



## Hospital de Dona Estefânia

# Uma experiência em governação clínica

No âmbito do PNAH, o Manual da Qualidade que constituiu o referencial de boas práticas foi inicialmente o do King's Fund, sendo actualmente o Manual Internacional de Acreditação do Health Quality Service, ambos provenientes do Reino Unido. Neste decurso, o hospital começou a lidar com o conceito de governação clínica, conceito cuja implementação em 1998 no Reino Unido teve por objectivo introduzir uma abordagem sistemática que garantisse a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade.

Na definição inicial (A First Class Service: Quality in the New NHS, Department of Health, 1998) a governação clínica consistia num "modelo através do qual as organizações de saúde do National Health Service são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados

Em Setembro de 2000 o Hospital de Dona Estefânia empenhou-se num projecto de melhoria contínua da qualidade, enquadrado no Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH) do Instituto da Qualidade em Saúde, que visava no curto prazo a sua acreditação por uma entidade externa e reconhecida. Obtida a acreditação em Setembro de 2004, o Hospital de Dona Estefânia prosseguiu o seu compromisso com a Qualidade e está envolvido no processo de reacreditação. Neste contexto, o hospital viu-se confrontado com o conceito de governação clínica decorrente do modelo adoptado e com os desafios da respectiva implementação.

Gabriela Colaço  
Mário Morais Almeida  
Palmira Pimpista  
Paolo Casella

de qualidade de cuidados, através do desenvolvimento de um ambiente propício ao desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados".

A forma de atingir este objectivo consiste na responsabilização local das organizações e dos seus profissionais pela qualidade e desempenho clínicos, assegurando a sua implementação, manutenção e monitorização.

## Assumir a governação clínica

O Hospital de Dona Estefânia, na senda da sua longa tradição de prestação de cuidados de saúde diferenciados, veio reconhecer e assumir os princípios subjacentes à governação clínica, já expressos na sua Missão e Valores:

- ▶ Melhoria contínua dos serviços e cuidados prestados;
- ▶ Cuidados centrados nas necessidades dos doentes e famílias, implicando manter doentes e famílias bem informados e criando oportunidades para participarem activamente nos cuidados, o que significa trabalhar de uma forma transparente, com uma linguagem acessível ao grande público, de maneira a melhorar a confiança das pessoas nas instituições e no sistema de saúde;
- ▶ Transparência, o que significa utilizar e disponibilizar informação para todos os interessados;
- ▶ Abordagem sistemática de redução dos riscos para o doente através do desenvolvimento de uma cultura de segurança no hospital, aprendendo com os erros e partilhando a sua aprendizagem;
- ▶ Diminuição da variação nos processos e resultados;

- ▶ Garantia de que os profissionais de saúde trabalham em conjunto, têm formação de actualização e são supervisionados, de modo a prestarem os melhores cuidados e identificarem continuamente formas de prestar cuidados ainda melhores e mais seguros;
- ▶ Adopção sistemática de práticas baseadas na evidência e nas boas práticas reconhecidas.

Se as metas e objectivos da governação clínica eram facilmente aceitáveis, a sua implementação prática colocava dificuldades face, principalmente, à cultura e natureza complexas dos sistemas de prestação de cuidados. A questão que se nos colocou foi: – Por onde começar? Na verdade, quantas vezes iniciamos novas experiências sem cuidar de avaliar o que já existe no terreno e de melhorar o que funciona sem rupturas desnecessárias!? Não foi assim que optámos por iniciar este processo. Inventariámos o que já estava a ser feito, os resultados do trabalho de inúmeros serviços, grupos e comissões, e partimos daí.

Rapidamente compreendemos que o problema se situava mais na articulação de todas as actividades desenvolvidas do que em iniciar novas actividades. O Gabinete de Gestão do Risco, criado em 2001, assumiu este papel, reforçando a articulação entre as áreas de controlo de infecção, instalações e equipamentos, serviços hoteleiros (limpeza, alimentação, parque e jardins, segurança) e humanização. Progressivamente foram desenvolvidas as áreas em falta – saúde e segurança, sistema de relato de incidentes, programas de integração, plano de emergência interno, entre outras.

Outro aspecto determinante na definição da nossa estratégia foi o reconhecimento de que a governação clínica assenta num ponto fulcral, a responsabilização local, implicando necessariamente o reconhecimento e aceitação das funções e responsabilidades por cada um dos profissionais de saúde e pelo hospital.

O profissional é responsável por prestar cuidados de qualidade a cada doente, sendo simultaneamente capaz de o demonstrar através da adopção e monitorização de padrões de prática aceitáveis à luz dos conhecimentos actuais. Por sua vez, o hospital é responsável por fornecer serviços de qualidade e ser capaz de o demonstrar através da adopção e monitorização da prática estabelecida e garantindo ao mesmo tempo que os

seus profissionais estão a cumprir cabalmente as suas responsabilidades.

Assim, foi desenvolvido um sistema de interlocutores locais, com o objectivo de disseminar localmente as políticas e procedimentos das respectivas áreas. Estes interlocutores estão designados para as áreas de saúde e segurança, controlo de infecção, manuseamento de cargas, auditoria clínica, primeiros socorros, reanimação, risco clínico e controlo da dor. O número de pessoas envolvidas era enorme, contudo, a opção era consciente. Mais importante do que os resultados a curto prazo, delineava-se uma estratégia com o envolvimento dos profissionais e que obrigava a uma articulação na base.

A metodologia de avaliação do risco que definimos constituía o ponto aglutinador de toda esta informação. Tendo como meta a redução do risco até níveis aceitáveis para doentes, profissionais, outros utilizadores do hospital e para a própria instituição, permitia uma sistematização e priorização de todos os aspectos identificados através da partilha de informação entre todos os interlocutores e o responsável do serviço, enquanto gestor do risco a nível local. Estabelecíamos, assim, as bases para uma governação assente na auto-regulação dos profissionais e na sua responsabilização.

## Desenvolvimento da gestão do risco

Ao longo dos três primeiros anos o desenvolvimento do projecto da qualidade garantiu a implementação de uma estrutura de gestão do risco, a introdução de uma metodologia sistemática de avaliação dos riscos, a consolidação do sistema de relato de incidentes, o desenvolvimento do plano de emergência interno, a implementação do sistema de saúde e segurança, do sistema de formação e desenvolvimento dos profissionais e a sistematização dos sistemas de auscultação dos doentes.

Durante o último ano abordámos os aspectos clínicos com maior profundidade, desenvolvendo a auditoria clínica, aderindo ao projecto dos indicadores da qualidade, IQIP (International Quality Indicator Project), e iniciando um programa estruturado de desenvolvimento de normas de orientação clínica.

As duas estruturas iniciais (Grupo de Apoio Permanente ao Projecto da Qualidade e Gabinete do Risco) foram reestruturadas e todos os seus elementos envolvidos nas novas estruturas – Gabinete da Qualidade, Gabinete do Risco, Gabinete de Auditoria Clínica, Núcleo de Indicadores Clínicos, Gabinete do Utente – de forma a garantir a comunicação e a partilha de informação.

Com responsabilidades definidas, a actividade destes grupos é coordenada de modo a garantir que os doentes recebem do hospital os melhores cuidados que é possível fornecer de acordo com os recursos disponíveis.

Adisponibilização de informação ao doente e famílias foi outro aspecto em que investimos, encontrando-se publicado um conjunto de folhetos sobre serviços e procedimentos de diagnóstico e terapêutica, quer em suporte papel quer também no *site* do hospital.

## Responsabilização acrescida

O Hospital de Dona Estefânia tem vindo a desenvolver um projecto de melhoria da qualidade que assenta na responsabilização da instituição e dos seus profissionais, na melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e na salvaguarda de padrões elevados de qualidade, ou seja, na Governação Clínica.

Trata-se dum projecto ambicioso e que implica um esforço conjunto, envolvendo todos os membros da equipa de saúde na identificação dos aspectos dos cuidados que necessitam de melhoria e na procura de soluções.

A necessidade de responsabilização individual e institucional pelos cuidados prestados constitui o maior desafio, sendo necessário consolidar uma cultura de segurança, onde se partilham as boas práticas e se aprende com os erros.