



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 9 • Junho 2009

# Viagem pela governação clínica

*Carlos Pereira Alves*

Professor de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova  
Director do Serviço Universitário de Cirurgia do Hospital Santo António dos Capuchos  
C.H.L.C.

Presidente da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa

Conferência inaugural do 8º. Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa em 20 Nov./2008

A única verdade é a mudança, a evolução, o progresso.

Progresso que o dicionário define como movimento para diante.

Mas nem todo o progresso é positivo. Há progresso negativo que devemos limitar e mesmo progresso perverso que devemos evitar.

O conhecimento médico, não é excepção a esta verdade e a evolução médica, com descoberta de novos medicamentos e novas tecnologias tem sido explosiva. E ainda bem.

A esperança de vida duplicou. No tempo de Napoleão, morria-se aos 40 anos e mesmo o imperador morreu jovem, apesar de imperador.

Este progresso, tem no entanto em simultâneo, originado uma grande mudança na prática clínica, nem sempre assimilada e compreendida pelos médicos.

Desde logo verificou-se o aparecimento da **medicina baseada na evidência**. Medicina criticada por uns e glorificada por outros.

Na verdade, os médicos sempre fizeram medicina baseados em evidências, estas é que mudaram.

As evidências do passado eram individuais, baseadas no saber de cada médico e na sua prática clínica.

As evidências actuais são colectivas e baseadas em ensaios clínicos, com grande peso para ensaios randomizados, e em recomendações de consenso de grupos de trabalho de especialistas.

As evidências no passado eram assim subjectivas, e as actuais são cada vez mais objectivas.

A medicina é cada vez mais ciência, sem deixar de ser arte.

Diríamos mesmo que no passado a medicina era a arte de aplicar conhecimentos e é hoje os conhecimentos aplicados com arte.

Outra consequência desta evolução é o carácter **multidisciplinar** da prática clínica, com reflexos, nem sempre praticados, da necessidade de uma nova organização da vida hospitalar que permita reuniões e discussão conjuntas.

Também as **tecnologias** emergentes, a par da sua mais valia, encerram o risco real de acabar ou subalternizam a história e exame clínicos.

O risco do médico tratar imagens e não doentes,

O risco de uma abordagem segmentar e não do doente no seu todo.

O risco do médico se tornar num mecânico de órgãos.

A quarta consequência das novas possibilidades terapêuticas foi a de uma subida explosiva dos **custos**, com a necessidade de uma análise de *deve e haver*, do que se gasta e com que proveitos.

Uma análise dos “in-puts” dos “out-puts” e dos “outcomes”.

Análise inexistente no passado e que fez entrar no palco da saúde, novos actores: os gestores e economistas da saúde.



As despesas em saúde representam já 10% do PIB nos países ocidentais e cerca de 15% nos Estados Unidos, não esquecendo que aqui os seguros deixam de fora cerca de 50 milhões de pessoas.

Os médicos reagiram mal a estas mudanças, com o medo de elas poderem pôr em causa a sua liberdade clínica.

No entanto se os médicos querem e devem manter, esta liberdade, ela terá que ser responsável, limitada como todas as liberdades e consequentemente ter que aceitar o seu questionamento.

Os médicos devem estar preparados e aceitar este questionamento justificando as suas decisões com base nas evidências e no estado da arte aplicados por cada médico a cada doente.

Pelas razões atrás mencionadas, não é mais possível, esperar palavras como as preferidas e publicadas pelo ministro da saúde inglês A. Bevan, em 1948, na altura da criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS):

“My Job is to give you all the facilities, resources apparatus and help I can, and then **leave you alone as professional men and women to use your skill and judgement without hindrance**”.

Se esta necessidade de analisar custos e benefícios em saúde é hoje incontornável e justificada, a sua aplicação pelos gestores hospitalares não tem sido na prática isenta de erros e de graves consequências.

Desde logo estes, por deformação profissional, procedem com frequência e naturalidade a uma análise reduzida a indicadores de produção, esquecendo ou subalternizando as actividades de ensino e investigação e a qualidade dos resultados médicos. Por exemplo defender: que os internos e alunos são factor de perturbação pois só fazem despesa e não produzem.

Os gestores têm dificuldade em entender a especificidade da profissão médica e a saúde como mercado, tão imperfeito que é quase não mercado. Que não é o doente (cliente/utente) que define a qualidade e escolhe o tratamento. Que o estar doente, não é uma decisão do próprio e que a doença não é “um bem” a consumir pelo contrário, o doente pagaria mais, para não ter esse “bem”.

Os gestores têm dificuldade em compreender a relação médico – doente ou médicos – doente. No

entanto, imperadores, reis e presidentes, tiveram sempre e continuam a ter o seu médico, como qualquer cidadão, mesmo gestor, deseja ter.

Os conhecimentos e regras da ciência não matam conceitos da natureza humana. Conhecemos hoje muito bem a forma e função do coração, mas continuará sempre a haver um coração bom ou mau, alegre ou triste e a expressão “ não ter coração”, entre outras.

Os gestores gostariam de transformar a medicina em protocolos, já que com estes as análises eram mais fáceis e fiáveis.

O mais grave, no entanto é querer transformar os profissionais em simples executantes, e a profissão como simples tarefa.

O resultado crescente destas deformações de gestão tem resultado em desmotivação profissional, actividade médica desgarrada, médicos tarefeiros.

A constatação escrita, pelo meu primeiro director de Serviço de Cirurgia Dr. Filipe da Costa em 1962:

“Cada serviço não encerra, como seria natural ou para desejar, uma **vida clínica de conjunto**, orientada num sentido definido”, mantem-se preocupantemente em 2008, no século XXI.

Foram estas campanhas de alerta que levaram em 1997, com a subida ao poder do Partido Trabalhista de Tony Blair, a estabelecer princípios que foram designados por Governação Clínica.

A Governação Clínica tinha como objectivos um Serviço Nacional de Saúde, com qualidade, continuidade, integração de cuidados e segurança do doente com o objectivo de criar um novo serviço de saúde moderno e fiável.

Na sua base estavam 10 mandamentos:

**Auditoria:** fundamental analisar custos e resultados, sobretudo ganhos em saúde

**Liderança:** essencialmente considerada como capacidade de envolver os outros, como aprendi no curso para gestores de topo, que tive o privilégio de frequentar no INSEAD em Fontainebleau em 2001.

**Evidencia:** decidir em função de factos

**Inovação:** sujeita a análise de benefício/custo

**Redução de riscos e Detecção de reacções adversas:** ou seja segurança do doente como preocupação central.



**Boa prática clínica:** que se apresenta como a melhor de economia e gestão em saúde.

**Formação contínua:** a existência de carreiras médicas, como pedra essencial, tal como bem demonstrado no passado.

**Informação:** rápida e fiável

Só estes mandamentos permitiriam caminhar para uma qualidade hospitalar total.

Só estes mandamentos permitiriam caminhar na prática clínica para o que os ingleses designam como “one stop clinic” que leve à resolução dos problemas dos doentes de maneira rápida, sequencial e integrada.

Só estes mandamentos permitiriam a tal “**Vida Clínica de Conjunto**” a qual no entanto só será possível com **dedicação hospitalar plena**, seja no hospital público ou privado. Mas esta dedicação hospitalar plena, implica condições de trabalho e remunerações que sejam motivadoras e levem a real envolvimento profissional. Só criando estas condições, e incentivos é que os hospitais fixam os bons profissionais, os melhores, seja no público ou no privado.

Fazer decretos, sem criar as condições e incentivos, é morte anunciada do projecto.

Finalmente gostaria de na sequência de uma actividade e vivência da medicina, destacar três características da doença que devem estar presentes na governação clínica:

## A Complexidade

“Não se compreende nada da doença enquanto se lhe não reconhece a estranha semelhança com a **guerra e o amor: Compromissos, simulações, exigências**”

(Marguerite Yourcenar, Memórias de Adriano)

## A Incerteza

“Ao fim de muitos anos a fazer medicina “A doença continuava a ser um enigma que não consigo decifrar. Falta de saúde, ensinavam os dicionários”

(Miguel Torga/Adolfo Rocha/A Criação do Mundo)

## A Tragédia

O mesmo imperador, Adriano, no início das suas memórias, já doente:

“Il est difficile de rester empereur en presence d’un medecin, et difficile aussi de garder sa qualité d’homme”,

quando o coração já não é perfeito, os pulmões limpos e os músculos com agilidade de lebre.

Chegados aqui, nesta viagem curta, (não uma viagem de elefante), incompleta como sempre e inacabada como todas, o que fazer?

Desde logo, isto está tudo ligado: A Governação Clínica, está ligada à Governação no seu todo, logo à Governação Política.

Recorro a André Malraux.

O Século XXI, será um século de valores espirituais ou não será nada.

Corremos o risco de não ser nada, se continuarmos com naturalidade a assistir à morte dos valores, da solidariedade e dos afectos.

Se a “Wall Street” desprezar e esquecer a “Main Street”.

Se o médico não amar apaixonadamente a sua profissão, de maneira não efémera e com fidelidade permanente.

Se o médico não actuar com a razão e o coração, baseado em factos, aplicados com arte, com entrega e emoção.

Se não compreendermos, que a medicina não é apenas uma profissão “just a job”.

Se o médico não continuar a olhar para a medicina como coisa mental, estado de alma e profissão romântica.

Se não mantivermos como nosso único infinito a curiosidade, citando o meu amigo Miguel Veiga, uma insatisfação e inquietude permanentes mas sempre a acreditar no homem, na sua natureza e capacidade para mudar a condição humana.

Se tal não acontecer, a Medicina ficará doente.

