

# GESTÃO DA CLÍNICA



# introdução

---

A gestão da clínica, conforme sua definição, tem como centralidade a produção de uma **atenção integral à saúde**, com qualidade e segurança, orientada às necessidades de saúde das pessoas e populações, por meio da transformação de práticas de atenção, gestão e educação.

O termo “gestão da clínica” foi empregado, pela primeira vez, por Eugênio Vilaça Mendes (2001), fundamentado em elementos da **governança clínica** (Reino Unido) e da **atenção gerenciada** (Estados Unidos da América), definindo-a como um **conjunto de tecnologias de microgestão** que, a partir de diretrizes clínicas visa prover: *“uma atenção à saúde de qualidade; centrada nas pessoas; efetiva; estruturada com base em evidências científicas; segura: que não cause danos aos pacientes e profissionais; eficiente: provida com os custos ótimos; oportuna: prestada no tempo certo; equitativa: de modo a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada”*.

O conceito de **“governança clínica”** surgiu na década de 1990, sob a responsabilidade do NHS (National Health System), que é o sistema de saúde pública do Reino Unido. Tal conceito materializa-se na implantação de **boas práticas**, consolidadas por meio de um modelo de gestão voltado à **qualidade dos serviços**.

O conceito da **“atenção gerenciada” (managed care)** predomina na cobertura privada à saúde nos Estados Unidos da América. Tal conceito traduz uma variedade de mecanismos que tem a finalidade de conter os custos da assistência à saúde e/ou os insumos incorporados em cada tratamento. Respondendo às pressões do mercado, tal modelo incorpora, por exemplo, processo de **integração vertical com arranjos organizacionais em “níveis de atenção”**, ou seja, médicos generalistas referenciando condições de saúde para os médicos especialistas, sob mecanismos de regulação.

Outros autores, de forma complementar à definição apresentada por Mendes (2001) assentada na governança clínica e na atenção gerenciada, consideram que as organizações de saúde desenvolvem seus processos de trabalho a partir do **acúmulo e tradução prática do conhecimento de seus profissionais**, em decisões clínicas com alto grau de autonomia, sobretudo aquela intrínseca ao processo de trabalho do profissional médico. Portanto, o **grau de autonomia e de controle desses profissionais**, nos processos decisórios, é um dos **elementos mais sensíveis**, tanto na governança clínica como na atenção gerenciada. Completam advertindo que o baixo reconhecimento ou problematização das **tensões produzidas pelo controle exercido pela gestão sobre a clínica** tende a introduzir conjunto de tecnologias de modo verticalizado, pouco contextualizado ou singularizado.

Os mesmos autores defendem que a abordagem da gestão da clínica deveria dar **maior ênfase aos sujeitos envolvidos** nas relações estabelecidas no cuidado integral à saúde e nos consequentes processos de aprendizagem, concebidos no trinômio atenção à saúde-gestão-educação. Nesse sentido, **gestores e profissionais de saúde deveriam construir objetivos comuns**, para os quais compartilham conhecimento e esforço profissional e **se implicam igualmente**.

Neste contexto, a gestão da clínica tem como centralidade a produção de uma atenção integral à saúde, com qualidade e segurança, **orientada às necessidades de saúde das pessoas e populações**, por meio da transformação de práticas de atenção, gestão e educação.

A partir dessa definição ampliada identificam-se princípios que caracterizam uma **abordagem problematizadora**, extrapolando os marcos iniciais atribuídos, no Brasil, à expressão “gestão da clínica”.



# princípios da gestão da clínica

---

## **1. Orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado**

As necessidades de saúde de pessoas e coletivos são fenômenos complexos e historicamente construídos, abrangendo as dimensões biológica, psicossocial e cultural. A **integralidade do cuidado** deve ser orientadora da organização da atenção à saúde.

## **2. Qualidade e segurança no cuidado em saúde**

A obtenção do máximo benefício, por meio da melhoria contínua da **qualidade e segurança do cuidado** ocorre pela redução: do risco inerente ao processo do cuidado para todos os envolvidos; do dano ao mínimo possível; da variabilidade das decisões clínicas, segundo as melhores evidências e aumento da segurança.

## **3. Articulação e valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde**



A elaboração dos **planos de cuidado** (Projetos Terapêuticos Singulares) é orientada às necessidades de saúde, ao trabalho em equipes multiprofissionais, com abordagem interdisciplinar, compatível com a natureza complexa dos problemas a serem enfrentados.

#### **4. Compartilhamento de poder e corresponsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção em saúde**

O processo decisório nas redes de atenção, com participação dos serviços/profissionais envolvidos e os mecanismos de gerenciamento promovem a **corresponsabilização** e **articulação** entre diferentes ambientes e níveis de cuidado.

A definição e pactuação da responsabilidade de cada ponto da rede de atenção à saúde leva em consideração:

- a promoção de um cuidado integral voltado aos interesses coletivos;
- a integração de sistemas de informação e comunicação para a tomada de decisão compartilhada;
- o estabelecimento de processos articulados e de cooperação entre atores e instituições envolvidas;
- a valorização da participação e estímulo à autonomia e criatividade dos profissionais na construção coletiva dos planos de cuidado;
- o trabalho em equipe, respeitando diferentes saberes e potencialidades, e a responsabilidade compartilhada pelo cuidado entre profissionais, as pessoas sob cuidado, as famílias, a comunidade e os gestores.

#### **5. Educação de pessoas e da organização**

As práticas educativas consideram os contextos sociocultural, individual, do serviço, da instituição ou rede que estão presentes na aprendizagem como **construção de conhecimento**. Os problemas e desafios em saúde são disparadores da aprendizagem que levam em conta os saberes prévios dos envolvidos, seus valores, desejos e interesses (educação permanente em saúde). O diálogo reflexivo entre as ações de gestão da clínica e as informações acerca da realidade oportuniza a compreensão das práticas como passíveis de serem revistas à luz de novas informações.

## **6. Orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida**

O emprego de **padrões** (diretrizes clínicas) para a melhoria da eficiência e efetividade da atenção, por meio do uso de **indicadores** de resultados voltados à promoção de estilos de vida saudável, visa reduzir o uso de recursos desnecessários e a produção de saúde e autonomia dos usuários.

## **7. Transparência e responsabilização com os interesses coletivos**

A **transparência** na informação e comunicação com as pessoas, populações, mídia e sociedade está presente na tomada de decisões e na prestação de contas dos serviços e das instituições envolvidos na rede de atenção à saúde. A **responsabilização com os interesses coletivos** se expressa no compromisso com as diretrizes do sistema de saúde contemplando a diversidade de perspectivas e a promoção do controle social.



# gestão da clínica no sistema único de saúde (sus)

---

No Sistema Único de Saúde, retomando a conceituação expressa por Eugênio Vilaça Mendes (2001), a gestão clínica tem tido seu foco na **utilização de ferramentas**, ou seja, em **tecnologias de gestão da clínica**. Tais tecnologias objetivam mediar processos que envolvem bastante autonomia dos profissionais, sobretudo dos médicos, em uma organização de burocracia profissional, com os esforços para a **redução da variabilidade na atenção aos usuários** e na **adoção de práticas clínicas que sejam baseadas em evidências científicas**.

O objeto da clínica, segundo CAMPOS (2006), materializa-se naquilo pelo qual a equipe se sente responsável em relação ao usuário, o que está ao seu encargo. Se o usuário é considerado como alguém que é portador de uma patologia, entretanto, com riscos e vulnerabilidades intrínsecos ao seu modo de vida, a equipe inclui (considera) no seu trabalho: construir **projetos terapêuticos mais de acordo com as singularidades deste usuário**, apoiá-lo para ter maior **autonomia**, e **não simplesmente realizar procedimentos**, o que seria, na prática, uma redução do objeto.

A **medicina baseada em evidência**, segundo PORTELA (2008), caracteriza-se pela integração da **evidência** proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, da **experiência do clínico** e das **preferências do usuário**. Pesquisas que consolidam “evidências” podem, por exemplo, focalizar a acurácia e a precisão de testes diagnósticos, a força de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de protocolos de prevenção, tratamento ou reabilitação.

Não são estanques, entretanto, pois novas evidências podem invalidar testes diagnósticos e tratamentos previamente aceitos e proporcionar a sua substituição por outros mais acurados, eficazes e seguros.

No que se refere à “experiência clínica”, trata-se da **habilidade do clínico** em usar o seu conhecimento e experiência para identificar rapidamente o diagnóstico e o estado de saúde de cada usuário, seus riscos e potenciais benefícios do uso de intervenções e seus valores e expectativas pessoais.

Não menos importante estão os **“valores” declarados pelos usuários** que representam as suas preferências, preocupações e expectativas trazidas para o médico/equipe de saúde, que devem ser integrados à decisão clínica para que, de fato, lhes sirvam e lhes façam sentido.

Segundo MENDES (2007), estas tecnologias de gestão da clínica seriam:

1. Diretrizes Clínicas
2. Gestão da Condição de Saúde
3. Gestão do Caso
4. Auditoria Clínica e
5. Lista de espera.





# 1

## ***Diretrizes clínicas***

Combinação de medicina baseada em evidências (MBE), avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e a garantia de qualidade, visando **reduzir a má variabilidade dos atendimentos**. Tais diretrizes podem ser divididas em dois tipos principais: **guidelines** e **protocolos clínicos**. Consubstanciam consensos, posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidas, com o objetivo de orientarem os médicos e/ou equipes de saúde e usuários acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. Cuidados de saúde apropriados referem-se aos cuidados para os quais **os benefícios esperados excedem, por uma margem razoável, as consequências negativas**.

A utilização de diretrizes clínicas visa **reduzir a variabilidade de condutas e das decisões dos profissionais**, que muitas vezes têm sustentação bastante frágil do ponto de vista das evidências científicas. Pesquisas mundiais demonstram a magnitude da variabilidade das decisões dos profissionais, de eventos adversos e do acesso às tecnologias e a seu uso dentro de um mesmo sistema – e até de uma mesma unidade assistencial. Dados que não são explicáveis apenas pelas diferenças de recursos, tampouco pela consideração das singularidades dos usuários: **a variabilidade é atribuída à qualidade da atuação dos profissionais e dos processos assistenciais estabelecidos**.

Importantes fatores influenciam a seleção de tópicos para o desenvolvimento das diretrizes clínicas: importância epidemiológica do agravo ou doença; custos da assistência, potencial de impacto nos resultados e nível elevado de variação na prática.

Para a mitigação da variabilidade, a **estruturação de determinados processos assistenciais** é uma das respostas possíveis, a partir de algumas **padronizações**, principalmente naquelas áreas do cuidado que se utilizam, mais frequentemente, das tecnologias mais duras.

A padronização, traduzida na diretriz clínica, pressupõe a capacidade de ordenar o processo da atenção em um sentido uniforme, com as vantagens de fazer seus **resultados previsíveis** e de **racionalizar a gestão de recursos e dos custos**. Esta padronização deve objetivar uma avaliação adequada por parte das equipes responsáveis pelo cuidado quanto a três alicerces fundamentais:

1. reconhecer, mensurar e avaliar os diferentes riscos e necessidades (**singularidades**) de que cada usuário é portador (gravidade, úlceras, desnutrição intra-hospitalar; risco de vida);
2. elaborar **diretrizes para o cuidado que sejam compatíveis com as necessidades e os riscos** reconhecidos, mensurados e avaliados, ou seja, definir, por exemplo, qual a complexidade adequada para determinado leito de internação; quais protocolos diagnósticos e terapêuticos se aplicam aos riscos identificados; que projeto terapêutico singular responde de forma mais adequada às demandas do usuário e quais profissionais devem atuar em cada caso, entre outros pontos;
3. responsabilizar-se pelo **cuidado contínuo nas 24 horas do dia**, nos sete dias da semana, favorecendo a troca de informações, a vigilância contínua, a elaboração de projetos terapêuticos, e o seguimento horizontalizado, entre outros pontos.

# 2

## Gestão da condição de saúde

É a estratégia voltada para: 1) **prevenção de uma determinada patologia**, que, como definiu MENDES (2011), visa identificar fatores biopsicológicos que favorecem o surgimento de doenças crônicas; e/ou 2) **prevenção de agravos** de uma determinada condição de saúde.

Compreende a mudança de um **modelo de atenção à saúde focado no indivíduo**, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na **promoção da saúde** e/ou **ação preventiva**, ou a atenção adequada, com **intervenção precoce**, com vistas a alcançar **melhores resultados** e **menores custos**.

Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica.

Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na **prevenção da condição ou doença** e no seu **tratamento** e **reabilitação**.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a **identificação oportuna de problemas de saúde** na população, a **identificação das causas e fatores desencadeantes**, a **descrição do comportamento**, a **proposição de medidas** para o controle ou eliminação e o **desencadeamento das ações**.

Os problemas podem se manifestar por meio de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

A gestão da condição de saúde, portanto, pressupõe a **avaliação dos determinantes sociais, econômicos, culturais**, entre outros, do processo saúde/doença, objetivando a identificação de usuários portadores de agravos de natureza crônica, com potencial de elevada demanda por serviços, sejam pacientes de alto risco ou condições crônicas de maior complexidade (comorbidades, idosos etc.) e um acompanhamento direcionado, objetivando uma **adequação do uso de recursos às necessidades do usuário** e à **obtenção de uma relação entre o custo e a efetividade mais favorável**.

Há que se considerar, nesta ferramenta de microgestão da clínica, a **singularidade**, tanto dos indivíduos demandantes de cuidado como dos profissionais de saúde. Reconhecer as singularidades presentes em cada indivíduo possibilita a utilização de **abordagens terapêuticas que deem conta das diferenças e das peculiaridades**. Tratar um usuário hipertenso alcoolista e um outro hipertenso não alcoolista demanda projetos terapêuticos específicos e singulares para cada uma dessas situações.

# 3

## **Gestão do caso ou da patologia**

Surge para **aproximar** o agente de saúde (normalmente um enfermeiro ou um assistente social, a depender da equipe multiprofissional) do portador de uma determinada condição de saúde.

Seu enfoque é identificar a **rede de suporte** desse usuário para prover o **melhor tratamento**, em sua melhor forma, analisando a situação real desse indivíduo, inclusive financeira e familiar, **adaptando assim o tratamento ao caso concreto**, gerando maior autonomia pessoal e familiar.

A gestão do caso/patologia pressupõe o uso de intervenções clínicas, educacionais e gerenciais relativas a uma determinada condição ou doença, visando à adoção de **práticas calcadas em evidências científicas, menor variabilidade de condutas e maior racionalidade no uso de recursos**.

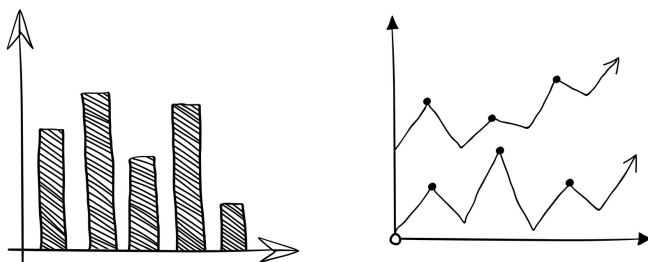
Tal ferramenta de microgestão da clínica está, principalmente, centrada em doenças como HAS, diabetes, aids, asma, insuficiência coronariana e gestação de alto risco, entre outras condições. A adoção desta ferramenta coloca **desafios significativos**, tanto no que diz respeito à consideração das singularidades de cada usuário, quanto às **dificuldades de adesão a diretrizes clínicas**, no que elas trazem de evidências científicas e sua relação com a experiência prévia de cada profissional.

# 4

## *Auditoria clínica*

No cenário da gestão da clínica **não terá a função investigativa/punitiva** e sim de ferramenta para autoanálise, visando prover uma **melhoria do atendimento ofertado**. Dessa forma, os profissionais de saúde podem **avaliar seu desempenho e propor mudanças**, a partir das experiências dos usuários do sistema de saúde.

Trata-se, por exemplo, do monitoramento de desempenho por meio da utilização de **indicadores de processos e resultados** que auxiliam a sustentabilidade do processo de gestão da clínica, como ferramenta de **avaliação da efetividade da assistência**, considerando os elementos que estruturam o cuidado (risco/necessidade; organização do cuidado e responsabilização das equipes). Sua utilização permite verificar **inadequações nas práticas**, o **alcance de mudanças propostas** para os processos de trabalho e a **obtenção de melhores resultados**.



A qualidade na prestação de serviços de saúde pode ser vista como uma atividade que tem os componentes de **estrutura**, **processo** e **resultado**. A estrutura diz respeito aos **recursos materiais**, **recursos humanos** (*quantificação do número de trabalhadores, as categorias profissionais, sua especialização*) e aos **recursos organizacionais** (*estrutura organizacional, manuais e rotinas, entre outros pontos*). O processo diz respeito ao modo como se presta a assistência. A auditoria clínica procura analisar se as atividades e as tarefas são realizadas de modo adequado (**fazer certo**) e se as técnicas e procedimentos utilizados são apropriados, dado o conhecimento corrente (**fazer a coisa certa**): se tudo isso acontece é provável que os resultados sejam alcançados.

São exemplos da utilização desta ferramenta de microgestão da clínica: observar se os trabalhadores lavam suas mãos durante o processo de cuidado; se protocolos estabelecidos são utilizados pelos profissionais de saúde; o tempo para realizar um exame solicitado etc.

O componente resultado expressa a **capacidade do serviço em atingir seus objetivos**, propiciando a melhoria das condições de saúde e mudanças no conhecimento e comportamento dos usuários.

Nas unidades de saúde, os indicadores podem dizer respeito à forma pela qual recursos são utilizados, à maior ou menor utilização de diretrizes clínicas relativas a problemas de saúde definidos, à **observação de práticas seguras para o usuário**, entre outros tópicos.

# 5

## ***Lista de espera***

Trata-se de um **grande problema** nos serviços de saúde pública. Quanto maior, demonstrará um maior **desequilíbrio entre oferta e demanda**. Para atuar nesse quesito, é necessário estabelecer medidas que sensibilizem a oferta (*aumento de número de profissionais e de suas produtividades, por exemplo*) e a demanda (*melhoria da atenção primária e dos critérios/estratificações de risco para condições de saúde*).

Ainda no contexto das ferramentas da microgestão da clínica, agrega-se ao conjunto definido por MENDES (2007) a **Linha de Cuidado (LC)**, entendida como uma **forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde**, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, valendo-se da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais.

Pressupõe uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, **superando as respostas fragmentadas**.

A implantação de Linha de Cuidado deve se dar a partir das Unidades da Atenção Primária à Saúde, que têm a **responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede**. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das Linhas de Cuidado, como a **garantia dos recursos materiais e humanos necessários** à sua operacionalização; **integração** e **corresponsabilização** das unidades de saúde; **interação entre equipes**; processos de **educação permanente**; gestão de **compromissos pactuados e de resultados**. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.



# conclusão

---

É bastante relevante a participação dos profissionais e das equipes constituídas no processo de gestão da clínica/cogestão da clínica. Ressalta-se que um processo mais compartilhado entre o usuário, a gestão e os profissionais potencializará respostas a várias questões presentes no trabalho em saúde: a singularidade de cada usuário, a subjetividade inerente ao profissional e também aos usuário, as dimensões psicossociais do usuário, entre tantas outras variáveis.

O contexto de uma maior autonomia e responsabilização às equipes pode ensejar novas formas de organizar o cuidado, de maneira a permitir que o usuário possa ocupar um lugar de sujeito, que as suas necessidades, opiniões e valores sejam efetivamente considerados e, mais do que isso, que ele tenha voz durante o processo de cuidado.

Alguns novos formatos de organização e atividade das equipes podem ser utilizados: visita multiprofissional; definição de uma equipe de referência para um conjunto determinado de usuários; elaboração de um projeto terapêutico singular para os casos mais complexos; adoção de formas mais interativas de suporte especializado (equipes matriciais); organização das unidades de cuidado mais multidisciplinares ao invés das especialidades médicas, entre outros pontos.

# referências bibliográficas

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cien. Saúde Colet. 2006; 12(4):849-859.

MENDES, E.V. – Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo I, 2001ª.

MENDES, E. V. – As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007b.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

PORTELA, M.; MARTINS, M. Gestão da qualidade em saúde. in: LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P.R. (org.). Educação a distância. rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008. p. 70-81.