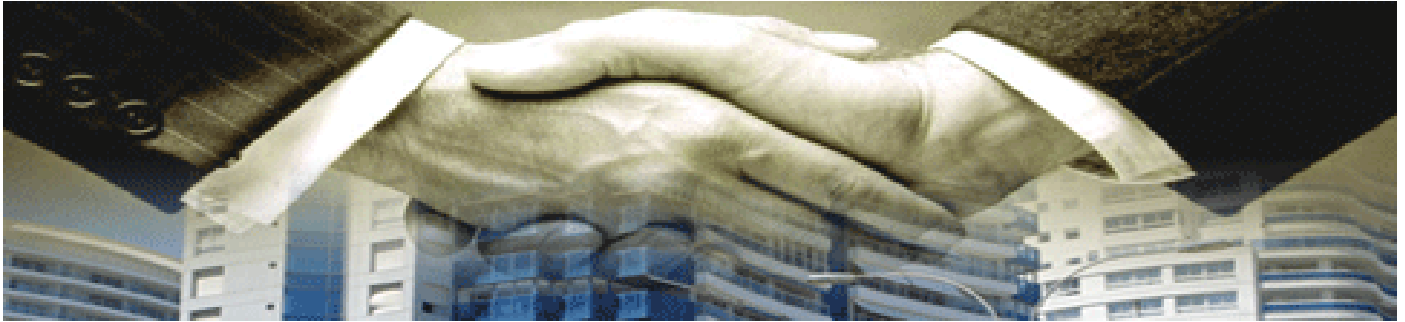


13.06 Experiências de acordos de Gestão Clínica



Neste tópico buscou-se dar um enfoque conceitual e prático às experiências levadas a cabo em matéria de acordos de gestão clínica

Autor: Mario González

Gerente de Gestión Integrada de Vigo

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

González M. Experiências de acordos de Gestão Clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



RESUMO

Neste tópico buscou-se dar um enfoque conceitual e prático às experiências levadas a cabo em matéria de acordos de gestão clínica partindo previamente do estabelecimento de uma série de conceitos que têm uma grande incidência no formato, na materialização e no acompanhamento da gestão clínica.

Da mesma forma, abordam-se, a partir de uma vertente mais prática, com base nas experiências realizadas até o momento,

1. *Introdução*
2. *A gestão compartilhada entre profissionais de saúde e gestores vertida nos Acordos de Gestão Clínica*
3. *Gestão clínica e liberdade clínica*
4. *Definição de gestão clínica*
5. *Pontos básicos que devem ser considerados ante um Acordo de Gestão Clínica*
6. *A gestão por processos: ferramenta imprescindível no Acordo*
7. *Gestão da mudança como parte fundamental dos Acordos*
8. *Aspectos importantes a considerar na regulação legal da Gestão Clínica*
 - 8.1. *Definições*
 - 8.2. *Funções*
 - 8.3. *Sistemas de informação*
 - 8.4. *Relação contratual*
 - 8.5. *Órgãos de governo e gestão das Áreas ou Unidades de Gestão Clínica*
 - 8.6. *Funções dos responsáveis*
 - 8.7. *Ocupação do cargo de Diretor ou Coordenador*
 - 8.8. *A Comissão de Direção*
9. *Os Acordos de Gestão com as diferentes Áreas*
 - 9.1. *Princípios básicos*
 - 9.2. *Partes fundamentais do Acordo*
 - 9.3. *Como efetuar o acompanhamento do Acordo*
 - 9.4. *Os resultados: como medir o desempenho*
 - 9.5. *Incentivos*
10. *Recomendações a partir da experiência do funcionamento das Áreas ou Unidades de Gestão Clínica*

Referências bibliográficas

todos aqueles aspectos que um Acordo de Gestão Clínica deve conter, em tópicos que vão da regulação legal até seu acompanhamento e as recomendações práticas sobre ele.

1. INTRODUÇÃO

A realidade atual, profundamente marcada pela crise global, caracteriza-se no setor da saúde pela existência de diferentes problemas que requerem soluções; o crescimento constante do gasto em saúde, a qualidade do atendimento de saúde, a segurança dos pacientes, o fenômeno da globalização que não é alheio à realidade da saúde, as crescentes demandas de uma população cada vez mais informada, as novas tecnologias e as mudanças na sociedade, tanto no nível demográfico quanto estrutural, fazem com que seja um dever da gestão a busca por alternativas eficazes que permitam dar resposta à problemática que nos é apresentada. Tudo isso adquire uma especial importância se ao mesmo tempo considerarmos o cenário

de crise generalizada que se estende por todos os setores da sociedade junto com a importante repercussão que o gasto em saúde representa na atualidade e em um futuro previsível em nossa sociedade; um estudo recente revela que nos Estados Unidos, em 2040, 1 de cada 3 dólares será empregado no setor de saúde e, em 2080, será 1 de cada 2 dólares, caso a tendência atual prossiga.

Com esta problemática apresentada, falar de experiências de acordos de gestão clínica significa falar de uma realidade que está se revelando, através de sua aplicação em diferentes sistemas e centros de saúde, como o grande dinamizador e transformador que está possibilitando a melhora no atendimento de saúde e o necessário envolvimento ativo dos profissionais de saúde nos problemas de gestão, o que é da maior transcendência dado o importante papel que exercem no processo do atendimento de saúde em suas duas faces: a puramente assistencial e a derivada da transcendência econômica gerada por seus atos.

É interessante analisar as razões que fizeram com que as palavras que têm gerado um maior grau de consenso ultimamente, em matéria de gestão de saúde, sejam as de "gestão clínica" ou "autogestão" ou "corresponsabilização na gestão de saúde". Isto é fruto do acaso ou de uma nova conjuntura econômica e social? A resposta não é simples e talvez existam diferentes componentes e diferentes circunstâncias que tenham colaborado para que as estratégias de saúde fossem confluindo no redimensionamento do papel de gestores e profissionais de saúde e a necessidade de buscar linhas de atuação convergentes que permitam uma melhora nos resultados econômicos sem se esquecer dos assistenciais.

Para levar a cabo a gestão clínica de uma maneira efetiva, um dos pontos primordiais é o estabelecimento de um acordo claro e explícito, no qual se situe o marco geral de atuação, os objetivos, os resultados e os indicadores que permitam sua avaliação. Ao longo deste tópico abordaremos os aspectos fundamentais que influem neste tipo de acordos que, de fato, devem representar uma transferência real de responsabilidade na gestão e no uso dos recursos que são colocados à disposição de nossos profissionais.

A gestão compartilhada entre profissionais de saúde e gestores vertida nos acordos de gestão clínica

Vivemos, sem dúvida, uma nova realidade que nos obriga a dar novas soluções a velhos problemas; tradicionalmente a organização dos serviços de saúde deu as costas à sociedade e a seus requerimentos. O sistema de saúde tem adotado um papel não acorde às expectativas geradas, fruto talvez de uma situação de preponderância, em virtude do conhecimento, que estabelecia uma separação clara entre paciente e profissional, com claros componentes paternalistas.

Contudo, a nova realidade existente neste novo século mudou radicalmente as coisas; a nossa sociedade, através fundamentalmente da informação, colocou o paciente como eixo indiscutível do nosso sistema, como a peça ao redor da qual nosso sistema deve girar buscando soluções e oferecendo alternativas aos problemas que nos forem sendo apresentados. Os cidadãos deixaram de ser sujeitos passivos numa relação paternalista em vias de extinção; o novo paciente exige informação, capacidade de escolha, qualidade e um atendimento que satisfaça todas as suas expectativas, cada vez maiores. Isto deve contrapesar com o papel fundamental que os profissionais de saúde têm no processo de atendimento médico, os quais representam a "cara" do sistema, contam com todo o poder de decisão e, além disso, possuem o conhecimento que deve guiar sua tomada de decisões. Encontramo-nos, portanto, numa situação de grande complexidade na qual buscamos o difícil e instável equilíbrio entre pacientes, médicos e gestores.

Diante dessa complexa situação que nos é apresentada, deparamo-nos com uma situação que até o momento se caracterizava por uma convivência entre médicos e gestores na qual todos se davam as costas. Classicamente, sempre houve desencontro entre médicos e gestores por várias razões:

- Ausência tradicional de sensibilização para com o uso dos recursos de saúde e sua importância, aspecto no qual não se fez nenhum esforço no âmbito de formação dos profissionais, nem em sua vertente pré-graduação, nem na vertente pós.

- Inexistência de uma linguagem comum que servisse de comunicação: nesse aspecto, talvez a implantação de soluções que permitam medir o produto hospitalar, como no caso dos GRD, tenham contribuído à aproximação de linguagens.
- Por outro lado, houve, e em partes ainda perdura, uma falta de reconhecimento dos valores de gestão.

Não devemos esquecer que, ao mesmo tempo, a credibilidade e a avaliação dos governos dependem em grande parte de sua capacidade para dar respostas e satisfazer as demandas da população, fato dificilmente compatível com a tendência claramente crescente do gasto de saúde no mundo todo. A solução passa por acordos de gestão clínica nos quais se especifiquem claramente novas fórmulas de organização, a necessidade de reinventar as responsabilidades e as recompensas da gestão e por dar uma participação ativa à sociedade, tudo isso num marco que necessariamente deve ter como eixos principais de sua estrutura a transparência, a flexibilidade, a ética, a qualidade e a orientação a resultados e tudo isso através de uma diminuição da variabilidade na prática clínica graças ao uso crescente de ferramentas baseadas na evidência científica e na informação.

3. Gestão clínica e liberdade clínica

A realidade demonstra que as decisões médicas não levavam em conta, de modo algum, os valores que regiam a prática dos gestores; como expressa T. White (1997) de forma crua: *"os médicos têm um importante papel no uso de recursos, nas mudanças de tendência de demanda de saúde e são extremamente vulneráveis diante da irrupção crescente da tecnologia; ao mesmo tempo exercem uma função fundamental na seleção de pessoas, antepondo em algumas ocasiões os interesses pessoais aos institucionais"*.

O risco desta separação de visões entre os gestores e os profissionais se traduz num risco de corte na cadeia de autoridade que existe nos centros de saúde, já que não se pode esquecer da enorme especificidade e transcendência das decisões clínicas, não apenas em seu estrito âmbito assistencial mas também na esfera econômica.

É nesse contexto no qual os gestores devem tentar se adaptar, procurando integrar dentro das atuações médicas os conceitos de responsabilidade social mais do que o critério individual na alocação de recursos, a necessidade de estabelecer a informação e a evidência como um mecanismo de melhora da qualidade dos serviços a prestar e a necessidade de que os profissionais de saúde aceitem a responsabilidade de sua gestão em todos os níveis.

Como afirma T. White (1997), *"existe uma grande discordância entre o planejamento de gestão financeira e a prática clínica. Ambas são legítimas, mas às vezes parecem incompatíveis"*. Isto se justifica porque os médicos temem ao presumir que a gestão pode acarretar uma perda de poder e até de liberdade clínica. É que alguns médicos entendem a liberdade clínica como uma responsabilidade de tipo pessoal com o diagnóstico e o tratamento de seus pacientes, com ausência total de responsabilidade perante colegas, gerência ou autoridade de saúde por suas decisões clínicas, chegando a se considerar seus próprios gerentes. Surge então a necessidade de estabelecer limites, já que a liberdade sem limites é uma questão de difícil aceitação em qualquer âmbito. Esses limites deverão se adequar e ajustar:

- à normativa legal vigente
- aos padrões clínicos aceitos
- ao contrato estabelecido entre as partes
- aos códigos éticos de conduta
- aos recursos disponíveis
- às especificações nos acordos de Gestão Clínica que forem assinados

Muitos dos conflitos, de agora e de sempre, entre os gestores e os médicos estão centrados em resolver quem tem a autoridade para decidir a prioridade quando os recursos de que se dispõe são limitados, circunstância cada vez mais presente frente à realidade econômica atual.

A incursão em um terreno que era "reservado" à profissão médica e as demandas por uma maior responsabilidade no uso de recursos são rechaçados pelos médicos usando como escudo a liberdade clínica que, apesar de se tratar de um escudo bem desgastado e inoperante, continua conservando um forte componente emocional.

É que o médico aprendeu a desenvolver seu trabalho através de um sistema de aprendizagem que está longe de utilizar termos de eficiência. Sendo assim, parece lógico propor-se esta pergunta: o que mais resta ao médico além de utilizar a ferramenta do julgamento clínico e a liberdade clínica?

Ao analisar dados de outros sistemas de saúde, vemos que no Reino Unido, por exemplo, 95% dos atos médicos não são avaliados, ou seja, a indicação de exames ou os tratamentos, médicos ou cirúrgicos, são realizados com base na experiência passada, no saber adquirido e no julgamento clínico. Em nenhum momento foi feita uma avaliação formal científica por parte de nenhuma Administração de Saúde, aspecto que se revela cada vez mais crucial no controle da atividade de saúde.

É um grave erro acreditar que a liberdade clínica ou a liberdade de prescrição amparam o médico que utiliza procedimentos não válidos de acordo com o que a ciência atual considera correto, já que a única coisa que a liberdade clínica deveria permitir é a escolha entre os procedimentos que a ciência considere válidos, nunca em territórios situados além das fronteiras do conhecimento científico.

É necessário buscar posições que façam coincidir aquilo que é medicamente atraente para os profissionais em termos de decisão clínica com aquilo que é socialmente desejável. E para conseguir tudo isto é preciso buscar uma combinação perfeita de:

- Exercício profissional com base científica
- Interiorização do custo social de oportunidade
- Orientação ao usuário

É provável que a Medicina Baseada em Evidências - MBE (baseada em fatos cientificamente comprovados) suponha uma redução do uso de técnicas diagnósticas inapropriadas e diminua o uso de tratamentos de duvidosa ou escassa eficácia terapêutica, o que conduzirá a uma melhor destinação dos recursos econômicos. Praticar a MBE significa integrar a competência clínica individual e colaborativa com a melhor e mais atualizada evidência clínica externa disponível a partir da investigação sistemática. Nenhuma das duas será suficiente sozinha.

Há algumas considerações de certa importância que convém fazer quando se fala sobre liberdade clínica e sua inegável relação com a gestão clínica e também com a política de saúde:

1. A política de saúde nunca ditará de maneira direta a prática clínica, mas condicionará a liberdade clínica dado que o modelo de desempenho profissional se adapta à carteira de serviços e à oferta disponível.
2. A quantificação da oferta através de um planejamento adequado é uma arma de grande contundência para buscar o que a sociedade considera desejável ao menor custo possível –eficiência social-, evitando que a oferta de serviços seja algo descoordenado, dependente de cada médico e com toques anárquicos.
3. Portanto, uma verdadeira liberdade clínica será maximizada à medida que se otimizar o uso de recursos para servir aos interesses dos pacientes em relação a suas necessidades assistenciais.

Já na década de 1980, ouviram-se vozes falando sobre este problema, como foi o caso de Hoffenberg R (1990, 1992)¹, que afirmou: *"...Não pode existir liberdade clínica total sem levar em conta as preferências ou desejos do paciente. Também é preciso considerar aspectos pessoais, éticos e legais. E, nesta nova era também, o limite estabelecido pelos recursos escassos..."*

Já do ponto de vista da gestão, poderíamos afirmar sem medo de errar que, habitualmente, os médicos trabalham e levam em consideração aspectos de custo nas tomadas de decisões diárias que afetam o próprio paciente, os familiares, a sociedade

¹ Sir Raymond Hoffenberg. *President of the Royal College of Physicians from 1983 to 1989 and of Wolfson College, Oxford, from 1985 to 1993.*

e o sistema de saúde. Contudo, não são usados critérios de resposta baseados em custos, mas sim em circunstâncias ou fatores colaterais (prestígio, pressão familiar, ...)

Nenhum profissional deve se situar em sua atuação e na tomada de decisões clínicas à margem da realidade socioeconômica e política. De modo que o problema não está em dramatizar ou pensar que os médicos não levam em conta os custos; o problema está em onde se situa a linha que demarca o limite sobre quais custos devem ser levados em conta pelos profissionais da saúde e quais não.

O que está claro, ainda que possa parecer óbvio, é que a necessidade de controle da liberdade clínica é diferente para o gestor em função de seu âmbito de atuação; assim, no âmbito privado, o objetivo de lucro é um dos fatores que torna necessária essa limitação da liberdade clínica. Quanto maior for o controle exercido pelo setor privado sobre a liberdade clínica, maiores serão as possibilidades de benefício econômico; por outro lado, uma restrição da liberdade clínica no setor público não busca um benefício econômico tangível, mas sim a possibilidade de poder destinar a eventual economia à implementação de outros programas.

Tendo chegado a este ponto, deveríamos relembrar as palavras de JR Hampton (1983) em seu célebre artigo "*The end of the clinical freedom (O fim da liberdade clínica)*", no qual ele dizia o seguinte: "*A liberdade clínica morreu e ninguém deve lamentar seu falecimento (...) Nos tempos em que a pesquisa era inexistente e o tratamento tão inofensivo quanto ineficaz, a opinião do médico era a única coisa que havia, mas agora a opinião não é suficiente (...) A liberdade clínica deveria ter sido estrangulada há tempos, já que no melhor dos casos significou o encobrimento da ignorância e no pior, uma desculpa para o curandeirismo. (...) A liberdade clínica morreu acidentalmente aprisionada entre as novas formas de pesquisa e tratamento e os limites inevitáveis de uma economia que não pode se expandir indefinidamente*".

Diante disto, a pergunta que nos formulamos é: faleceu realmente? Parece claro que a perda da liberdade clínica deve ir acompanhada de um processo de aproximação e pacto de interesses entre a administração e o profissional, pacto que deve

estar especificado em um acordo entre gestores e profissionais. E embora exista um grande consenso sobre esta "proclamada morte", parece que ninguém se atreve a assinar sua certidão de óbito. Como menciona Allan Williams, *"às vezes, ainda que a liberdade clínica esteja morta, é utilizada como se se tratasse do corpo de Cid Campeador, mostrando-a em defesa daquelas práticas médicas que se veem ameaçadas pela efetividade"*.

Os profissionais de saúde também temem perder valores assentados na prática médica ao longo dos séculos e ver-se corrompidos por uma mentalidade empresarial; se a tudo isto se acrescenta a percepção de que a atuação da gestão procura limitar sua autonomia, encontramos portanto com um panorama no mínimo difícil de articular, especialmente se, além disso, levarmos em conta que a Administração de Saúde prestou de forma clássica pouca atenção à formação dos profissionais ao longo de seu período educativo em disciplinas relacionadas com a gestão de saúde.

Por outro lado, é preciso reconhecer que em algumas ocasiões não se soube definir de maneira clara e efetiva o que supõe a corresponsabilização nos trabalhos de gestão, não transmitindo a nossos profissionais o que realmente esperamos deles quando falamos de gestão clínica.

O que parece indubitável é que os papéis exercidos por todos os atores na realidade da assistência de saúde podem ser claramente favorecidos se conseguirmos integrar aquilo que podemos aprender conjuntamente; não nos esqueçamos de que as decisões de gestão devem estar baseadas a todo momento na informação contrastada e que em nossa organização o conhecimento reside nos profissionais de saúde, fundamentalmente nos médicos. Por essa razão Jeremy Lee-Potter (1991) afirmava de forma áspera que *"...em uma empresa bem administrada, os melhores, os mais brilhantes, os líderes são os gestores... nos serviços assistenciais, essa posição tão destacada é ocupada pelos médicos"*.

Com essa realidade presente ao longo das últimas décadas, parecia claro e absolutamente necessário que se desenvolvessem projetos e alternativas que fossem possibilitando essa participação e o envolvimento ativo dos profissionais nas tarefas de gestão. Desta forma, já desde meados do século XX, foram desenvolvidas fórmulas que começavam a trilhar este caminho

no Hospital Johns Hopkins de Baltimore, e foram muitas ao longo das últimas duas décadas, fundamentalmente as experiências realizadas no Serviço de Saúde Britânico, com documentos tão determinantes quanto o Relatório Griffiths ou o documento "Working for patients", de grande influência nas experiências posteriores de gestão clínica levadas a cabo no mundo ocidental.

Antes de abordar outros aspectos de grande importância dentro do contexto da gestão clínica, é preciso enfatizar que uma gestão clínica cujo único motivo estiver baseado na necessidade de reduzir custos estará fadada ao fracasso; falar de ética no compromisso com a população a ser atendida, na necessidade de distribuição de recursos ou na melhora da qualidade e diminuição da variabilidade são argumentos que facilitarão o entendimento entre todos os atores do complexo mundo de saúde.

4. Definição da gestão clínica

São muitas as definições que circulam na bibliografia existente sobre o significado do termo Gestão Clínica. Resumindo, seria possível dizer que a Gestão Clínica tem como objetivo garantir um correto atendimento aos pacientes levando em consideração o necessário controle do uso de recursos. De modo que, como se pode ver, estamos falando de resultados em tempo e forma, de envolvimento por parte do profissional de saúde, de custos e também, evidentemente, de satisfação do paciente.

Como aponta Orfila Timoner, a gestão clínica é uma forma de administrar as unidades assistenciais, baseada fundamentalmente na participação ativa e responsável dos profissionais na consecução de objetivos. Daí a necessidade de introduzir conceitos tão distanciados até o momento atual da prática clínica tais como planejamento, gestão, custo, e tudo isso num contexto de participação, responsabilização, qualidade e de busca da satisfação do paciente.

A Gestão Clínica possibilita um processo de readaptação profissional mútuo, no qual o profissional de saúde assume responsabilidades e o gestor se configura como um elemento facilitador da organização, ambos procurando o aumento da eficiência do sistema de saúde. A Gestão Clínica deve tentar combinar dois aspectos de máxima importância:

- a. as demandas da população
- b. o uso racional dos recursos

Na realidade do atendimento ao paciente convivem duas faces, por isso, podemos adotar mais uma atitude de “desprezo” ao controle do uso dos recursos, como algo absolutamente secundário.

A Gestão Clínica procura basicamente unir duas culturas tradicionalmente distanciadas, a da gestão e a cultura clínica, buscando adaptar-se a uma nova realidade hospitalar, sendo reflexo e possível solução para a nova realidade que está se impondo no século XXI, na qual o conhecimento, a qualidade, as boas práticas clínicas e a evidência científica se configuram como os eixos da atividade hospitalar.

Posteriormente, ao longo do capítulo, trataremos de alguns dos pontos que constituem elementos de grande importância no mundo da gestão clínica; assim, aspectos como a gestão por processos, a gestão da mudança, as necessárias transformações das formas clássicas de organização dos hospitais, a horizontalização das estruturas de direção ou a necessidade de dar um atendimento aos pacientes com um caráter integrador se constituem como os elementos que contribuirão para essa melhora da eficiência de nossas organizações. E todos estes elementos devem fazer parte do que constituirá um Acordo de Gestão Clínica.

Quando falávamos de liberdade clínica e gestão clínica, mencionávamos conceitos de grande profundidade como o da Medicina Baseada em Evidências; pois bem, são estes conceitos os que devem ajudar os profissionais de saúde de maneira fundamental na tomada de decisões, as quais devem estar baseadas na evidência científica e no conhecimento médico e com o apoio operacional de um Pacto em que se especifiquem as condições.

5. Pontos básicos que devem ser considerados ante um acordo de gestão clínica

Há uma série de aspectos que devem ser levados em conta perante qualquer proposta que se faça de um Acordo de Gestão Clínica:

1. Estabelecimento claro de uma carteira de serviços conforme com as possibilidades da estrutura e em consonância com as demandas da sociedade, a racionalidade clínica e as restrições propriamente financeiras.
2. Apresentação de uma estratégia de futuro clara. É imprescindível saber onde estamos mas também para onde queremos ir.
3. Desenvolvimento de sistemas de informação que permitam conhecer, analisar e avaliar a atividade desenvolvida e sirva, ao mesmo tempo, como veículo de comunicação.
4. A gestão clínica se baseia em um conceito de trabalho multidisciplinar, no qual não é importante apenas a função do médico mas a de todos os profissionais que de uma forma ou outra incidem no processo assistencial.
5. A Gestão Clínica se estrutura em torno dos processos, buscando a todo momento uma melhora da qualidade e um melhor uso dos recursos disponíveis.
6. Estabelecimento de objetivos assistenciais, de qualidade e de segurança em um contexto de descentralização econômica e de possibilidades de gestão direta de tais recursos. O Contrato – como base do Acordo e instrumento operacional – deve reunir o que se exige e o que se obtém em um cenário de absoluta clareza e com sistemas de informação adequados.

Tudo isso, obviamente, deve estar alicerçado em um claro envolvimento e assunção de responsabilidades por parte de todos os profissionais que participem do projeto proposto de Gestão Clínica. E isto deve estar contido em um Contrato entre a Direção e o pessoal da Área ou Unidade.

Uma Unidade de Gestão Clínica deve responder a uma série de questões básicas como as que seguem:

- O que deve ser feito
- Como fazê-lo

- Com quais sistemas de informação
- Com que custos e financiamento
- Como realizar a avaliação

Ao mesmo tempo, convém fazer uma reflexão sobre as vantagens e desvantagens de qualquer projeto de gestão clínica que será apresentado em uma instituição de saúde na atualidade. Segundo expressa JL Temes (2001) em seu livro sobre Gestão Clínica, as vantagens podem ser sintetizadas da seguinte maneira:

- Não requerem mudanças normativas de importância, mas é preciso contar com um respaldo legal suficiente no qual se especifique de forma clara como se estrutura o marco da gestão clínica.
- As estratégias de gestão clínica não têm cor política.
- É um processo progressivo e que deve surgir de baixo para cima (dos profissionais para a direção do centro de saúde).
- A gestão clínica está em profunda consonância com os conceitos de autogestão.
- O paciente se torna o centro da atenção, com o processo girando ao seu redor.
- O envolvimento na gestão, no planejamento, na tomada de decisões e no atendimento melhora a motivação do pessoal de nossos centros envolvidos nestas iniciativas.
- Os sistemas de informação são cruciais.

Também há críticas, focadas no que poderíamos considerar três aspectos secundários:

- Estas novas fórmulas organizativas podem ser mal interpretadas, confundindo critérios de eficiência e rentabilidade de recursos públicos com tendências privatizadoras; nada mais distante da realidade.

- Pode ser que sua apresentação não gere unanimidade entre os profissionais de saúde: o desenvolvimento das Unidades demonstrou ser um instrumento de alcance suficiente para convencer os profissionais reticentes a princípio.
- Não é uma mudança transformadora a curto prazo; seu sucesso é fruto de um trabalho de médio e longo prazo.

6. A gestão por processos: ferramenta imprescindível no acordo

Um dos princípios da gestão da qualidade faz referência a que um resultado é alcançado mais eficazmente quando as atividades e os recursos relacionados são administrados como um processo. E um dos primeiros passos a ser levado em conta quando falamos de gestão clínica é a necessidade de identificar claramente os processos que intervêm dentro da Área. Estes processos devem ser analisados em sua totalidade, vendo como funcionam os fluxos e todas as interrelações que podem existir entre os participantes no processo.

Pois bem, o que entendemos por processo? Segundo a Norma ISO 9000:2000, um processo é um conjunto de atividades mutuamente relacionadas ou que interagem, as quais transformam elementos de entrada em resultados. Também poderíamos definir um processo assistencial como o conjunto de atividades levadas a cabo por profissionais de saúde em diferentes "tempos", seguindo uma sequência de atividades planejadas e devidamente estruturadas procurando um resultado apropriado.

Segundo GA Vargas (2004), um processo de serviços clínicos é:

- a. uma sequência de ações clínicas e administrativas;
- b. direcionadas a melhorar o estado de saúde do paciente;
- c. com base em um fundamento científico;
- d. com uma utilização adequada de recursos econômicos e não econômicos.

Todos os processos assistenciais devem responder a questões básicas como a razão da existência do próprio processo, explicando em que consiste, com que objetivo e a quem se dirige; e ao mesmo tempo, deve ficar claramente definido o entorno sequencial de como vão se agrupando as ações sobre o paciente, sendo a necessidade de avaliar e medir todas as atividades realizadas um aspecto que deve ser ressaltado em qualquer processo. A adequada coordenação de todas as atividades levadas a cabo sobre o paciente é a garantia de um atendimento integral e de qualidade; somente conhecendo todos os passos e atuações realizados poderemos identificar os aspectos que podem melhorar o atendimento prestado, tanto no que se refere à forma, quanto aos tempos existentes entre uma atuação e outra.

As vantagens de um modelo de gestão por processos poderia ser sintetizado, como indica, JL Temes (2007), nos componentes abaixo:

- a. Está centrado no usuário
- b. Favorece a mudança de atitude dos profissionais
- c. Melhora a continuidade da assistência
- d. Baseia-se no envolvimento dos profissionais
- e. Melhora a efetividade das atuações
- f. Otimiza o uso de recursos
- g. Facilita a identificação da falta de qualidade das atuações

Às vantagens citadas haveria que acrescentar tanto as melhoras em tempos de atendimento como o aumento da satisfação dos pacientes.

Uma análise detalhada de todos os processos levados a cabo deve nos apresentar uma infinidade de alternativas de melhoria. Aí entram conceitos como a reengenharia de processos, que se centra na análise de duas questões básicas: por um lado, perguntar-se a razão pela qual as coisas se realizam de uma determinada maneira e, por outro, considerar se não poderiam ser realizadas de maneira diferente.

Na reengenharia de processos hospitalares, destaca-se uma série de componentes básicos, de acordo com um estudo realizado em hospitais americanos por S Walston e JR Kimberly (1997), os quais se estruturam nos seguintes grupos:

a. Utilização de pessoal:

1. Apresentavam a necessidade de proceder a uma descentralização dos serviços da organização.
2. Auspiciavam também uma necessária redução do tamanho dos quadros de funcionários existentes.
3. Propiciavam também a criação de equipes nas quais as atividades se repartissem em função da qualificação, realizando portanto tarefas que requerem habilidades pessoais com uma menor qualificação; obviamente isto tem implicações claras quanto à redução de custos.

b. Desenho do serviço:

1. Defendiam uma agrupação dos pacientes em função das necessidades de cuidados; esta foi uma ideia que gerou um grande debate, visto que talvez tenha sua razão de ser na indústria manufatureira, mas com duvidosos resultados operacionais nas instituições de saúde.
2. Sugeriam a necessidade de otimizar o uso dos recursos clínicos para o qual se considerava imprescindível a análise do fluxo de atuações levadas a cabo no processo de atendimento.

c. Estrutura da organização:

1. Colocam em seu estudo a necessidade de simplificar a estrutura hierárquica da organização, desnecessariamente complexa e custosa. Uma redução dessa estrutura trará benefícios em aspectos tão claros como a melhoria da transmissão da informação, a descentralização e a corresponsabilização na tomada de decisões.
2. Buscam formas de redução de custos em aspectos não fundamentais nem relacionados à atividade principal que constitui a razão de ser da empresa da área da saúde.

S Walston e JR Kimberly (1997) dão uma série de conselhos para facilitar o sucesso em qualquer processo desse tipo em organizações de saúde:

- a. O prazo para alcançar esse tipo de transformações não é curto; são precisos períodos prolongados para sua execução e para a garantia de sucesso.
- b. A formação e informação do pessoal é um fator-chave do sucesso na medida em que os funcionários devem conhecer perfeitamente aonde a organização quer chegar e quais são os requerimentos que se esperam deles.
- c. Ninguém deve ficar à margem da organização; uma das bases do sucesso se centra na concepção de equipes multidisciplinares e para as quais se faz necessária a participação de todos.
- d. Deve existir um cronograma claro de atividades a desenvolver.
- e. Todos devem conhecer o quê, o como, o quando e o para quê das coisas que devem ser feitas. O conhecimento do grau de responsabilidade de todos os membros da organização contribui claramente ao sucesso.
- f. O período longo de implantação, do qual falávamos antes, deve contribuir para que a organização não tenha a sensação de "ruptura" mas sim de "transição".
- g. Parece claro que os médicos têm uma grande influência no processo, que requer sua participação e envolvimento de forma decidida como garantia de sucesso do projeto, embora sem esquecer o importante papel do restante dos coletivos da área da saúde.

Haja vista o anterior, trata-se de conhecer e estruturar adequadamente todas as atividades que compõem nossa realidade para que, com uma adequada sistematização das mesmas e depois de uma análise de suas necessárias interrelações, alcancemos os melhores resultados possíveis para a organização.

Diante destas proposições, parece claro que um dos pontos principais que sustenta qualquer atuação de melhora descansa sobre a necessidade de contar com mecanismos de planejamento estratégico claramente fundamentados que permitam alcançar a missão que a organização tenha se proposto, missão não como fato isolado, mas claramente apoiada nos conceitos de visão e valores da organização. Trata-se, portanto, de compor um mapa de processos que refletirá aqueles que são realizados na instituição que estivermos analisando; por sua vez, estes processos gerais poderão ser subdivididos a fim de facilitar sua compreensão e análise (arquitetura de processos: DA Garvin, 1998).

Não nos esqueçamos de que qualquer análise de processos deve ser estudada e redesenhada levando em conta as expectativas do principal protagonista, o paciente, as quais se concentram na qualidade, possibilidades de escolha, redução de prazos, acessibilidade, melhoria da informação, preocupação com os tópicos relacionados à segurança e também efetividade.

Estamos, portanto, falando das quatro fases que devem compor qualquer projeto de implantação de gestão por processos: uma fase estratégica, outra de desenvolvimento, continuar com a implantação e terminar com a avaliação de todo o processo levado a cabo.

Na fase estratégica definiremos aspectos tão importantes como a missão, a visão, os valores e os objetivos essenciais; nesta fase é básico contemplar a elaboração de um mapa de processos em sua tripla vertente: de direção, assistenciais e de gestão. A esse respeito, convém esclarecer aspectos importantes:

- Devem estar em concordância com o enfoque estratégico global do Hospital do qual façam parte os projetos de gestão clínica.
- Não devem esquecer três pontos básicos que caracterizam a atividade hospitalar em suas vertentes de docência, de pesquisa e de assistência.
- Deve-se levar em conta o princípio de responsabilização no uso dos recursos.

7. GESTÃO DA MUDANÇA COMO PARTE FUNDAMENTAL DOS ACORDOS

Faz parte de todo o processo a que viemos aludindo, no qual um correto enfoque estratégico é imprescindível, segundo J Kotter (1996). Dedicaremos apenas algumas palavras à gestão da mudança, dando especial ênfase às etapas que devem ser cobertas antes da formalização e funcionamento de qualquer tipo de acordos:

1. Reconhecimento da necessidade da mudança
 - a. diagnóstico do problema
 - b. análise da informação disponível
 - c. identificação de soluções e alternativas
2. Capacidade de atuação
3. Desenho da mudança: ver recursos necessários, calendário, identificar barreiras,...
4. Consulta: falar com os profissionais explicando as propostas, buscando apoio e não esquecendo as pessoas relevantes
5. Ampla difusão da mudança
6. Acordo sobre planos detalhados
7. Implementação da mudança
8. Apoiar a mudança
9. Modificar os planos
10. Valorizar o resultado, tendo presente que para efetuar uma correta valorização devemos lembrar que:

- A mudança deve se estender ao longo de um período de tempo
- Assegurar-se de que se tenha produzido uma melhora e não apenas uma mudança
- Considerar como foi modificada a prática clínica, as implicações sobre os recursos e o impacto na organização

8. Aspectos importantes a considerar na regulação legal da gestão clínica

A legislação a ser implantada, cujo fim será a regulação da gestão clínica num determinado território, tem como objetivo a regulação da estrutura e o funcionamento das Áreas Clínicas e Unidades Clínicas de Gestão no contexto do Sistema de Saúde, pretendendo compatibilizar o equilíbrio necessário entre a responsabilidade organizativa e um adequado uso dos recursos de saúde. Este modelo organizativo terá o paciente como eixo e razão de ser, organizando os diferentes dispositivos assistenciais e seu pessoal de maneira interrelacionada. Trata-se, portanto, de desenvolver um modelo de gestão centrado no serviço para um modelo mais flexível no qual a gestão se centra no processo e no paciente.

O âmbito de aplicação inclui todos os centros e estabelecimentos de saúde existentes no território de saúde onde se implante, abarcando a todos seus níveis assistenciais. Com tudo isso, pretende-se garantir os direitos que a maioria das Constituições em vigor de direito à saúde reúnem.

A finalidade que se persegue mediante da criação destas Áreas ou Unidades Clínicas de Gestão é a de conseguir um atendimento de saúde de qualidade, baseado em decisões clínicas em conformidade com a melhor evidência científica, e na eficiência como compromisso social e garantia para a sustentabilidade, envolvendo – ao mesmo tempo – os profissionais integrados na Área na assunção de responsabilidades, na tomada de decisões e na consecução dos fins e objetivos propostos.

Tomaremos como exemplo a regulação da gestão clínica realizada no Principado de Astúrias, que condensou grande parte da

legislação e das experiências já realizadas em nosso país neste terreno. Passaremos, em primeiro lugar, a estabelecer uma série de conceitos básicos e fundamentais antes de avançar sobre qualquer acordo e posteriormente abordaremos como deve ser o cenário de relacionamento moldado num Acordo de Gestão a ser estabelecido com os profissionais

8.1. Definições

Uma seção a ser considerada em qualquer regulação legal que se empreenda é a da definição de Áreas e Unidades de Gestão Clínica:

- 1. Denomina-se Área Clínica o conjunto de serviços, Unidades ou Áreas de conhecimento carentes de personalidade jurídica própria, compostas por um conjunto de recursos humanos e materiais que se organizam com critérios de qualidade, autonomia, eficácia e eficiência com o objetivo de prestar o atendimento de saúde próprio de sua Área ou Unidade buscando a necessária coordenação e continuidade assistencial para o paciente.*
- 2. Denomina-se Unidade Clínica de Gestão o conjunto de recursos humanos e materiais dentro de um serviço que se organizam com critérios de qualidade, autonomia, eficácia e eficiência a fim de prestar o atendimento de saúde próprio de sua Área ou Unidade buscando a necessária coordenação e continuidade no atendimento para o paciente.*
- 3. Tanto a Área como a Unidade se responsabilizam perante a Gerência do hospital pelo cumprimento dos objetivos de saúde assumidos através de um uso eficiente dos recursos, determinando-se os mesmos através de um Contrato que se estabelecerá entre ambas as partes.*

8.2. Funções

As Áreas ou Unidades Clínicas de Gestão (AUCG) desenvolverão funções no campo da prevenção,

atendimento de saúde, reabilitação, pesquisa e docência.

- 1. Em matéria de prevenção, colaborarão de forma ativa com a autoridade de saúde e com os dispositivos assistenciais pertencentes ao Serviço de Saúde na concepção prévia, desenho e implementação dos programas de prevenção próprios de seu âmbito de funcionamento, assim como seu posterior desenvolvimento e avaliação dos níveis de cumprimento.*
- 2. Em matéria de atendimento de saúde:*
 - a. Prestação de assistência de saúde própria de suas características à população de seu âmbito de influência dentro do marco dos objetivos clínicos e assistenciais que sejam estabelecidos pelas Autoridades da Área da Saúde.*
 - b. Promover e divulgar consensos técnicos com todos os profissionais da Área ou Unidade, assim como com os profissionais de outras Áreas ou Unidades de conhecimento do centro, desenvolvendo em todos os âmbitos percursos clínicos voltados ao paciente.*
 - c. Analisar os fluxos e procedimentos de transferência de pacientes, responsabilizando-se pela autorização desta àqueles pacientes para os quais se considere necessário.*
 - d. Garantir a formação dos profissionais adscritos à Área ou Unidade fomentando a tomada de decisões sustentada em razões de evidência científica.*
 - e. Estabelecer canais de participação entre as Áreas ou Unidades e as diferentes associações ou movimentos sociais da Área de influência.*
- 3. No âmbito da reabilitação serão desenvolvidas as ações necessárias próprias de cada Área ou Unidade colaborando com o desenvolvimento de programas de reabilitação e reinserção profissional e/ou social dos pacientes.*

4. No campo da docência:

- a. *Garantir a adequada formação de graduação de estudantes de medicina, enfermagem e outras disciplinas mediante a adequada colaboração com a Universidade.*
- b. *Garantir a formação de especialistas de acordo com os programas docentes estabelecidos para cada uma das especialidades.*
- c. *Elaborar programas de formação, tanto do próprio pessoal quanto dos profissionais de Atenção Primária para as Áreas de conhecimento específicas das Unidades Clínicas de Gestão.*

5. Na Área da pesquisa:

- a. *Incorporar a pesquisa como um dos eixos fundamentais a ser desenvolvido dentro das atividades essenciais.*
- b. *Participar de ensaios e estudos multicentro em linhas de pesquisa predefinidas e consideradas de interesse da saúde e social de acordo com a estratégia assumida na Área.*
- c. *Quaisquer outras funções que possam ser encomendadas pela correspondente Autoridade da Área da Saúde.*

Todas as funções anteriormente indicadas serão orientadas ao cumprimento dos objetivos estabelecidos pela Autoridade da Área da Saúde correspondente no âmbito de suas políticas de saúde.

8.3. Sistemas de informação

Cada Área ou Unidade deverá desenvolver seu sistema de informação, o qual será supervisionado pela Diretoria do Centro, adaptando-o às necessidades de informação e buscando a utilidade para a posterior avaliação do cumprimento do Contrato pactuado.

8.4. Relação contratual

Entre a Diretoria do Centro e a Área ou Unidade será estabelecido um Contrato de Gestão Clínica no qual serão especificados tanto o financiamento quanto os recursos adscritos, bem como os diferentes objetivos que deverão estar englobados no âmbito do Contrato que determina o estabelecimento de saúde e a Administração de Saúde. Os indicadores, recursos, critérios e metodologia da avaliação, assim como os incentivos ligados ao cumprimento do programa, serão explicitados em tal contrato junto com as possíveis causas de rescisão do mesmo.

Tal Contrato de Gestão Clínica será objeto de uma avaliação anual para determinar o grau de cumprimento do mesmo aos efeitos correspondentes.

8.5. Órgãos de Governo e Gestão das Áreas ou Unidades Clínicas de Gestão

As Áreas ou Unidades Clínicas de Gestão serão administradas sob a Direção do Centro de Saúde no qual se enquadrarem, pelos seguintes órgãos:

- 1. Diretor, no caso de Áreas Clínicas*
- 2. Coordenador, no caso de Unidades Clínicas de Gestão*
- 3. Comissão de Direção da Área ou Unidade*

8.6. Funções dos responsáveis

O Diretor da Área Clínica ou o Coordenador da Unidade Clínica de Gestão desempenharão as seguintes funções:

- 1. Ser o principal responsável pela atividade desenvolvida no âmbito da Área ou Unidade em sua vertente assistencial, econômica e administrativa, configurando-se como o interlocutor perante a Direção do centro, dirigindo e organizando a Área ou Unidade.*

2. *Como superior hierárquico dos Chefes de Serviço ou Seção adscritos, assumir no cenário da nova Área constituída as funções de chefia de todo o pessoal atribuído à Área ou Unidade, quaisquer que sejam o estamento e a especialidade a que pertença, sem prejuízo da distribuição de funções e responsabilidades que posteriormente se pactuem dentro de cada uma das novas estruturas de gestão clínica criadas mediante um processo normativo ou legal.*
3. *Assumir a Presidência da Comissão de Direção da Área ou Unidade.*
4. *Planejar e organizar a estrutura organizativa voltada para a consecução dos objetivos assistenciais, econômicos e organizativos que assim se explicitem no Contrato estabelecido, cumprindo e fazendo cumprir as diretrizes determinadas pela Direção do Centro.*
5. *Desenhar um sistema de avaliação que permita a medição dos resultados obtidos tanto no nível global quanto no nível de cada um dos membros adscritos mediante a criação e implantação prévia de um sistema de informação efetivo.*
6. *Estabelecer protocolos, normas de funcionamento ou qualquer outra medida que permita uma melhora nos padrões do atendimento recebido pelos pacientes.*
7. *Participar de forma efetiva do desenho de fluxos e organização do atendimento prestado, com especial implicação na decisão final de transferência de pacientes correspondentes ao âmbito clínico-assistencial da Área ou Unidade; tudo isso para facilitar o atendimento e a consecução dos objetivos pactuados no correspondente Contrato.*
8. *Elaborar as atividades a ser desenvolvidas em matéria de docência e pesquisa .*
9. *Em matéria de pessoal desenvolverá:*
 - *A coordenação das atividades de todo o pessoal*

adscrito, sendo o responsável pela designação de funções, tarefas e postos de trabalho.

- Autorização, definição do perfil e seleção do pessoal necessário para a realização do trabalho encomendado, tudo isso de acordo com as normas e critérios de contratação atualmente vigentes dentro do ambiente da Administração de Saúde da Região Autónoma.

- Planejar a contratação do pessoal necessário para levar a cabo a atividade dentro da Área ou Unidade, dentro do contexto orçamentário designado.

- Autorização de permissões, licenças e férias do pessoal adscrito à Área ou Unidade.

10. Adequar a estrutura assistencial e organizativa como um todo ao propósito de garantir o cumprimento dos objetivos que forem estabelecidos pelas Autoridades da Área da Saúde.

11. Estabelecer horários, turnos e funções a ser desenvolvidos na Área ou Unidade de acordo com os objetivos explicitados no Contrato estabelecido com a Direção do Centro.

12. Propor à Direção do Centro a contratação de bens e serviços para a Unidade, respeitando a normativa vigente e a disponibilidade orçamentária.

13. Quaisquer outras funções que sejam expressamente encomendadas pela Direção do Hospital.

8.7. Ocupação do cargo de Diretor ou Coordenador

Enquanto no Principado de Astúrias – SESPA (2011) – optou-se pela livre designação para preencher este cargo, em outras regiões autónomas e centros de saúde, dá-se o modo tradicional de concurso público, aspecto que a meu ver limita a capacidade de operação da Direção e da futura gestão das Unidades.

8.8. A Comissão de Direção

1. *A Comissão de Direção será composta pelos seguintes membros:*
 - a. *Diretor ou Coordenador*
 - b. *Coordenador de Enfermagem*
 - c. *Chefes dos diferentes Serviços, no caso da Área, e Chefe de Serviço e de Seção, no caso da Unidade*
 - d. *Supervisores de enfermagem*
 - e. *Responsável de qualidade*
 - f. *Tutores de residentes*
 - g. *Secretário, com voz e sem voto, escolhido diretamente pelo Diretor ou Coordenador*

2. *As funções da Comissão de Direção são as seguintes:*
 - a. *Estabelecimento da normativa de funcionamento interno*
 - b. *Aprovação de protocolos, guias e quantas normas forem elaboradas dentro dos limites da Área ou Unidade*
 - c. *Aprovação dos responsáveis pelos diferentes âmbitos nos quais a Área ou Unidade se estruturar funcionalmente, por proposta do Diretor ou Coordenador*
 - d. *Aprovação das ações propostas em matéria de docência e pesquisa, com prévia apresentação e conformidade da Direção do Centro*
 - e. *Relatório e aprovação do Contrato a ser estabelecido com a Direção do Centro*
 - f. *Relatório da Memória anual de atividade*
 - g. *Continuidade da atividade desenvolvida introduzindo*

as medidas corretivas necessárias que possibilitem a consecução dos objetivos estabelecidos

h. Assessoramento, quando solicitado, do Diretor ou Coordenador

9. Os acordos de gestão com as diferentes áreas

9.1. Princípios básicos

Como princípio básico é preciso estabelecer que os acordos de gestão devem estar em consonância e guardar respeito absoluto à legislação que regule em cada território o funcionamento da gestão clínica. Também no contexto de tal Acordo, deverão ser estabelecidos com clareza o financiamento, os recursos alocados, os objetivos, resultados e indicadores que permitam confirmar o cumprimento de tais objetivos, assim como o prazo da avaliação de tal Acordo, que, em geral, terá caráter anual (contudo, o acompanhamento deverá ser feito com período mensal para detectar possíveis desvios e estabelecer a tempo as oportunas medidas corretivas).

Por outro lado, nem todas as Áreas de Gestão têm o mesmo nível de maturidade e trajetória, por isso seria conveniente estabelecer diferentes grupos, com contratos diferenciados, em função da evolução e experiência em gestão, qualidade, avaliação, resultados e cultura interna de trabalho cooperativo.

9.2. Partes fundamentais do Acordo

Tanto a infraestrutura e o equipamento com que cada Área ou Unidade conta para o desenvolvimento de seu trabalho, assim como os recursos humanos e financeiros, devem ser claramente detalhados, bem como os compromissos em matéria de carteira de serviços e objetivos de atividade, qualidade, eficiência e segurança, como aspectos mais importantes.

9.3. Como efetuar o acompanhamento do Acordo

Tanto a Gerência como as AUCG se comprometem a um acompanhamento pormenorizado do andamento do Acordo de gestão ao longo do ano.

Os compromissos se definem nas seguintes ações:

- A Gerência proporcionará às AUCG informação periódica sobre a evolução dos indicadores de Atividade/Serviços e dos Objetivos Orçamentários.
- As AUCG monitorarão de forma periódica o andamento de seus indicadores de qualidade no atendimento.
- A Gerência possibilitará a realização de auditorias internas e/ou externas. Uma delas deveria coincidir de forma razoável com a avaliação final.

9.4. Os resultados: como medir o desempenho

Para cada objetivo são estabelecidos os indicadores correspondentes de desempenho e resultados que permitirão medir e avaliar seu grau de cumprimento.

No primeiro trimestre de cada ano será realizada a avaliação do grau de cumprimento dos objetivos.

Para isso serão utilizados:

1. A informação proporcionada pela gerência e as AUCG através de um sistema normatizado de autoavaliação proporcionado pelos Serviços Centrais.
2. Os sistemas de informação do Serviço de Saúde existentes em cada Comunidade Autônoma e os específicos do hospital disponíveis.
3. Os resultados das auditorias presenciais realizadas.

O Acordo de Gestão deverá reunir tanto a metodologia, os conceitos e os requisitos que regerão a avaliação do cumprimento dos objetivos.

Também as pesquisas de satisfação dos usuários e dos profissionais passarão a ser uma responsabilidade das Áreas, as quais se encarregarão de sua realização, análise e estabelecimento das ações de melhoria correspondentes.

9.5. Incentivos

Um dos pontos fundamentais é o estabelecimento de um programa de incentivos ligado ao cumprimento dos objetivos. A percepção se estenderá ao pessoal envolvido nas AUCG, devendo designar-se uma parte de forma direta ou personalizada, e outra proporcional que repercute na Área ou Unidade em seu conjunto. Os princípios de objetividade, transparência e equidade serão os eixos de legitimação profissional, social e de bom governo clínico das AUCG.

Para que se possa ver de uma forma mais clara o marco de relações internas a ser estabelecido, junto com o material docente será anexada uma série de documentos com diferentes modelos de acordos/contratos estabelecidos entre as Gerências e as Áreas/Unidades.

RECOMENDAÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO FUNCIONAMENTO DAS ÁREAS OU UNIDADES DE GESTÃO CLÍNICA

Se houvesse que concentrar uma série de recomendações a respeito do funcionamento das Áreas ou Unidades de Gestão Clínica poderíamos sintetizá-las nas que seguem:

- Não mentirmos para nós mesmos no estabelecimento dos objetivos e designações do Acordo: não alocar mais orçamento do que a rigor corresponderia. Cair na tentação de designar quantidades superiores ou objetivos facilmente alcançáveis é um dos erros nos quais se tem caído em determinados centros, impedindo uma avaliação real dos resultados do modelo.
- A proposta da necessidade da gestão clínica deve surgir dos profissionais para a direção, enquanto esta deve ter um papel dinamizador no início e facilitador uma vez consolidadas as Unidades.
- O Hospital e as Áreas devem ter uma visão clara de seus objetivos e de como desejam desenhar seu futuro.
- Possibilitar um apoio de gestão e administrativo, principalmente nas fases iniciais, representa uma grande ajuda para o sucesso do projeto.
- A descentralização deve ser real e com incentivos claros.
- Os resultados a ser obtidos devem constituir a base do projeto.
- A agrupação de serviços deve ser realizada do ponto de vista do paciente e não de acordo com as preferências dos profissionais.
- A gestão clínica não é algo limitado ao pessoal médico e de enfermagem, mas envolve também outros profissionais da saúde neste novo modelo organizativo.
- Como já se indicou repetidamente neste capítulo, as

ferramentas de informação e avaliação comparada de resultados são fundamentais.

- As estratégias de gestão clínica devem estar enraizadas na política pública e social da Comunidade Autônoma; não podemos brincar com os profissionais, precisamos dar a eles um cenário estável.
- A informação e retroinformação deve ser algo constante.

Referências bibliográficas

1. *Acuerdos de Gestión Clínica del Principado de Asturias 2011. SESPA, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.*
2. *Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. Barcelona: Gestión 2000; 1999.*
3. *Díaz A. Reingeniería de procesos y gestión hospitalaria. En: Ruiz Iglesias L. Claves para Gestión Clínica. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2004.*
4. *Ezekiel JE. Where Are the Health Care Cost Savings? JAMA.2012; 307(1):39-40.*
5. *Fernández Avilés F, de la Fuente Galán L. Gestión de unidades y áreas funcionales: pautas de excelencia clínica y revisión de experiencias. En: Oteo Ochoa, LA. Gestión Clínica: Gobierno Clínico. 2006. 299-302.*
6. *Garvin DA. The processes of organization and management 1998. Sloan Management Review1998 ; 39(4):33-50.*
7. *Gold MR, Hurley R, Lake T et al. A national survey of the arrangements manager-care plans make with physicians. N Engl J Med. 1995; 333:1678-83.*
8. *Hampton JR. The end of clinical freedom. Br Med J1983; 287:1237-8.*
9. *Hoffenberg R. Medicine and ethics. J R Coll Physicians Lond 1990; 24(1):6-7.*
10. *Hoffenberg R. Rationing. Br Med J 1992; 304(6820):182.*
11. *Kotter J. Leading Change, Harvard Business Press; Sep 1, 1996.*
12. *Lee-Potter J. BMA News Review. 1991: 7(1):12.*
13. *Monteagudo JL. El marco de la salud en España. Madrid: Ed. Instituto de Salud Carlos III; 2000.*

14. Temes JL, Cortes C, Perol J, Torres A. *Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica*. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2005.
15. Temes JL, Parra B. *Gestión Clínica*. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2000.
16. Temes JL, , Mengíbar M. *Gestión hospitalaria*. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2007.
17. Vargas GA. *La gestión de operaciones de un servicio clínico*. En: Ruiz Iglesias, L. *Claves para Gestión Clínica*. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2004.
18. Walston SL, Kimberly JR. *Reengineering hospitals: evidence from the field*. *Hospital and Health Services Administration*. 1997;42(2):143-63.
19. White T. *Gestión Clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*. Barcelona: Ed. Masson; 1997.