a organização como um todo (um hospital) como para cada um dos departamentos ou serviços que a integram. Esta formulação baseia e cimenta a prestação de cuidados hospitalares com elevados e reconhecidos padrões de qualidade e em respeito pelo princípio da equidade aos cidadãos que serve, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, mas também na decorrente reinserção e na promoção da saúde; promove a formação específica e contínua das profissões da saúde em colaboração estreita com a restante rede formal de formação dessas profissões e incentiva as actividades de investigação e o desenvolvimento de tecnologias da saúde.

Os hospitais não podem ignorar que têm, hoje em dia, uma tripla vertente nas respectivas missões: **são simultaneamente plataformas tecnológicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vectores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde.**

A cristalização na imputação ao hospital de uma missão exclusivamente tecnológica, distanciada da comunidade, concretizada em episódios de cuidados pontuais, por curtos períodos, dirigido ao “caso” (que não à pessoa doente), num modo de “produção” preferencialmente dedicado a doenças agudas, é um equívoco e um erro responsáveis por grande parcela da ineficiência que é diagnosticada no funcionamento dos hospitais.

Na verdade, essa concepção de hospital já não encontra fundamento no actual perfil de doença, primordialmente crónico, em que a maioria das pessoas que carecem de cuidados hospitalares apresenta multipatologias e efectua diferentes terapêuticas. Por isso, o hospital precisa de incorporar-se na cadeia de

cuidados clínico-sociais que deve estar criada para dar resposta aos doentes crónicos.

Dito de outro modo, o hospital faz parte de um “sistema de ajudar pessoas”; é um elemento da malha da rede de integração de cuidados de saúde, não cumprindo a sua missão se ficar à margem dessa rede, debitando actos avulsos em episódios despersonalizados, independentemente do doente e do seu percurso de doença.

O hospital é uma organização com responsabilidades éticas especiais que não podem ser comprometidas aquando da inclusão de traços empresariais na sua estruturação. Assim, os valores e princípios na prestação de cuidados de saúde hospitalares devem ter em linha de conta, segundo Anunciação e Zoboli (2008): a **orientação para os cidadãos-utilizadores** (apostar no estabelecimento de uma boa relação com os clientes, seus familiares e cidadãos em geral – por exemplo, garantindo um atendimento célere, rigor nas altas clínicas, encaminhamento adequado após a alta -, mas também com os fornecedores e tomar em consideração a opinião dos cidadãos acerca da natureza e qualidade dos serviços prestados); a **competência e promoção da melhoria contínua** (melhorar sistematicamente o seu desempenho através da promoção da educação, formação e treino dos seus recursos humanos especializados – nomeadamente através da integração da aprendizagem pré e pós-graduada na prática assistencial diária -, mas também pelo primado de critérios de adequação e de elevada exigência técnico-científica no recrutamento de novos recursos humanos, revisão e monitorização sistemática do desempenho, adopção de uma gestão participada por objectivos, com recurso a modelos de contratualização interna e de inclusão do parecer técnico dos colaboradores na tomada de decisões) e a **transparência nos processos de decisão e respeito pelos princípios éticos** (incentivar a criação e manutenção de mecanismos sistemáticos de informação, quer a nível interno, quer externo, propiciadores de uma transparência reconhecida, atributo indissociável da sua função de serviço público, avaliar continuamente procedimentos clínicos, assumir processos de decisão baseados em critérios explícitos e na informação disponível e respeito pelos princípios éticos da integridade, participação e confidencialidade).

Além do mais, na fidelidade à sua missão social específica, a organização de saúde não pode deixar de lado os aspectos ligados à sua **sustentabilidade financeira**. A incorporação de tecnologia eleva os custos e faz com que as decisões clínicas envolvam, muitas vezes, volumes financeiros consideráveis. Assim, a solicitação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos onerosos pode gerar conflitos entre o corpo clínico e a administração do hospital, com risco de ambos poderem romper o seu compromisso ético para com a excelência na assistência e nos cuidados. Hoje, um dos maiores desafios vividos nas organizações hospitalares é o de conciliar um custo baixo dos cuidados médicos com a prestação de serviços de boa qualidade aos clientes e à sociedade. O apelo a novos conhecimentos clínicos para avaliar a relativa eficácia ou ineficácia de diferentes intervenções tem sido abordado e vem sendo advogada a adopção de um modelo médico de prestação de cuidados baseado na confirmação empírica da sua efectividade, de modo a defender a generalização das práticas que se evidenciem melhores na avaliação custo-efectividade e a **evitar a futilidade desperdiçadora de recursos e deletéria para os doentes**.

Desta forma, espera-se atingir consensos junto de equipas tão diversificadas e com tanta assimetria de poder como são as da saúde: um desvio da atenção dos problemas internos para o verdadeiro problema – prestação de cuidados de saúde de qualidade; esclarecer os profissionais sobre a singularidade da organização e a sua responsabilidade social, com forte ênfase no alcance de determinados resultados; a alimentação do processo de planeamento, facilitando a percepção dos problemas finais, ou seja, aqueles vividos pelos utentes; o estímulo do uso criterioso de informações e a criação de indicadores que possibilitem o acompanhamento do desempenho da organização. Sem rotinas de avaliação de resultados, o hospital está impossibilitado de aferir o cumprimento da sua missão assistencial, legítima a suspeita de ineficiências no desempenho e silencia a afirmação das suas próprias realizações perante o assédio dos prestadores privados.

Assim, a missão, a visão, os valores e os objectivos organizacionais, se bem trabalhados e inseridos num bom sistema de gestão, podem contribuir para qualificar o atendimento prestado pelas organizações de saúde.

A imputação ao hospital de uma missão exclusivamente tecnológica, distanciada da comunidade, concretizada em episódios curtos e dirigida ao “caso” (que não à pessoa doente), num modo de “produção” preferencialmente dedicado a doenças agudas, é um equívoco responsável por grande parcela de ineficiência.

A orientação para os cidadãos-utilizadores, a competência e promoção da melhoria contínua, a transparência nos processos de decisão e o respeito pelos princípios éticos devem estar reflectidos nos valores e princípios da prestação de cuidados de saúde.

4 – Rede Hospitalar. Rede de Referenciação.

4.1 – Rede Hospitalar.

A **rede hospitalar** (o número de hospitais, a sua localização e a sua tipologia) deve ser entendida como um **sistema integrado de prestação de cuidados de saúde**, pensado e organizado de uma forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência.

A **cada hospital** devem ser atribuídos **uma área geodemográfica de influência e um papel específico na área assistencial**, tendo em conta a **sua articulação**, nomeadamente no âmbito de uma rede de referenciação pré-definida, **com os cuidados de saúde primários, com outras instituições hospitalares e com a rede de cuidados continuados**.

O planeamento da rede hospitalar, do sistema de referenciação e da missão específica de cada hospital deve visar, como objectivos fundamentais:

a) **Assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, de um modo atempado, de acordo com o estado da arte e com as reais necessidades de**

saúde das populações, dispondo de recursos humanos qualificados e motivados, dos meios técnicos adequados, e de condições físicas de trabalho e de permanência, para os profissionais, para os doentes e familiares, que proporcionem o conforto necessário e o respeito pela sua dignidade individual;

b) Atender a uma lógica de **eficiência e racionalidade**, evitando a multiplicação desnecessária de recursos e o desperdício de meios;

c) Garantir, em cada área de actividade, e especialmente para aquelas que exigem uma maior diferenciação de meios humanos e técnicos, a existência de uma **dimensão que permita a aquisição de experiência e capacidade profissional, o aperfeiçoamento contínuo, a formação de novos profissionais e a participação em projectos de investigação**.

Para se poder atingir estes objectivos é necessário que o planeamento hospitalar assente em alguns princípios essenciais, nomeadamente:

a) A rede de referência hospitalar, bem como **a missão atribuída a cada hospital, devem permanecer estáveis por períodos razoáveis**, que permitam a definição de objectivos e o desenvolvimento de projectos de forma consistente, tendo também em conta a evolução previsível das necessidades das populações, decorrente de alterações demográficas, epidemiológicas ou outras;

b) **O planeamento** deve ter por base, **exclusivamente, critérios clínicos e técnico-científicos**, sem cedência a pressões de interesses individuais, corporativos ou paroquiais, alheios a objectivos específicos em matéria de saúde;

c) Deve ser tida em conta **a real capacidade de resposta** de cada instituição e não apenas um modelo teórico de funcionamento e referência, sem suporte na prática nem condições de exequibilidade a curto ou médio prazo;

d) Devem ser **respeitadas as condições socioeconómicas das populações**, evitando uma deslocação de doentes que possa significar um afastamento excessivo da sua comunidade, com consequências gravosas para a sua estabilidade emocional, a sua vida familiar ou a sua capacidade económica;

e) O sistema de referência entre hospitais deve procurar o máximo de uniformidade, evitando a dispersão em várias direcções de doentes com a

mesma origem, e permitindo o desenvolvimento de **relações estáveis de colaboração e entendimento** entre profissionais de diferentes instituições, **sem conflitos na avaliação e orientação dos doentes** que possam traduzir-se em **prejuízos na qualidade dos serviços prestados**;

f) O conjunto da rede hospitalar deve ser suportado por um **sistema de comunicações ágil, eficiente, facilmente acessível, desburocratizado, que permita a transmissão de informações e responsabilidades** com procedimentos simplificados;

g) Cada hospital deve dispor dos **meios financeiros necessários à prossecução dos objectivos** que lhe estão atribuídos, **numa lógica de contratualização, autonomia de gestão e avaliação rigorosa de resultados**. Os valores dos **GDH** devem ser objecto de **revisão e actualização permanente**, para poderem assumir o seu papel regulador, garantir a oferta e a qualidade dos cuidados que a população necessita e permitir uma avaliação criteriosa das boas práticas de gestão.

No planeamento de unidades hospitalares, há que ter em conta, também, a sua **dimensão**, caso contrário, uma **unidade pequena vai ter imensos constrangimentos** por não ter dimensão de gestão com os recursos que lhe são atribuídos, o que, inclusive, compromete a própria qualidade dos cuidados de saúde, vai ter dificuldade em obter a idoneidade formativa na maior parte dos serviços, em desenvolver projectos de investigação, enfim, a sua pequena dimensão condiciona negativamente o seu próprio desenvolvimento. As **pequenas unidades hospitalares** têm vantagens em ser **integradas com grandes unidades** e, assim, não deixam de proporcionar às populações cuidados de saúde de maior proximidade, mas também lhes podem oferecer cuidados mais diferenciados, de melhor qualidade e com sustentabilidade.

A rede hospitalar (o número de hospitais, a sua localização e a sua tipologia) deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensado e organizado de uma forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência.

4.2 – Rede de Referenciação.

As actuais redes de referenciação encontram-se de certo modo prejudicadas na sua praticabilidade por repercutirem em muitos casos uma **confusão entre “carta de equipamentos” e “colaboração em rede”** na prestação de cuidados a pessoas concretas.

Além disso, a actual multiplicidade de Redes de Referenciação, baseadas em patologias ou especialidades médicas, torna complexa a integração de cuidados, principalmente pela dispersão a que obriga tanto os profissionais como os doentes, nomeadamente os portadores de patologias múltiplas.

Deveria ser considerado um novo delineamento para o conjunto destas redes, dando maior **ênfase à funcionalidade de base territorial** no estabelecimento de **complementaridade de acção entre as instituições** e reservando a **organização por especialidades** para contemplar a **distribuição de recursos limitados**. A partilha de funções e de meios entre as redes deveria ser encorajada e explorada exhaustivamente.

Tratar-se-ia de fazer prevalecer o conceito de “rede” para a tomada a cargo integrada dos doentes, promovendo a acção coordenada, com finalidades comuns, assente em planos de cuidados partilhados em que a intervenção dos diferentes estabelecimentos se daria na medida das respectivas especificidades, mas sempre partindo do mesmo objectivo claramente identificado e

personalizado: a resolução dos problemas de saúde, a satisfação das necessidades de cada um dos doentes.

O actual delineamento, assente em plataformas de capacidades progressivamente mais sofisticadas (geralmente do ponto de vista tecnológico), seria reservado às decisões sobre a distribuição dos equipamentos (materiais e humanos).

Obviamente, as duas vertentes (prestação de cuidados e equipamento) seriam mutuamente subsidiárias mas ultrapassar-se-ia o condicionamento das actuais "Redes de Referenciação" que, mesmo que não deliberadamente, partem dos equipamentos para a prestação de cuidados, ou seja, percorrem o caminho inverso do que é desejável.

Estrategicamente, **o serviço de saúde tem a missão de cuidar dos cidadãos. O equipamento tem de servir a missão** e não o contrário.

Consequentemente, não podendo um estabelecimento de saúde dispensar cuidados para os quais não tem competência material nem profissional, será necessário equipar dessas competências as instituições e as regiões em que as razões epidemiológicas o requeiram e **não limitar os locais autorizados a executar determinados tratamentos** em função das competências já disponíveis, geralmente distribuídas **de forma idiossincrática sem relação com as necessidades epidemiológicas**.

Nesta formulação, os "canais unidireccionais" das actuais Redes de Referenciação deveriam ser substituídos por **redes de carácter funcional, facilitadoras das acções complementares e sinérgicas entre as instituições** com o objectivo de otimizar todas as dimensões e todos os tempos da prestação de cuidados. Uma malha de suporte para o doente substituiria a actual escada que ele sobe em direcção a uma "diferenciação" que nem sempre lhe resolve os problemas e que, muitas vezes, lhe bloqueia o retorno a patamares mais baixos.

Na constituição das redes, deverão ser incentivadas as complementaridades entre hospitais, através de formas orgânicas de relacionamento, contratualização e aproximações voluntárias. Trata-se de ultrapassar frequentes rivalidades regionais e um equivocado espírito de concorrência, nefastos ao

desiderato do SNS, e de favorecer o aparecimento de novas actividades, a partilha de equipamentos e a realização de acções de formação comuns.

A actual multiplicidade de Redes de Referenciação, baseadas em patologias ou especialidades médicas, torna complexa a integração de cuidados, principalmente pela dispersão a que obriga tanto os profissionais como os doentes, nomeadamente os portadores de patologias múltiplas.

Deve prevalecer o conceito de “rede” que garanta o assumir da responsabilidade integrada dos doentes, promovendo a acção coordenada, com finalidades comuns, assente em planos de cuidados partilhados, em que a intervenção dos diferentes estabelecimentos se daria na medida das respectivas especificidades, mas sempre partindo do mesmo objectivo claramente identificado e personalizado: a resolução dos problemas de saúde, a satisfação das necessidades de cada um dos doentes.

5 – Governação dos Hospitais.

5.1 – Governação Clínica.

Políticas de **melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde constituem hoje um imperativo nacional**, que implica necessariamente uma alteração na forma como os hospitais têm vindo a ser estruturados, no sentido de encontrar soluções para identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos cidadãos utilizadores e dos profissionais de saúde.

Actualmente, é a forma de acção do hospital e de cada um dos seus elementos que está em causa. Tanto na dimensão externa, relativamente ao ambiente de oferta e procura de cuidados, como na dimensão interna de coordenação e

articulação das diferentes unidades, em busca dos melhores níveis de efectividade e eficiência.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os hospitais, são entidades cada vez mais complexas que detêm especificidades próprias, sendo uma das suas principais missões prosseguir objectivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados.

No entanto, **os hospitais enfrentam crescentes forças de mudança**, incluindo o **impacto das mudanças populacionais** (e.g. envelhecimento, multiculturalidade), os **padrões de doença**, as oportunidades para utilizar novas intervenções médicas associadas a **novos conhecimentos e tecnologias** e as **expectativas públicas e políticas**. Por seu turno, têm focalizado a sua resposta crescentemente nos cuidados agudos de curta duração, procurando admitir apenas pessoas necessitadas de cuidados médicos e de enfermagem intensivos ou sofisticados tratamentos e meios diagnósticos.

A **governança clínica** foi concebida como um processo *bottom-up* de desenvolvimento local, ambicionando inspirar e entusiasmar os profissionais de saúde e fomentando parcerias activas com os doentes.

Diversos autores apelam ao reconhecimento do papel central dos clínicos no desenho, prestação e melhoria dos cuidados, para que **os médicos, enfermeiros, os outros profissionais de saúde e gestores nunca sejam afastados da governança mas sim apoiados e encorajados a aceitar as inter-conexões entre a dimensão clínica e os recursos**, a reconhecer a necessidade de equilíbrio entre a autonomia e a prestação de resultados, a apoiar a sistematização do trabalho clínico e a subscrever a partilha de poder de abordagens de trabalho clínico mais integradas e baseadas em equipas multidisciplinares.

Mostra-se necessário evoluir de um modelo burocrático de gestão para um modelo de serviço de saúde focado na liderança, sendo assim necessário integrar os diferentes actores de forma a coordenar eficientemente a prestação de cuidados de saúde e, simultaneamente, **quebrar as barreiras entre os diferentes profissionais, a gestão tradicional e a comunidade**.

Em Portugal, o processo de empresarialização da maioria dos hospitais portugueses permitiu uma maior liberdade individual e flexibilização na capacidade de adaptação interna das instituições às novas circunstâncias. Enquanto algumas unidades têm fortalecido a organização clássica em serviços de acção médica, outras têm constituído verdadeiros **órgãos de gestão intermédia** que, sem quebrar a unidade de conjunto, são dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão.

Iles (1997) define três regras fundamentais para gerir pessoas na prestação de cuidados de saúde:

- i. Acordar precisamente no que é expectável que os profissionais alcancem;
- ii. Assegurar que existem as competências e recursos necessários para atingir os resultados esperados;
- iii. Dar *feedback* dos níveis de resultados alcançados e a alcançar.

É no prosseguimento desta linha de actuação e, insistindo nas vantagens da contratualização entre pagador-prestador que se têm promovido modelos heterogéneos de negociação interna.

Estas alterações têm importantes implicações na forma como os hospitais prestam os cuidados, sendo determinante a reconfiguração dos processos, de diferentes espaços físicos e, necessariamente, de pessoas com novas, diferentes e melhores competências.

A **empresarialização** dos hospitais, ao colocar maior ênfase na gestão empresarial, **descentrou a atenção do essencial, o doente e a prestação dos cuidados de saúde**, comprometendo a adopção de estratégias de eficiência, capazes de responder simultaneamente à necessidade de melhorar desempenhos e conter custos, só exequíveis em contextos de excelência clínica.

A percepção de que a boa gestão hospitalar reclama centralidade inequívoca do doente, e de que o fulcro dessa mesma gestão se situa na prestação dos cuidados de saúde, conduz invariavelmente aos modernos conceitos de **governança clínica**, encarada como conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na **qualidade**, capazes de assegurar melhoria contínua na forma como o hospital cuida e trata os seus doentes, no modo como presta

contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe são confiados.

O exercício da governação clínica está, na sua origem, intimamente associado à função de **regulação**, exercendo-se, em larga medida, **no cumprimento dos objectivos e standards definidos** pela entidade tutelar e entendidos como níveis mínimos de qualidade de desempenho clínico (*standards* essenciais) ou a atingir num prazo determinado (*standards* de desenvolvimento).

Ao exercício efectivo da **governação clínica não se chega por decreto**. Não se trata de alcançar uma meta, mas de trilhar um longo percurso, que exige à partida **genuína vontade de mudança e abertura para novos modelos de pensar, gerir e prestar cuidados de saúde**. Que envolve profunda remodelação das políticas, das organizações e dos processos, mas que, se bem conduzida, produzirá as alterações de cultura, mentalidade e postura indispensáveis a uma reforma autêntica de SNS, capaz de assegurar a sua sobrevivência e sustentabilidade.

No topo das prioridades e como condição prévia coloca-se o imperativo de **investir poder no doente, seus familiares e cuidadores**, garantindo que toda a acção hospitalar se orienta no sentido de cumprir com a missão e os objectivos que os doentes, o público e a comunidade entendem ser os que melhor servem os seus interesses.

A operacionalização desta condição implica, a um nível mais geral, **rever a composição dos órgãos de administração hospitalar**, assegurando representação efectiva dos **cidadãos nos processos de decisão** (p. ex. conselhos de administração alargados, com membros não executivos de reconhecido mérito), como forma de **ruptura com uma cultura organizacional** que, no essencial, **tem privilegiado o interesse dos prestadores e dos grupos profissionais**.

O envolvimento do doente e da comunidade, no desenvolvimento do hospital e na monitorização da sua actividade, implica ainda a criação de instrumentos de recolha activa, sistemática e obrigatória da opinião dos doentes, familiares e cuidadores (sugestões, críticas, reclamações, louvores...) e da sua incorporação no processo de desenvolvimento e melhoria da prestação de serviços.

A opinião, assim recolhida, deve ser critério maximamente valorizado na avaliação das instituições e das respectivas administrações, dos serviços e dos seus profissionais.

Estas são, resumidamente, condições prévias ou concorrentes para o exercício competente da governação clínica, nos múltiplos domínios classicamente abrangidos na sua área de acção:

- i. Liderança organizacional e clínica, fortemente empenhada e solidária no processo de governação clínica;
- ii. Compromisso com a gestão da qualidade e disponibilidade persistente para rever e aperfeiçoar desempenhos;
- iii. Empenhamento na criação de uma cultura de avaliação e auditoria clínica como recurso comum de leitura e análise;
- iv. Reconhecimento da importância da identificação e gestão do risco clínico;
- v. Educação, treino e formação profissional contínua;
- vi. Investigação e divulgação das boas práticas e da eficiência clínica;
- vii. Gerir e aprender com base no reconhecimento do erro e na reclamação;
- viii. Procurar as opiniões e responder às expectativas dos utentes e fazer uso da informação clínica decorrente das suas experiências;
- ix. Utilização criteriosa da informação para planear e monitorizar a governação clínica.

A percepção de que a boa gestão hospitalar reclama centralidade inequívoca do doente, e de que o fulcro dessa mesma gestão se situa na prestação dos cuidados de saúde, conduz invariavelmente aos modernos conceitos de governação clínica, encarada como conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar melhoria contínua na forma como o hospital cuida e trata os seus doentes, no modo como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe são confiados.

5.2 Organização interna hospitalar.

Independentemente das alterações de composição e funções que possam vir a resultar da adopção, pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, de um novo modelo de exercício da sua posição “accionista” nos Hospitais EPE, é aconselhável que se produza uma profunda reflexão sobre o actual modelo de recrutamento, nomeação, constituição, competências, funções e avaliação dos Conselhos de Administração, de forma a reforçar a sua capacidade estratégica e a envolver os principais interessados (*stakeholders*) na gestão, enquanto instrumento de uma maior integração do hospital nas comunidades que serve e de uma maior responsabilização das comunidades pelo seu desempenho.

5.2.1 – Estruturas de gestão intermédia.

No domínio da **organização interna hospitalar**, a concepção dos modelos organizacionais deverá ser orientada por critérios de funcionalidade e desenvolvimento, com o firme propósito de **promover modalidades de gestão descentralizadas e participadas** e processos integrados de prestação de cuidados de saúde.

No **plano gestor**, a criação de **estruturas intermédias e periféricas de gestão, com conteúdo funcional e autonomia real**, configurando uma intenção séria de descentralização efectiva, é um passo incontornável para **colocar responsabilidade** nas áreas nevrálgicas, **onde se processa e decide a qualidade dos cuidados** prestados e onde, simultaneamente, **se gera o essencial da despesa e do desperdício**. O modelo organizacional, necessariamente adaptado às funções e à dimensão hospitalar, para cumprir com os objectivos de envolvimento global na gestão e partilha de responsabilidades, deverá incorporar na sua concepção, condições estruturantes:

- (i) Facilidade de leitura da cadeia de comando hospitalar;
- (ii) Facilidade de avaliação;
- (iii) Agregação departamental por afinidade nos processos produtivos, nos recursos utilizados e nos procedimentos de gestão;
- (iv) Delimitação clara das áreas de gestão, sem sobreposições e sem fragmentação das linhas de produção, fazendo inequívocos os circuitos de responsabilidade;
- (v) Responsabilidade uninominal, sempre que possível.

Estas **estruturas intermédias de gestão, com autonomia funcional e organizacional, contratualizam com o Conselho de Administração do Hospital o seu contrato-programa anual** e poderão ser **geridas por um órgão** constituído por **um médico, um enfermeiro e um gestor**, nomeados pelo Conselho de Administração a quem, o respectivo coordenador deste órgão, presta contas. A criação destas estruturas intermédias deve ser acompanhada de sistemas de **monitorização das várias dimensões da sua actividade** – produção, qualidade, financeira, etc. - e ser objecto de avaliação contínua.

A organização interna hospitalar, a concepção dos modelos organizacionais deverá ser orientada por critérios de funcionalidade e desenvolvimento, com o firme propósito de promover modalidades de gestão autónomas, descentralizadas e participadas.

5.2.2 – Unidades integradas multidisciplinares.

No **plano da prestação dos cuidados de saúde**, a arquitectura de organização deve **privilegiar o interesse do doente e a eficiência clínica**, promovendo o desenvolvimento de **unidades integradas multidisciplinares, em detrimento da organização tradicional em serviços monovalentes**. A selecção das unidades específicas a desenvolver procurará, naturalmente, rentabilizar capacidades e recursos existentes, mas deverá responder a necessidades locais e gerais identificadas nos planos de saúde e a funções determinadas pela inserção na rede hospitalar.

Áreas clínicas bem delineadas, dotadas de efectiva autonomia, com **lideranças competentes, cultas e responsáveis** são condições imprescindíveis para colocar no terreno e dinamizar o conjunto de sistemas, procedimentos e comportamentos através dos quais as administrações esperam atingir os objectivos organizacionais de segurança, qualidade de serviço e utilização criteriosa dos recursos.

A operacionalização da governação clínica carece de **liderança organizacional e clínica** ao mais alto nível (função primordial do director clínico) e corresponde a um forte compromisso de profissionais de saúde e gestores com a **qualidade**, envolvendo investimento financeiro e humano dirigido.

A gestão da qualidade não existe sem **avaliação** que, por sua vez, é inexequível sem **informação** que, para ser fidedigna, requer **registos** competentes.

A construção de **sistemas de informação** capazes de suportar a gestão nas suas múltiplas dimensões, incluindo necessariamente a clínica, é uma condição prévia incontornável para se poder evoluir nos domínios da governação clínica que vive, como praticamente todos os outros sistemas de gestão, de uma rigorosa caracterização da realidade e da análise comparativa com padrões ou com outras realidades comparáveis. Mas não se confunda sistema de informação com informática. Sendo esta a ferramenta indispensável, que tornou possível

trabalhar com volumes inimagináveis de informação, a construção e o desempenho dos sistemas de informação continuam fatalmente dependentes da selecção criteriosa dos indicadores, de ferramentas inteligentes de apoio à decisão e da qualidade da informação coleccionada ("*rubbish in, rubbish out*").

Sobre o **registo clínico** recaem tantas responsabilidades que seria insensato continuar a menorizar a sua importância, atribuindo-lhe papel pouco mais que burocrático. A alimentação dos sistemas de informação com dados não fidedignos ou incompletos, descaracteriza a realidade e compromete a formação da evidência, que constitui o fundamento essencial para a decisão, quer se trate de gestão, do exercício da clínica, do trabalho científico ou da investigação.

O registo clínico, quando entendido como um instrumento de apoio às boas práticas, de suporte à decisão clínica e de veículo de formação e que, simultaneamente cumpra as funções de comunicação e suporte para decisões medico-legais, é uma operação exigente, que carece de linguagens estruturadas (ontologias) e de metodologias próprias (registo clínico orientado por problemas).

É, sem dúvida, uma área a carecer de forte investimento, desde logo cativando espaço nos *currícula* pré e pós-graduados das profissões da saúde, mas particularmente no desenvolvimento de aplicações electrónicas inteligentes e amigáveis, bem adaptadas aos processos de trabalho e poupadoras de tempo, capazes de retribuir em ajudas e apoio à actividade clínica.

O **registo clínico electrónico** é uma etapa obrigatória na construção de uma **rede integrada de informação para a saúde**, objectivo que por si só justifica o maior empenho.

A **avaliação** é a encruzilhada onde se cruzam todos os caminhos da governação empresarial e clínica. É o passo fundamental na gestão da qualidade, na aritmética do custo-benefício. É um elemento decisivo na atribuição do mérito e, por consequência na gestão dos recursos humanos.

É assim desejável, particularmente em organizações de cariz científico, onde a linguagem deverá ser a do rigor, que se adicionem novos instrumentos de medição e que se afinem os existentes. Não é demais realçar a importância dos

registos e dos sistemas de informação, que são igualmente indispensáveis para o desenvolvimento de procedimentos de **auditoria interna e externa**, ferramentas poderosas de leitura e análise comparativa, igualmente **imprescindíveis à gestão da qualidade**, que tardam em ser introduzidas na actividade e na cultura das nossas organizações.

A arquitectura da organização deve privilegiar o interesse do doente e a eficiência clínica, promovendo o desenvolvimento de unidades integradas multidisciplinares em detrimento da organização tradicional em serviços monovalentes.

A gestão da qualidade não existe sem avaliação que, por sua vez, é inexequível sem informação que, para ser fidedigna, requer registos competentes.

5.2.3 – Política de reconhecimento. Atribuição de incentivos.

As inúmeras alterações de ordem económica, política e socioprofissional, o aumento crescente de complexidade que caracteriza os hospitais e a própria evolução das responsabilidades individual e social sobre a saúde, motivam a experiência da **aplicação de incentivos**, por parte dos sistemas de saúde, quer aos profissionais, quer às organizações prestadoras de cuidados.

O sector da saúde possui características específicas que é essencial ter em consideração quando se pretendem introduzir metodologias de incentivos na prestação de cuidados de saúde.

A investigação efectuada sobre incentivos não é unânime em considerar a existência de uma forma ideal de calcular e implementar esses mesmos incentivos, requerendo para tal a definição de um desenho reflectido e discutido entre os diversos actores. Os incentivos podem ser financeiros ou outros. Contudo,

existem aspectos que são transversais às várias análises, como sejam: **desempenho, qualidade de cuidados prestados, selecção adversa, custos e resultados.**

Os incentivos de equipa, tendo em conta a disponibilidade e o volume de trabalho associado aos resultados clínicos, **parecem ter maior efectividade.** Mas isto implica a existência de um sistema de informação eficiente e disponível por todos em tempo real, de forma a assumir-se como um instrumento fundamental para a gestão.

Os incentivos não devem ser integrados mensalmente no vencimento, porque se o forem passam a ser sentidos como parte integrante desse mesmo vencimento, o que desvaloriza o prémio.

Os incentivos, se criteriosamente aplicados, podem ser vistos como um elemento de **revalorização do SNS e dos seus profissionais.**

Parte dos incentivos poderá destinar-se à formação dos mais jovens, saindo da pouco desejável dependência dos critérios da indústria farmacêutica (sobretudo na participação em congressos).

Os incentivos devem resultar da melhoria da eficiência do funcionamento dos serviços, sem implicar um aumento dos orçamentos dos hospitais.

Os incentivos devem ser claramente expressos nos contratos-programa e devidamente divulgados os modelos e critérios de atribuição, privilegiando a qualidade dos cuidados, o desempenho e os resultados.

Os incentivos não devem ser integrados mensalmente no vencimento, e parte deles poderão destinar-se à formação dos mais jovens.

5.3 – Gestão do Risco.

5.3.1 – Segurança dos doentes e dos profissionais.

A **segurança** dos utentes e dos profissionais é um dos pilares do modelo clássico de governação clínica que importa assumir como um **valor** de aferição da actividade das organizações hospitalares. A sua operacionalização concretiza-se numa política de **gestão do risco**, enquanto componente estratégica que visa minimizar os riscos associados à prática clínica, na perspectiva dos doentes, dos prestadores de cuidados e da organização.

Os avanços tecnológicos na área da saúde, a evolução nos procedimentos e equipamentos de diagnóstico, o desenvolvimento farmacológico e o melhor conhecimento dos processos de doença estão associados a uma maior e melhor oferta de cuidados assistenciais. Contudo, a ampla utilização destes recursos, introduz nas organizações hospitalares factores acrescidos de risco para os doentes/utentes, visitas e funcionários. Este progresso nos cuidados de saúde é acompanhado de uma **maior complexidade de equipamentos e fármacos**, de onde decorrem inúmeros e novos factores de risco no ambiente hospitalar, de diversa natureza, entre outros: de natureza física (riscos associados ao calor, ruído, radiações), química (riscos associados à utilização de produtos de desinfeção, esterilização, soluções terapêuticas – quimioterapia; gases medicinais), mecânica (risco de queda), biológica (risco de transmissão nosocomial de tuberculose e contaminação por HIV), ergonómicos e psicológicos (violência).

Doentes e profissionais estão expostos a estes riscos que frequentemente provocam acidentes e doenças profissionais, dos quais destacamos os mais comuns.

As **infecções associadas aos cuidados de saúde**, susceptíveis de afectar também os profissionais no decorrer da sua actividade, são um **importante indicador de qualidade e de segurança** do doente em meio hospitalar. Esta realidade exige às organizações uma abordagem estruturada e multiprofissional, implementando políticas de utilização de antibióticos, promovendo infra-estruturas, equipamentos e materiais adequados ao controlo das infecções, o estabelecimento de **normas**

de boas práticas, bem como a realização de **auditorias**. Estas medidas associadas à formação e desenvolvimento de competências dos profissionais sobre o risco, visam a concretização de um **plano operacional de prevenção e controlo de infecção hospitalar**.

A crescente **resistência aos antibióticos**, responsável pelo aumento da morbilidade, mortalidade e por significativos acréscimos de custos, exige desenvolver uma **política eficaz de uso de antibióticos** associada a um **programa de vigilância epidemiológica e de controlo de infecção**, visando impedir a transmissão cruzada e reduzir a emergência de agentes multirresistentes.

O **erro terapêutico** é uma exposição resultante do uso incorrecto de um medicamento, que põe em causa a segurança do doente. A sua minimização deverá ser uma preocupação constante porque tem impacto no doente, no profissional e na organização. Para o eliminar é necessário **encorajar a notificação**, isenta de culpa, promovendo uma análise do incidente num clima de aprendizagem e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

As quedas são uma importante causa de morbilidade (e até de mortalidade), susceptíveis de aumentar o número e severidade de complicações, responsáveis pelo **agravamento dos custos**, associados ao prolongamento do internamento e MCDT's adicionais. A avaliação do risco de queda, o registo e monitorização dos incidentes de queda e a existência de um plano de medidas preventivas, são cruciais pelo impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do doente. Neste âmbito, salienta-se a importância das **dotações seguras**, considerando haver evidência de uma forte relação entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes. Estudos de investigação demonstram que hospitais com baixas dotações de enfermeiros evidenciaram uma taxa mais elevada de doentes com complicações (ex: úlceras de pressão, infecções). Numa perspectiva de recursos humanos, a baixa dotação de profissionais, também se traduz numa maior insatisfação profissional, *burnout*, e elevadas taxas de absentismo e *turnover*.

A ocorrência destes **acidentes em ambiente hospitalar** envolve não só os profissionais como os doentes, utentes, visitas, instalações e equipamentos, provoca uma quebra de confiança nos profissionais e nas organizações, pelo

que é matéria relevante para a governação clínica, devido ao amplo espectro de consequências éticas, legais, sociais e financeiras.

Neste contexto, a **gestão do risco** assume particular relevância enquanto princípio fundamental do sistema de saúde e como **factor crítico de sucesso**, surgindo como um desafio para as organizações hospitalares e seus profissionais, assumindo-a como uma **prioridade estruturante do sistema de governação clínica** baseado numa cultura de qualidade e segurança.

Compete às organizações implementar uma **estratégia de gestão do risco**, enquanto metodologia integrada e sistemática, que implica responsabilidades adicionais aos responsáveis e colaboradores, na identificação, análise, avaliação e monitorização dos riscos associados às actividades hospitalares. Esta deverá integrar **programas de melhoria contínua da qualidade**, criar condições, promover e reforçar práticas seguras de trabalho, visando o aumento da segurança, nomeadamente no que se refere à qualidade da prescrição, utilização racional do medicamento, prevenção e controlo da infecção.

Sallenta-se, ainda, a importância dos sistemas de comunicação e transmissão de informação, claros e bem definidos, respeitando códigos éticos, protegendo a confidencialidade e assegurando a continuidade dos cuidados.

No caso dos hospitais que integram a área materno infantil, devem garantir as condições específicas preconizadas pelos **direitos da criança** e contidas na "Carta da Criança Hospitalizada". As maternidades devem assegurar os internamentos em área própria, com internamento exclusivo e com medidas efectivas contra o rapto.

No que concerne à formação dos internos de medicina e de enfermagem, deve obedecer a critérios e pressupostos de **tutoria e supervisão clínica** que garantam a qualidade do ensino clínico, a segurança e respeito pelos doentes e profissionais.

O progresso nos cuidados de saúde é acompanhado de uma maior complexidade de equipamentos e fármacos, de onde decorrem inúmeros e novos factores de risco no ambiente hospitalar, de diversa natureza, entre outros: de natureza física (riscos associados ao calor, ruído, radiações), química (riscos associados à utilização de produtos de desinfeção, esterilização, soluções terapêuticas – quimioterapia, gases medicinais), mecânica (risco de queda), biológica (risco de transmissão nosocomial de tuberculose e contaminação por HIV), ergonómicos e psicológicos (violência).

A gestão do risco, enquanto componente estratégica que visa minimizar os riscos associados à prática clínica, na perspectiva dos doentes, dos prestadores de cuidados e da organização, é um dos pilares do modelo clássico de governação clínica.

5.3.2 – Risco Clínico – “Erro em Medicina”.

A prestação de cuidados de saúde em organizações geralmente complexas e altamente diferenciadas proporciona **múltiplas situações potencialmente geradoras de erros**. As organizações devem saber lidar com os erros, minimizando as suas consequências e prevenindo-os o mais possível.

A sua análise deverá objectivar-se mais sobre os **vícios do sistema do que na culpabilização dos profissionais**.

A **gestão do risco clínico** associada à melhoria da qualidade e segurança do doente deve ser um dos principais objectivos de todos os grupos profissionais das organizações que lidam com doentes. Apesar de não haver dados nacionais sobre esta temática, a análise das referências de outros países leva-nos a inferir que possa haver mais erro do que se pensa. Estima-se que no universo das admissões hospitalares se verifiquem 10 a 15% de eventos adversos. José Fragata,

em 2006, referiu que na actividade cirúrgica global ocorrem 4% de eventos adversos. Destes, 60% eram evitáveis e 50% estavam relacionados com aspectos técnicos, havendo uma incidência diferente conforme a complexidade.

Recentemente um estudo europeu encontrou uma elevada percentagem de cidadãos que considera o erro médico como um problema preocupante. No entanto, os mesmos cidadãos manifestaram confiança nos profissionais de saúde. A ocorrência de erros pode levar à perda de confiança nas organizações, ao aumento dos custos sociais e económicos e à diminuição dos resultados (*outcomes*) esperados/desejados, com consequências directas na qualidade dos cuidados prestados.

A equipa e o desempenho individual interagem nos dois sentidos, com influência mútua. **O factor equipa é primordial para a dinamização do desempenho e para a prevenção dos erros.**

A definição e detecção do erro em medicina são difíceis devido à sensibilidade do tema, complexidade das organizações de saúde e ao **carácter multifactorial das situações subjacentes às falhas de segurança.**

Para que ocorra um evento adverso ou dano no doente é necessário o alinhamento de diversos *buracos*, por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes, etc. (teoria do queijo suíço). A fonte do *problema* é, na maioria das vezes, desencadeada por múltiplos factores, podendo a sua origem resultar de deficiências ou falhas na estrutura e/ou no processo.

Felizmente o elevado número de actos prestados diariamente nas organizações de saúde, contrasta com a aparente rara ocorrência de falhas graves.

Em Portugal, não é conhecida a verdadeira dimensão nem as consequências associadas às *falhas* na segurança dos doentes devido ao **predomínio de uma cultura de culpabilização perante as falhas** e suas potenciais consequências, **em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem a partir das mesmas**, associadas à falta de um sistema nacional de registo dos eventos adversos.

Para além dos custos e repercussões nos doentes, temos, ainda, de considerar os custos sociais e económicos e os resultantes da quebra de confiança entre o

cidadão e as instituições prestadoras de cuidados de saúde e a inevitável erosão do seu grau de satisfação.

É fundamental promover um **sistema nacional de registo dos eventos adversos**, associado a uma estratégia cultural baseada na aprendizagem em detrimento da cultura da culpabilização individual e na análise das raízes do problema por todos os seus intervenientes. O registo dos eventos adversos poderá ser voluntário ou compulsivo, anónimo ou identificado. Idealmente, este deveria ser não punitivo, confidencial, independente, efectuado por peritos, orientado para a organização e tendo como conclusão a emissão de orientações. A análise pormenorizada dos eventos pela “Root Cause Analysis” permite ir à raiz do problema e percorrer todo o percurso até ao evento adverso. A avaliação do desempenho das equipas permite prevenir o erro. Pode ser efectuada pela realização de auditorias internas ou externas, análise proactiva das trajectórias do erro “Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)”, realização de inquéritos de satisfação dos utentes/doentes, análise dos indicadores de desempenho, em relação ao esperado, e o levantamento dos eventos adversos concretizados e os eventos sentinela (“near miss”).

A **cultura de segurança das organizações**, baseada no treino em equipa, relato de erros, “near miss” e acidentes, idealmente voluntário, anónimo e sem culpabilização, e o uso regular de reuniões de análise da situação e a aprovação de normas de actuação, constituem algumas das principais medidas de sucesso.

A **formação pré e pós-graduada** nesta área é da maior importância para fomentar o trabalho em equipa e o desenvolvimento da cultura de segurança nas organizações de saúde.

A estratégia de segurança dos doentes/utentes, integrada numa política explícita de melhoria contínua da qualidade em saúde, é de primordial importância para a satisfação global, quer dos doentes, quer dos profissionais.

A prestação de cuidados de saúde em organizações geralmente complexas e altamente diferenciadas proporciona múltiplas situações potencialmente geradoras de erros.

A sua análise deverá objectivar-se mais sobre os vícios do sistema do que na culpabilização dos seus profissionais. A cultura de segurança das organizações, baseada no treino em equipa, relato de erros e acidentes, idealmente voluntário, anónimo e sem culpabilização, e o uso regular de reuniões de análise da situação e a aprovação de normas de actuação, constituem algumas das principais medidas de sucesso.

6 – Formação.

A **formação dos profissionais de saúde** - médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e todos os demais profissionais - é um pilar essencial na dinâmica de funcionamento dos hospitais, é necessária e fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, introduzir mudanças e actualização nos contextos de trabalho e da organização dos serviços, assumindo um papel fulcral na política de gestão dos recursos humanos.

A formação deve **desenvolver competências e capacidades** para o exercício das profissões de saúde, que permitam estimular o brio profissional como forma de fazer sentir a importância e o papel de cada um no caminhar do colectivo.

A **formação não poderá continuar a assentar** nos modelos estáticos e clássicos como se organizou na segunda metade do século passado, baseados **apenas na divulgação dos conhecimentos técnicos e científicos e na sua actualização**, pouco adequados às realidades e necessidades formativas susceptíveis de gerarem mudanças nas práticas, ao nível individual e organizacional.

O estímulo ao conhecimento científico tem que ser enquadrado numa **“Cultura de Gestão”** cujo paradigma deverá ser a transferência do brio profissional

individual para o Serviço Público, a **preocupação constante com a qualidade e continuidade da prestação de cuidados, a resposta efectiva às necessidades de saúde da população e com a correcta utilização de recursos.**

Os processos de formação devem, desde a formação básica ao pós-graduado, ser **centrados no desempenho e na decisão clínica**, de forma a obterem-se no curto e longo prazo melhorias significativas em matéria de qualidade e eficiência na prestação de cuidados e na percepção da sua correlação com a organização e gestão dos serviços/do hospital e a própria sustentabilidade do SNS.

As estratégias de formação devem ser adoptadas internamente nos serviços e/ou departamentos, as suas direcções devem ser fortemente estimuladas para o seu desenvolvimento, englobando-se, inclusive, **nos processos de contratualização interna**. Estes são aspectos que se prendem fortemente com os da investigação clínica que deve ser conduzida com preocupações nos aspectos formativos de responsabilidade individual e institucional.

A formação pode e deve ser utilizada pelo hospital **numa óptica de gestão de recursos humanos**, “preparando” os seus profissionais para as tarefas que o hospital e a população necessitam, definindo anualmente as matrizes de competências que vão ser precisas.

Quanto à **avaliação do impacto da formação**, esta terá que ser feita muito para além da tradicional análise da reacção imediata dos formandos aos programas. No que concerne aos profissionais da saúde, é fundamental que passemos a avaliar o nível de aprendizagem alcançado e as **competências** desenvolvidas, através da **avaliação do desempenho**, dos **indicadores** de qualidade, de **auditorias** às práticas, dos níveis de **satisfação** dos utentes e das próprias **reclamações**.

As estratégias de formação devem ser adoptadas internamente nos serviços e/ou departamentos, as suas direcções devem ser fortemente estimuladas para o seu desenvolvimento, englobando-se, inclusive, nos processos de contratualização interna. Estes são aspectos que se prendem fortemente com os da investigação clínica que deve ser conduzida com preocupações nos aspectos formativos de responsabilidade individual e institucional.

7 – Investigação.

A **investigação clínica é fundamental para uma boa prática médica**. Com a rápida evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos os profissionais devem conhecer o estado da arte de cada uma das respectivas áreas e aplicá-lo à sua prática profissional diária, centrada no doente.

A **actividade investigacional científica deve fazer parte do desempenho de qualquer profissional de saúde** uma vez que a progressão ao longo da carreira profissional está associada a um aumento da responsabilidade em relação à actividade científica e de investigação.

Em alguns serviços, a escassez de profissionais associada à sobrecarga assistencial retira disponibilidade para a actividade científica. No entanto, **a falta de recursos humanos e financeiros não pode ser apontada como o único constrangimento à investigação**. A legislação actual de suporte ao provimento de lugares, bem como os contratos individuais de trabalho não valorizam a investigação clínica de um modo suficientemente motivador para o envolvimento dos profissionais. **Nas futuras avaliações do desempenho a valorização da investigação e da participação na formação pré e pós-graduada deve ser tida em conta de um modo mais significativo**.

A **aposta na investigação** deve ser considerada como **um investimento no processo assistencial e no desenvolvimento organizacional hospitalar**, numa perspectiva da qualidade e de ganhos em saúde. A investigação deve ser

considerada como um dos objectivos estratégicos dos Serviços e de cada Hospital, devendo a avaliação do seu desempenho ter esta área como um dos seus indicadores.

Cada instituição hospitalar deve ter um **Centro de Investigação Clínica (CIC)** ao serviço de todas as suas equipas profissionais, podendo ser definidos vários tipos de CIC de acordo com o tipo de Hospital.

Para uma maior eficácia e eficiência dos CIC é de primordial importância a criação de uma **Rede dos Centros de Investigação** que, mantendo a sua independência, se apoiariam entre si, repartindo alguns dos seus recursos e protocolos sob a forma de parcerias.

A rede entre os diversos Centros de Investigação hospitalares e a sua parceria com idênticas estruturas universitárias, associada a mecanismos de reconhecimento e prémio de qualidade da produção da investigação, permite uma saudável concorrência e ganhos em conhecimento em saúde.

Constitui a **missão** de cada CIC:

- Promover a formação e actualização em investigação científica clínica e translacional, dos diversos técnicos do hospital;
- Obter ganhos em conhecimento em saúde e apoiar a sua divulgação a nível da comunidade;
- Participar na rede de centros de investigação clínica nacionais;
- Promover a interligação a instituições universitárias;
- Promover parcerias científicas com outras instituições nacionais e internacionais.

Assim, todos os grupos profissionais devem estar envolvidos nos projectos de investigação do serviço e apoiados na iniciação e progressão do seu desenvolvimento a nível da investigação científica clínica ou básica translacional.

A intervenção da Comissão de Ética é imprescindível, devendo, contudo ter um funcionamento ágil e atempado.

Individualmente, cada profissional que desenvolva um projecto de investigação aprovado pelo respectivo CIC, deve ter um determinado tempo da sua actividade normal destinada à investigação clínica e da qual presta contas periodicamente no seu serviço e ao CIC.

Na realização de ensaios clínicos, pode ser profícuo o estabelecimento de parcerias dos hospitais com promotores da indústria farmacêutica, desde que seja salvaguardada a possibilidade da instituição hospitalar intervir na definição dos objectivos científicos, orientando-os para o progresso do conhecimento necessário à melhoria da assistência clínica e não exclusivamente para a autorização da comercialização de medicamentos.

A participação em ensaios clínicos permitirá ao CCI receber verbas, a distribuir segundo protocolo contratualizados com os investigadores, o que permitirá aumentar a motivação dos profissionais para a sua participação activa.

As relações com as empresas promotoras de projectos têm por base um acordo/contrato de financiamento.

O modelo de bolsas de estudo é outra opção válida a implementar, bem como o apoio à apresentação dos resultados em reuniões nacionais e/ou internacionais e à publicação dos mesmos.

O envolvimento da sociedade civil, através de uma informação adequada, dirigida aos cidadãos, empresários e a associações de doentes permite captar o seu interesse e conseqüentemente o envolvimento nos projectos apresentados.

A investigação deve ser considerada como um investimento no processo assistencial e no próprio desenvolvimento dos hospitais. Numa perspectiva da qualidade e de ganhos em saúde, esta deve integrar os objectivos ao nível das unidades funcionais e ser considerada como indicador de qualidade no âmbito da avaliação de desempenho daquelas estruturas.

8 – Regulação.

O **hospital** público conquistou cedo o **estatuto de instituto público**, mas a partir da década de noventa passou a utilizar um conjunto diverso de modelos jurídicos: assim, em 1994 foi celebrado um contrato para a gestão de um hospital do SNS por uma entidade privada; entre 1998 e 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 privadas.

Porém, em 2002 foi abandonada a figura do instituto público em relação a cerca de um terço dos hospitais públicos, que adoptaram o modelo de sociedade anónima de capital exclusivamente público.

Três anos depois, embora mantendo-se em vigor o diploma da gestão hospitalar de 2002 (a Lei n.º 27/2002), foi determinada a transformação em **entidades públicas empresariais** das 31 unidades de saúde com o estatuto de **sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos**¹ e, depois, alargou este modelo a outros hospitais e aprovou um regime jurídico e estatutos para todas estas unidades². A justificação para tal alteração traduz a demonstração da **clara natureza pública das instituições do SNS prestadoras de cuidados de saúde**. A partir de 2005 foi aumentando o número de hospitais com o estatuto de Entidades Públicas Empresarias e diminuindo o dos hospitais do Sector Público Administrativo.

Com esta mudança e com a **incorporação de processos e práticas de gestão privada** que se afastam progressivamente dos modelos tradicionais da administração pública, **é exigida uma regulação mais presente** e capaz de intervir em múltiplos domínios, ou seja: é necessário um Estado mais regulador na saúde, com especial enfoque na área hospitalar.

As virtualidades de uma cultura empresarial na gestão hospitalar não podem anular a missão a que estas instituições públicas estão obrigadas perante os cidadãos e perante a lei.

A regulação deve dedicar particular atenção à selecção de patologias de acordo com critérios financeiros, à degradação da qualidade dos cuidados de

¹ Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho.

² Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

saúde e da segurança dos doentes, à desvalorização de actos dificilmente mensuráveis na área da prevenção e da promoção da saúde e ao desinvestimento na investigação e na formação.

A regulação deve, também, ter uma **intervenção preventiva**, em especial para assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde e para garantir os interesses e direitos legítimos dos utentes, não podendo, pois, repousar num mero controlo *à posteriori*.

Os mecanismos de regulação existentes no Ministério da Saúde manifestaram, desde o acompanhamento do contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra, dificuldades evidentes, fruto da falta de experiência e de preparação específica para estas tarefas. O que não é surpreendente face à extrema dificuldade e complexidade dos problemas desta natureza.

A **Entidade Reguladora da Saúde**, não obstante exercer os seus poderes sem prejuízo dos princípios orientadores da política de saúde fixados pelo Governo, **tem competência para supervisionar todo o sistema de saúde**, tal como ele foi definido pelas políticas de saúde.

A missão da Entidade Reguladora na Saúde passa, pois, pela garantia da universalidade e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, mas também pela **garantia da qualidade dos cuidados prestados, sejam eles no sector público ou privado**.

A intervenção do Estado sobre os hospitais públicos empresa não pode ser configurada e exercida da mesma forma que o era quando todos ou a maioria dos hospitais públicos eram directamente geridos pelo Estado, através do Ministério da Saúde. Os **hospitais são empresas**, cujas **administrações são independentes e responsáveis quer pela gestão da empresa, quer pela operação do hospital**, enquanto centro especializado de prestação de cuidados de saúde, competindo aos Ministérios da Saúde e das Finanças a nomeação, avaliação e destituição das administrações. Ou seja, se é verdade que existe uma dimensão estratégica de nível institucional, não é menos verdade que tal dimensão não só não é devidamente assegurada nem pelos órgãos e entidades da "tutela" para o conjunto da rede hospitalar pública, onde ainda se verifica um peso excessivo da gestão "política" (*politics*) em detrimento das "políticas"

(*policies*) como se verificam, por vezes, confusões e, até, intervenções conflituantes entre as diversas acções do nível central e regional.

Com a incorporação de processos e práticas de gestão privada que se afastam progressivamente dos modelos tradicionais da administração pública, é exigida uma regulação mais presente e capaz de intervir em múltiplos domínios, ou seja: é necessário um Estado mais regulador na saúde, com especial enfoque na área hospitalar.

A missão da Entidade Reguladora na Saúde passa pela garantia da universalidade e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, mas também pela garantia da qualidade dos cuidados prestados, sejam eles no sector público ou privado.

9 – Considerações finais.

O actual estado de saúde da população portuguesa, a sua evolução demográfica, o progressivo envelhecimento e a grave diminuição da natalidade, o presente paradigma epidemiológico: elevada prevalência das doenças crónicas e a presença de multipatologias, o desenvolvimento científico e tecnológico, económico e sociocultural, impõem que os hospitais evoluam no seu modo de organização interna, para poderem assegurar aos cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, com a máxima qualidade possível, em tempo útil e ao mais baixo custo.

Assim, para a consecução destes objectivos propomos que:

1. No domínio da organização interna hospitalar, a concepção dos **modelos organizacionais** deve ser orientada por **critérios de funcionalidade e desenvolvimento**, que promovam processos integrados de prestação de cuidados e a **gestão descentralizada e participada**;

2. No plano da prestação dos cuidados de saúde, a **arquitectura da organização deve privilegiar o interesse do doente e a eficiência clínica**, promovendo o desenvolvimento de “Unidades Integradas Multidisciplinares”, em detrimento da organização tradicional em serviços monovalentes;
3. Estas Unidades, com a designação de “**Unidades Autónomas de Gestão**” (UAG) ou “Centros de Responsabilidade Integrada” (CRI) ou outra, **devem ter autonomia funcional, organizativa e de gestão**, para poderem ser **avaliadas e responsabilizadas** pelo respectivo Conselho de Administração, com quem contratualizam, anualmente, o seu contrato-programa e sobre o qual lhe prestam contas;
4. Sejam concebidos **sistemas de informação clínica e de governação fiáveis**, aplicações electrónicas inteligentes e amigáveis, bem adaptadas aos processos de trabalho, poupadoras de tempo, **que apoiem a actividade clínica e a continuidade de cuidados, a formação de evidência essencial para a decisão**, quer se trate de gestão, do exercício da clínica, do trabalho científico ou da investigação;
5. Se promovam e **melhorem os instrumentos de medição e avaliação da governação**, seja ela **empresarial ou clínica**, passo essencial para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, otimizar a utilização dos recursos e reconhecer e atribuir o mérito aos profissionais competentes, briosos, disponíveis, que se preocupam com a humanização, a segurança na prestação de cuidados e a ética nos contactos com os doentes, familiares e cidadãos;
6. Se nomeiem **lideranças fortes, cultas e responsáveis**, reconhecidas pelos pares, capazes de mobilizar os profissionais para uma dinâmica de funcionamento e organização, para procedimentos e comportamentos indispensáveis para atingir os objectivos organizacionais, de segurança, qualidade de serviço, utilização criteriosa dos recursos e a sustentabilidade do SNS;
7. Se avance rapidamente com o ensaio do modelo de **avaliação dos Conselhos de Administração dos Hospitais** e, logo que o modelo seja aperfeiçoado de acordo com os resultados obtidos com os hospitais-piloto, se proceda à sua disseminação para todo o universo dos Hospitais

públicos. A sua implementação deve ser acompanhada pela ampla prestação de informação aos interessados e ao público e pela recolha de sugestões de melhoria. **A avaliação tem que ter consequências práticas;**

8. Deva ser analisada, por grupo independente com know-how específico, a questão do **modelo (constituição, forma de recrutamento, etc.) dos Conselhos de Administração dos Hospitais e ULS EPE**, de forma a avaliar se o actual modelo garante a representação dos interesses dos *stakeholders* e dos “accionistas”, o controlo das decisões, a inexistência de conflitos de interesses entre os membros do Conselho e, **no caso das ULS**, o necessário **equilíbrio e isenção dos Conselhos relativamente a qualquer dos elementos constitutivos da ULS;**
9. Se invista no **envolvimento público do doente e da comunidade no desenvolvimento do hospital e na monitorização da sua actividade**, quer assegurando a **representação efectiva nos processos de decisão** (p.ex. incorporando no Conselho de Administração um vogal não executivo de reconhecido mérito) e através da **recolha activa**, sistemática e obrigatória da **opinião dos doentes, familiares e cuidadores, que deve ser incorporada na avaliação dos profissionais e da gestão do próprio serviço/unidade;**
10. Os hospitais devem desenvolver **sistemas de incentivos** que, a partir de uma **avaliação do desempenho, por serviço e colaborador, associada à obtenção de resultados positivos**, permita premiar as melhores performances colectivas e individuais, reconhecendo o mérito das equipas e das pessoas. Os sistemas de incentivos devem ser completamente **transparentes, rigorosos e auditáveis**, eliminando a possibilidade de intervenções arbitrárias, **explicitados nos respectivos contratos-programa e sem implicar um aumento dos orçamentos dos hospitais.**
11. Os Hospitais devem possuir sistemas de **avaliação de performance dos Serviços/Unidades** que permitam avaliar a **obtenção dos objectivos – quantitativos, qualitativos, financeiros, de ensino e investigação – estabelecidos em plano de actividades e orçamento** e daí **tirar consequências relativamente ao desempenho e manutenção em funções** das Direcções dos Serviços/Unidades;
12. Os Hospitais devem desenvolver modelos de comunicação interna que permitam que os seus colaboradores tenham **acesso a toda a informação**

relevante sobre a vida do hospital, designadamente sobre a **produção, desempenho económico-financeiro e objectivos qualitativos de todos os Serviços/Unidades** (intranet, reuniões periódicas de apresentação, etc.), de forma a tornar **mais transparente a gestão institucional e a obter um maior envolvimento de todos os colaboradores** nas acções que venham a ser definidas;

13. Devem ser desenvolvidos **modelos de governação integrada**, transversalizando a responsabilidade dos órgãos de gestão e incluindo a **governação clínica no âmbito mais vasto da governação corporativa dos hospitais**, de forma a alinhar os interesses e contributos de todos os sectores das organizações e a adoptar uma política interna global que vise a qualidade dos cuidados, a segurança do doente, a gestão de todos os riscos, a viabilidade económico-financeira dos Hospitais, a sua responsabilidade social e ambiental e o cumprimento dos dispositivos aplicáveis às empresas públicas;
14. Deve existir um **contrato de gestão com cada Conselho de Administração** que estabeleça os **standards da sua actuação esperada** e os **respectivos objectivos de forma transparente e rigorosa** (matéria a articular com o sistema de avaliação de desempenho dos Conselhos de Administração);
15. **Princípios idênticos** devem ser adoptados internamente, **ao nível de cada Unidade**, no que se refere à indigitação para cargos de direcção e chefia, sendo necessário autonomizar os processos relativos às “carreiras” profissionais do desempenho de funções ou cargos para os quais são exigidos **requisitos específicos e próprios, não sobreponíveis aos que integram a evolução nas “carreiras” profissionais.**
16. Se promova a **gestão do risco**, enquanto componente estratégica que visa **minimizar os riscos associados à prática clínica**, na perspectiva da **segurança dos doentes e dos prestadores de cuidados de saúde**;
17. **Se promova uma cultura de segurança das organizações**, baseada no treino em equipa, no **relato de erros e acidentes, idealmente voluntário, anónimo e sem culpabilização**, e o uso regular de reuniões de análise da situação e a **aprovação de normas de actuação**;
18. Os hospitais utilizem a **formação numa óptica de gestão de recursos humanos**, “preparando” os seus profissionais para as tarefas que o hospital

e a população necessitam, definindo anualmente as **matrizes de competências** que vão ser precisas, **englobando-as, inclusive, nos processos de contratualização interna;**

19. A **investigação** seja considerada como **um investimento no processo assistencial e no desenvolvimento organizacional hospitalar**, numa perspectiva da qualidade e de ganhos em saúde. A investigação deve ser considerada **como um dos objectivos estratégicos dos serviços de cada hospital**, devendo a avaliação do seu desempenho ter esta área como um dos seus indicadores.
20. Com a incorporação de processos e práticas de gestão privada, que se afastam progressivamente dos modelos tradicionais da administração pública, seja exercida **uma regulação mais presente e efectiva**, desenvolvida, preferencialmente, por **entidade isenta e independente** face ao Ministério da Saúde.
21. **Esta metodologia de “Organização Interna e Governação dos Hospitais”** seja objecto de **três experiências piloto** (no norte, centro e sul), **por candidatura dos hospitais interessados**, seleccionadas por um júri nacional constituído por elementos do ACSS e das ARS.
22. Que todo o desenvolvimento deste processo seja **acompanhado, monitorizado e avaliado** por um **Grupo de Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Hospitalares**, constituído, entre outros, por elementos designados pela ACSS e ARS, na dependência do Gabinete da Ministra da Saúde e que produzirá relatórios públicos aos seis e aos doze meses de implementação da experiência.
23. Os hospitais seleccionados para integrarem as **experiências piloto** devem **assegurar transparência** de todo o processo e constituir **exemplo de empenho** nesta *“Reforma da Organização Interna e Governação dos Hospitais”*, designadamente:
 - a. Os CA devem **constituir** as suas **“Unidades Autónomas de Gestão”** (UAG) ou **“Centros de Responsabilidade Integrada”** (CRI) ou outra designação e **nomear** os respectivos **órgãos de gestão** no prazo de 2 meses, após o início da experiência piloto (propõe-se a data de 01 de Janeiro de 2011);

- b. Os **órgãos de gestão das "UAG"/"CRI"** ou outra designação devem **discutir com todos os seus profissionais a proposta de contratos-programa** e iniciar a sua contratualização, com o CA do hospital, no prazo de 2 meses após a sua nomeação;
- c. Os **contratos-programa** das diversas UAG, os seus **indicadores de produção, de qualidade, de gestão do risco, de avaliação de desempenho, de atribuição de incentivos, de formação e investigação**, devem ser colocados no **site do hospital**, após a aprovação pelo CA.

O Grupo Técnico:

Adalberto Campos Fernandes, Dr. _____

Alcindo Maciel Barbosa, Dr. _____

Almerinda Franco Luiz, Enf.^a _____

António Ferreira, Prof. _____

Artur Vaz, Dr. _____

Ganda Cêncio, Enf.^a _____

João Oliveira, Dr. _____

Jorge Branco, Prof. _____

Luís Almeida Santos, Prof. _____

Luís Mourão, Dr. _____

Paula de Sousa, Dra. _____

Mário Campos, Dr. _____

Nelson Rocha, Dr. _____

Nuno Santa Clara, Dr. _____

Sara Valente, Dra. _____

Lisboa, 02 de Julho de 2010.

Bibliografia:

1. Anunciação, Alan; Zoboli, Elma. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. In: Revista da Associação Médica Brasileira, 2008; 54(6): 522-8.
2. Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. (Editores), Governação dos Hospitais. Casa das Letras, 1ª edição, 2009.
3. Cecílio, Luiz. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades, in Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 16(4): 973-983, Out./Dez, 2000.
4. Drucker, Peter. O Diário de Druck. Editora Actual, 2005.
5. Fragata, José; Martins, Luís. O erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Almedina; 2004.
6. Fragata, José. Risco clínico. Complexidade e performance. Almedina; 2006.
7. Fragata, José; Martins, Luís. O Erro em Medicina. Almedina; 2008.
8. Gomes, Paulo. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. in Cadernos BAD 2, 2004.
9. Guisset, Ann-Lise; Kjaergaard, Johan; Habicht, Jarno. Performance management, developing a culture of measurement and continuous quality improvement in Estonian hospitals: Recommendations on alternative entry points and ways forward. World Health Organization, 2010.
10. Juran, Joseph. Quality Control Handbook. 3ª edição, McGraw-Hill Inc., 1974.
11. Lister, John. The Darzi Report: the critical gaps. London Health Emergency, Agosto 2007.
12. Lugon, Myrian; Secker-Walker, Jonathan. Clinical governance. Make it happen. Royal Society of Medicine. Press TLtd; 2002.
13. Mckee, Martin; Healy, Judith. Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems. Open University Press, 2002. World Health Organization, 2002.
14. Pinto, Nuno. Drucker e os Novos Paradigmas e Estratégias Organizacionais. Repositório Aberto da Universidade Aberta, 2005.
15. Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde. O Hospital Português. 1998.
16. National Health Service (NHS) - Department of Health. Integrated Governance Handbook - a handbook for executives and non-executives in healthcare organisations. London, February, 2006.
17. National Health Service (NHS) - Department of Health. A Handbook for executive and non-executives in healthcare organizations. London, February 2006.
18. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital. In: Relatório de Primavera. 2009.

19. National Health Service (NHS) – Department of Health. Standards for better health. Julho-2004.
20. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital. In: Relatório de Primavera. 2009.
21. Ordem dos Enfermeiros. Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade. (Tradução do original Inglês - Conselho Internacional de Enfermeiros). Maio 2007.
22. Ramos, Vitor. A interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital. In: Governação dos Hospitais. Casa das Letras, 1ª edição, 2009.
23. Raposo, Vitor. Governação hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. Dissertação de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, Especialidade de Ciências dos Sistemas nas Organizações. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2007.
24. Taylor, Rob; Blair, Simon. Public Hospitals. Options for Reform through Public-Private Partnerships. World Bank. Janeiro-2002.
25. Varkevisser, Marco; van der Geest, Stéphanie A.; Schut, Frederick T. Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities. Int. J Health Care Finance Econ 2010; 10: 43-60.
26. Vaz, A. Hospitais Públicos Portugueses, in: 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado. Jorge Simões, Edições Almedina, Coimbra, Fevereiro de 2010.
27. World Health Organization (WHO). World Alliance For Patient Safety - Forward Programme 2005.
28. World Health Organization (WHO). World Alliance For Patient Safety - Forward Programme 2008-2009.
29. Wright, John; Hill, Peter. Clinical Governance. Churchill Livingstone; 2003.