



# Estratégias de governação clínica

Isabel Santos,\* Edmundo Sá\*\*

## RESUMO

A governação clínica foi introduzida na nova organização dos cuidados de saúde primários em Portugal como um processo de melhoria de qualidade. Este artigo descreve este novo termo, entrado no léxico dos Cuidados de Saúde, através dos seus diferentes componentes e examina o modo como a necessidade de prestar contas, trazido pela estratégia de governação clínica, alarga a noção de responsabilidade profissional e legal e, em simultâneo, cria novas tensões no sistema de cuidados de saúde. Apesar dos benefícios introduzidos pela governação clínica, é possível que uma estratégia cega de prestação de contas possa fragmentar ainda mais os cuidados de saúde primários. Por isso, este artigo argumenta que também, agora mais do que nunca, é necessário defender os princípios e valores que dão corpo e identidade à Medicina Geral e Familiar enquanto disciplina e especialidade.

**Palavras-chave:** Governação Clínica; Cuidados de Saúde Primários; Reforma nos Cuidados de Saúde; Melhoria de Qualidade.

No âmbito dos novos modelos de organização dos cuidados de saúde a governação clínica de saúde é o processo através do qual «as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da Qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos<sup>1</sup>».<sup>1</sup>

O termo governação foi importado do mundo comercial, que definia a *Corporate Governance* como um sistema pelo qual as companhias protegiam os investimentos dos accionistas e minimizavam os riscos de fraude e má prática. Em 1997 a *Clinical Governance* foi introduzida pela primeira vez no livro branco da saúde do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido, traduzindo uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde.<sup>2</sup> A partir de 2001<sup>3</sup>

Portugal segue direcção semelhante, tenta também melhorar a saúde através da explicitação de mecanismos de responsabilização, começando a partir de 2003 a dar-se particular importância aos processos que visam aumentar a transparência da actuação das diferentes unidades de saúde e dos profissionais do SNS.

Deste modo, a governança clínica foi uma das estratégias adoptadas pelas novas estruturas organizativas dos Centros de Saúde (Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES) para melhorarem e manterem a qualidade dos seus cuidados. Esta estratégia baseia-se no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) que se guia pelos princípios da Qualidade Total e que constitui um marco de referência para estruturar, avaliar e melhorar a qualidade das organizações.<sup>4</sup>

Estes **princípios fundamentais da excelência** são:

- 1) **Orientação para os resultados.** A excelência depende do equilíbrio e satisfação das necessidades de todos os grupos de interesse relevantes para a organização.
- 2) **Orientação para o cliente.** O cliente é o árbitro final da qualidade do produto e do serviço.
- 3) **Liderança e coerência dos objectivos.** O comportamento dos líderes de uma organização suscita por si só a clareza dos objectivos e um ambiente de unidade que permite alcançar a excelência.

<sup>1</sup> Neste texto, a palavra governação e governança têm o mesmo sentido. A palavra governação tem um significado mais amplo (poder, políticas, carisma, legislação) e o conceito de governança tem um significado mais restrito mas mais transparente, já que descreve os processos de aplicação das políticas definidas. Para mais clarificação destes conceitos ver Filipe C, Rocha M, Magalhães T, Neves T. Processos de governação e governança, 2004. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Processos-de-Governacao-e-Governanca.pdf>

\*Assistente graduada sénior no ACES Oeiras, USF Conde de Oeiras. Professora auxiliar convidada da Faculdade de Ciências Médicas.

\*\*Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar. Assistente Convidado do Departamento de MGF da Faculdade Ciências Médicas-UNL.



- 4) **Gestão de processos e actividades.** As organizações actuam de maneira mais efectiva quando todas as suas actividades inter-relacionadas são geridas de forma sistemática e as decisões e melhorias adoptadas vão ao encontro de todos os grupos de interesse.
- 5) **Desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores.** O potencial de cada um dos processos da organização é melhor aproveitado se houver entre todos os implicados uma cultura de partilha de valores, confiança e responsabilização.
- 6) **Aprendizagem, inovação e melhoria contínua.** As organizações alcançam o seu máximo rendimento quando gerem e partilham o seu conhecimento dentro de uma cultura geral de aprendizagem, inovação e melhoria contínua.
- 7) **Desenvolvimento de parcerias.** As organizações são mais efectivas quando estabelecem parcerias, que sejam mutuamente benéficas, baseadas na confiança, na partilha de conhecimentos e na integração.
- 8) **Responsabilidade social.** O melhor modo de servir os interesses da organização e das pessoas que a integram, a longo prazo, é seguindo os valores éticos, superando as expectativas e as normas da sociedade no seu conjunto.

De acordo com Vitor Ramos,<sup>5</sup> partindo destes princípios fundamentais da excelência, a governação clínica deverá assentar em três **pilares essenciais**: *a focalização na pessoa e bem-estar da pessoa; o envolvimento de todos, a todos os níveis; a orientação para resultados entendendo-se estes como ganhos em saúde (Quadro I).*

## ELEMENTOS DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA

Nigel Starey,<sup>6</sup> director do Centro de Cuidados Primários da Universidade de Derby, definiu 6 elementos constituintes da governação clínica: educação e treino, auditoria clínica, gestão do risco, abertura (transparência), efectividade clínica, investigação e desenvolvimento (Quadro II).

Recentemente, num debate promovido pela USF Horizonte, Vitor Ramos e Maria José Ribas apresentaram uma outra visão da governação clínica e de saúde. Para eles os elementos centrais constitutivos da governação clínica são: a centralização na pessoa, a gestão do risco clínico, os recursos humanos, a melhoria contínua

### QUADRO I. Pilares essenciais da governação clínica

- **Focalização na saúde e bem-estar das pessoas**

O olhar primordial da governação clínica é para «fora», para os utentes, para a comunidade, para os subgrupos populacionais com necessidades especiais de cuidados e, só depois, subsidiariamente, para «dentro», para a organização e seus processos.

- **Envolvimento de TODOS, a todos os níveis**

A governação clínica não é compatível com a dicotomia «uns governam vs. outros são governados». Cada profissional de saúde detém uma capacidade de decisão técnica autónoma, inclusive de ordenar despesa (prescrição médica, por exemplo) pelo que a gestão clínica requer o envolvimento e a responsabilização universal de todos os profissionais e, progressivamente, também dos utentes e da comunidade.

- **Orientação para resultados/«ganhos» em saúde («outcomes»)**

A governação clínica visa desenvolver uma cultura de avaliação de processos e, sobretudo, de resultados clínicos e de saúde, a todos os níveis. Desde o desempenho individual até ao desempenho de cada centro de saúde e do «agrupamento» como um todo, passando pela avaliação do desempenho das várias equipas e unidades funcionais.

dos processos, a adequação de cuidados, a inovação e desenvolvimento, a prestação de contas e resultados e ganhos em saúde, que formam os lados do octógono enunciado por Vitor Ramos.<sup>7</sup>

A visão que decorre da identificação destes elementos como alvos e descritores dos processos e acções que constituem o presente e o futuro da governação clínica nos cuidados de saúde primários pretende ser mais abrangente porque dirigida aos indivíduos e às populações do que o defendido por Starey, que é mais individualista. Em Portugal, a prática da Medicina Geral e Familiar sempre teve uma forte perspectiva comunitária e uma grande influência da saúde pública. A promoção e educação para a saúde e os cuidados de saúde a grupos vulneráveis têm sido sempre áreas de intervenção privilegiadas nos CSP.

**QUADRO II. Elementos constituintes da governação clínica de acordo com Nigel Starey<sup>6</sup>**

- I. **Educação e treino** – Dada a velocidade com que são produzidos novos conhecimentos na área da medicina, nenhum médico se deve abster da formação contínua em qualquer altura da sua prática clínica e constitui mesmo um dever manter-se actualizado. Vários sistemas, para apoiar a educação médica contínua, têm sido desenvolvidos e apoiados por diversas organizações e patrocinadores. As organizações de saúde devem responsabilizar-se por proporcionar aos seus colaboradores formação de qualidade baseada na evidência.
- II. **Auditoria Clínica** – De uma forma ou de outra, as auditorias têm feito parte da boa prática clínica ao longo de gerações. Em 1989, o White Paper definiu-a como uma «análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente», confrontando-os com critérios de qualidade. O ciclo de uma auditoria clínica começa com a identificação de um problema, continua com a definição de critérios ou indicadores de qualidade, recolha da informação, comparação do desempenho observado com os critérios de qualidade definidos e termina com a execução da mudança.
- III. **Efectividade Clínica** – É a medida em que uma determinada prática clínica melhora o estado de saúde da população concreta que a recebe nas condições habituais. A efectividade clínica tem sido promovida através do desenvolvimento de normas de orientação clínica baseadas em evidências resultantes de ensaios clínicos controlados, metanálises e revisões sistemáticas. Para além da efectividade clínica, os aspectos relacionados com a eficiência (custo-efectividade) e com a segurança dos procedimentos devem ser tidos em conta pelos profissionais de saúde. Os responsáveis pela governação clínica dentro das organizações devem incentivar a prática de uma medicina baseada em claras evidências de efectividade explicitando a necessidade de justificar práticas menos efectivas.
- IV. **Desenvolvimento e investigação** – A governação clínica incentiva à investigação, à pesquisa e ao desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos baseados na evidência de efectividade, de forma a melhorar continuamente os resultados nos utentes.
- V. **Transparência** – A abertura das organizações ao «escrutínio público», salvaguardando a confidencialidade do utente e do prestador de cuidados, é uma parte fundamental da garantia de qualidade.
- VI. **Gestão do risco/ Segurança dos doentes** – A prestação de cuidados de saúde é uma actividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os utentes, para os próprios profissionais de saúde e para a organização.

### **A GOVERNAÇÃO CLÍNICA ALARGA A NOÇÃO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E LEGAL E CRIA TENSÕES**

A responsabilidade, leia-se o dever de prestar contas, é um conceito chave da governação. Não basta batalhar pela qualidade dos cuidados prestados, é preciso verificar que se o está a fazer. Na história do desenvolvimento profissional, das carreiras médicas, a noção de responsabilidade e de prestação de contas esteve sempre presente. Nos concursos de provimento na carreira pública e nos concursos de ascensão a categorias superiores, os médicos sempre tiveram que demonstrar um desempenho de funções com qualidade. Para isso escrevem relatórios de actividade muito semelhantes aos que se deveriam submeter a uma auditoria. Estes relatórios, na tradição portuguesa, têm sido errada-

mente apelidados de *curriculum vitae*. Este processo de governação incipiente tinha como objectivo aferir mais a competência do que o desempenho e não se relacionava com os objectivos das instituições de saúde a que pertenciam os clínicos. Deste modo, até há bem pouco tempo a responsabilidade dos profissionais médicos era unicamente perante os seus doentes, sobretudo à luz da lei da negligência, e perante o Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Com o processo de reforma nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) iniciado em 2005, coube à Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), criada pela resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, desenhar o processo de governação no qual os médicos de família, organizados em Unidades de Saúde Familiares (USF), prestam contas às Adminis-



trações Regionais de Saúde (ARS) mediante uma contratualização de serviços feita anualmente. Desenvolver o sentido de responsabilidade foi a grande novidade da reforma iniciada em 2005. Agora, é mais vasto o leque de actores perante quem os Médicos de Família (MF) são responsáveis: a comunidade local, os seus pares, o seu grupo (USF) e a hierarquia do SNS representada pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e ARS. Neste contexto novo de contratualização pretende-se explicar os custos da saúde, adequando procedimentos e seleccionando intervenções relevantes e válidas. Ora, para este efeito, são precisos sistemas de registo apropriados, que sejam demonstrativos da forma como estão a ser providenciados os cuidados e a quem o estão a ser, assim como são necessárias «Normas de Orientação Clínica», baseadas na melhor evidência disponível. Até agora estes dois dos aspectos têm sido, no actual processo de reforma, os que mais tensões têm criado. Existem vários sistemas de informação que não comunicam entre si (SINUS, SAM, SAPE), pouco amigos do utilizador, e que não fornecem a informação de retorno «*in real time*» necessária à justificação ou adequação de procedimentos.

A responsabilidade perante a comunidade que faz parte das cartas de missão dos ACeS e das USF é difícil de atingir. A garantia de que todos os grupos populacionais partilham igualmente dos avanços científicos e tecnológicos não é uma missão exclusiva das entidades prestadoras de cuidados de saúde, depende de outros intervenientes e circunstâncias que extravasam a acção da Saúde.<sup>8</sup> Os ACeS são obrigados a ter nos seus conselhos representantes da comunidade como forma de reforçar a sua ligação e muitas USF criam grupos de amigos para envolver os cidadãos na organização da prestação de cuidados e na definição das suas prioridades. Ora este alargamento de responsabilidades com envolvimento dos cidadãos exige uma batalha pela literacia em saúde e pela inclusão da saúde na política de todos os ministérios.

A governação clínica, ao alargar a noção de responsabilidade profissional e legal, a abertura a novos actores, cria pois diversas tensões, embora estas façam parte do processo de melhoria e de governação.<sup>9</sup> Para além das tensões anteriormente referidas é necessário que se identifiquem outras que importa resolver, nomeadamente as que resultam da escolha de prioridades, da

distribuição de recursos e da definição de objectivos de acção, entre os profissionais, a comunidade e a hierarquia.

A governação clínica não impõe obrigações legais individualmente aos profissionais de saúde. A única obrigação legal é a decorrente da legislação para os ACeS e para as USF. Os conselhos clínicos dos ACeS de acordo com o Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, devem: *a)* Avaliar a efectividade dos cuidados de saúde prestados; *b)* Dar directivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais; *c)* Fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; *d)* Aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes; *e)* Propor ao director executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos; *f)* Apoiar o director executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínicas; *g)* Verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACeS; *h)* Organizar e controlar as actividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação; *i)* Decidir sobre conflitos de natureza técnica.

A legislação que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, diz por sua vez, no Artigo 4.º, que as USF têm por missão a qualidade e a continuidade de cuidados e, no Artigo 5.º onde estabelece os princípios que devem orientar a sua actividade, é salientado o respeito pela autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção, e pela auto-avaliação, objectiva e permanente, visando a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção.

Estes requisitos organizacionais direccionados para a auto-avaliação e qualidade de cuidados são uma forma de desenvolver a responsabilização efectiva de todos os profissionais para que não exista uma dicotomia entre «uns que governam *versus* outros que não se deixam governar». Como Vítor Ramos sublinha «uma das maiores riquezas que está a ser introduzida nos cuida-



dos de saúde primários é o sistema de lideranças emergentes plurifocais».<sup>7</sup>

Estas lideranças multifocais, as comunidades de prática e a partilha em rede (usfamiliar@yahoogrupos.com.br) exigem grande capacidade de diálogo e forte preparação técnico-científica, entre as quais salientamos a capacidade de ler e interpretar criticamente os resultados da investigação clínica, entre os diferentes intervenientes no processo de governação, em particular na sua liderança.

Estas lideranças multifocais obedecem, no entanto, sem o saberem conscientemente, a diferentes modelos de prestação de cuidados que parecem atenuados porque o princípio organizativo ou a reforma dos cuidados de saúde primários as tornou por momentos unas. Ora isto não é verdade. Há pouco tempo emergiu na rede electrónica das USF uma discussão sobre a finalidade ou a razão de ser destas Unidades que rapidamente foi submersa por questões de natureza mais administrativa do que filosófica, ética ou clínica. Existe pois competitividade e conflitualidade horizontal entre USFs, assim como existem tensões na prestação de contas e na contratualização entre USF/UCSP e ACeS, ou ACeS e ARS, tanto na escolha dos indicadores, como na escolha de actividades para a carteira de serviços ou na racionalização de recursos (Quadro III).

Os objectivos definidos na contratualização anual das USF só são possíveis de atingir se nesses grupos existir uma responsabilidade horizontal, ou seja, se existir um misto entre persuasão e pressão dos pares e ainda um sistema de incentivos financeiros. Esta foi outra novidade introduzida pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Juntamente com o processo de contratualização foi definido um conjunto de incentivos financeiros, para os quais existe um tecto orçamental, partilhado por todos os membros das equipas e reinvestido na melhoria do serviço.

Estabelecer e manter uma prática responsável de prestação de contas sobre o que se faz e o que é feito entre USF/UCSP e ACeS e entre ACeS/ARS/ACSS ou entre os profissionais de uma mesma unidade de saúde pode ser difícil. Os profissionais precisam de tempo, o que é um bem escasso quando se trabalha por resultados, e aptidões específicas, equipamento e recursos informáticos para promover a revisão de casos e monitorizar os objectivos que eles próprios determinaram.

### QUADRO III. Tensões nas lideranças

- Conflitos entre o julgamento profissional sobre a adequação do tratamento farmacológico para uma dada situação e o interesse do grupo em cortar no custo de determinados medicamentos
- Os médicos de uma USF/UCSP podem sentir conflitos com a comunidade a que servem ao estabelecerem regras para a transcrição de fármacos ou para o pedido de consulta do dia, e ao definir quais são os critérios de urgência
- As USF/UCSP podem ter conflitos com o critério de acessibilidade definido em função das necessidades reais de saúde determinadas pelos problemas de saúde apresentados e o critério de acessibilidade definido exclusivamente em termos dos dias de espera para a marcação de consulta que não atende às «consultas do dia», sem marcação prévia
- Existem conflitos entre os cidadãos e o nível intermédio de governação sempre que, por critérios de racionalização, se condicionam as entradas nos cuidados secundários, mesmo abrindo-se a possibilidade desses serviços serem prestados localmente

Será preciso dinheiro para pagar os incentivos financeiros aos profissionais e adicionalmente, se for levada a sério a responsabilidade para com as populações locais, será necessário aumentar a despesa na informação e formação aos utentes visando o seu empoderamento. Estamos pois frente a diversas fontes de tensão que sendo conhecidas podem ser resolvidas. Muito do que estamos agora a viver já foi observado noutros contextos de exercício onde se iniciaram reformas muito semelhantes a que estamos hoje a viver em Portugal. As culturas organizacionais são distintas, assim como o são as lideranças, mas observarmos os processos dessas reformas e os resultados com elas obtidos pode ajudar a criar atalhos e a encontrar soluções.<sup>10</sup>

### UMA GOVERNAÇÃO CLÍNICA QUE NÃO FRAGMENTE A PRÁTICA DA MGF, QUE RESPEITE OS SEUS PRINCÍPIOS E VALORES

Stange,<sup>11</sup> num recente editorial dos *Annals of Family Medicine*, referiu ser importante compreender em simultâneo o valor e a qualidade de cuidados a diferen-



tes níveis, ao nível das doenças específicas, das pessoas como um todo, das comunidades e das populações, porque cada um deles tinha diferentes processos de cuidados e resultados.

No entanto, os cuidados à pessoa como um todo e à comunidade continuam a ser subvalorizados, tendo como corolário consequências adversas nos custos, na efectividade e na equidade dos cuidados de saúde. Coerentemente é sobrevalorizada a integração vertical de cuidados em detrimento da integração horizontal. Para os cuidados de saúde primários é muito importante distinguir doenças complexas de doentes complexos. As pessoas com uma única doença complexa, com apresentações pouco comuns, que necessitam de cuidados especializados ou regimes terapêuticos complicados são o domínio dos especialistas. Os doentes complexos com doenças crónicas múltiplas de diferente natureza beneficiam de cuidados especializados seleccionados e coordenados pelo seu médico de família. As populações complexas, com grandes variações nos níveis de bem-estar, educação, cultura, acesso a cuidados de saúde, dependem fortemente de um sistema de cuidados de saúde primários, robusto, para que exista equidade.

A mais-valia dos cuidados prestados por generalistas é a sua capacidade inclusiva, de integrar diferentes abordagens, de priorizar cuidados dentro de uma relação centrada numa pessoa única, no seu contexto, de efectuar conexões ou de fazer *zoom* para um problema específico sempre que tal se revele necessário. Uma tarefa do actual SNS é aprender a apoiar cuidados mais efectivos e eficientes e, quando possível, a medir resultados para doenças complexas, doentes e populações. Um sistema que centre a sua acção no pagamento de incentivos pela concretização de objectivos, que pouco ou nada têm a ver com a parte compreensiva («*all in one*») da MGF ou com a complexidade ou que nada tem a ver com a gestão complexa dos casos de comorbilidade, está a fragmentar a sua prática. As medidas de desempenho «simples» mas estreitas falham a avaliação do desempenho a populações complexas, onde por vezes é mais importante manter o acesso a cuidados de saúde do que melhorar a qualidade técnica dos cuidados prestados. Numa perspectiva de equidade também é importante detectar se não se está a prestar mais serviços a quem deles não necessita (Lei dos cuidados in-

versos). É pois prioridade urgente, como afirma Stange, criar uma lente que rectifique as distorções na visão de avaliação, no actual projecto de governação clínica.

## CONCLUSÕES

A governação clínica alarga a tradicional noção de responsabilidade profissional e legal obrigando os profissionais e as equipas de CSP a terem que prestar contas das actividades que desenvolvem. A governação clínica nos CSP visa aumentar a responsabilidade colectiva de todos os profissionais. Estes são responsáveis perante a hierarquia (ACeS), perante a comunidade a quem prestam cuidados e perante os seus pares. Na governação clínica existem tensões na escolha de prioridades e na distribuição de recursos, nos objectivos de acção prática entre os profissionais, a comunidade e a hierarquia.

Face aos recursos cada vez mais limitados as USF e os ACeS precisam dar prioridade a algumas actividades em detrimento de outras. A alma da governação clínica reside na capacidade dos ACeS desenvolverem precocemente a responsabilidade horizontal entre os diferentes grupos de prestação de cuidados e de darem informação de retorno aos seus grupos que possibilite em tempo útil o ajustamento de procedimentos. O que estrutura e dá consistência à governação clínica são processos de cuidados, normas de orientação válidas assentes em forte evidência, que não fragmentem a prática da Medicina Geral e Familiar e que respeitem os seus princípios e valores. Governantes e governados têm diferentes responsabilidades mas ambos devem prestar contas. A governação e a governança andam de mãos dadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roland M, Baker R. Clinical governance: a practical guide for primary care teams. University of Manchester, 1999. Disponível em: <http://www.npcrdc.ac.uk/Publications/HANDBOOK%20CLINICAL%20GOVERNANCE.pdf> [acedido em 23/11/2010].
2. Health Services Circular (March 1999): Clinical Governance. Quality in the new NHS. Disponível em: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4012043.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4012043.pdf) [acedido em 19/07/2010].
3. Grupo DIICA. Burocratização da reforma. Disponível em: <http://healthaction21.eu/node/310> [acedido em 24/11/2010].
4. EFQM. The EFQM Excellence Model. Disponível em: <http://www.efqm.org/en/tabid/132/default.aspx> [acedido em 25/11/2010].



5. Ramos V e Grupo DiCCA\_Dezembro 2008. Disponível em: <http://www.healthaction21.eu/node/94> [acedido em 24/11/2010].
6. Starey N. What is clinical Governance. Disponível em: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisClin-Gov.pdf> [acedido em 02/12/2010].
7. Oliveira, Adelaide. Ciclo de debates da USF Horizonte: Vítor Ramos enuncia octógono da governação clínica e de saúde. Publicado em 19-07-2010. Jornal Médico de Família, versão on-line, 19-07-2010. Disponível em: [http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1165&Itemid=27](http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1165&Itemid=27) [acedido em 24/11/2010].
8. Carta de Missão dos ACES. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1E66C837-83F7-4078-B65A-5812B947A428/0/CartaMissaoACESDirectoresExecutivos.pdf> [acedido em 03/12/2010].
9. Allen P. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ* 2000 Sep 9; 321 (7261): 608-11.
10. Van Zwanenberg T, Harrison H, editors. *Clinical Governance in Primary Care*. 2nd ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2004.
11. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009 Jul-Aug; 7 (4): 293-9.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse na elaboração deste artigo

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Departamento de Medicina Geral e Familiar,  
Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa,  
Campo dos Mártires da Pátria, 130, 1169-056 Lisboa  
E -mail: misabelpsantos@gmail.com; edmundosa@netvisão.pt

Recebido em 05/12/2010

Aceite para publicação em 30/12/2010

---

## ABSTRACT

### CLINICAL GOVERNANCE STRATEGY

Clinical governance has been introduced, in the new model of health care organization in Portugal, as a process of quality improvement. This article describes the definition of this new term in the language of healthcare through its different components, examines how the concept of accountability, central to clinical governance, enlarges the notion of professional and legal responsibility and how the introduction of this new strategy of governance gives rise to new tensions, inside primary health-care system. In spite of all benefits with this new strategy, the run for a blind accountability may also bring more fragmentation of primary health care. Therefore, this article is also a plea, now more than ever, to respect the main principles and values that are central to the identity of Family Medicine as discipline and speciality.

**Keywords:** Clinical Governance; Primary Health Care; Health Care Reform; Quality Improvement.

---