

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

GESTÃO DA CLÍNICA E CLÍNICA AMPLIADA:
SISTEMATIZANDO E EXEMPLIFICANDO PRINCÍPIOS E PROPOSIÇÕES
PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.

Autora: Flávia Barreto de Oliveira
Orientadoras: Prof^ª Dr^ª Margareth Crisóstomo Portela
Prof^ª Dr^ª Marilene de Castilho Sá

Rio de Janeiro
2008

O48 Oliveira, Flávia Barreto de
Gestão da clínica e clínica ampliada: sistematizando e exemplificando
princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar. /
Flávia Barreto de Oliveira. Rio de Janeiro: s.n., 2008.
v, 114 f., il., tab.

Orientador: Portela, Margareth Crisóstomo
Sá, Marilene de Castilho

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2008

1. Qualidade da Assistência à Saúde. 2. Administração Hospitalar.
3. Cultura Organizacional. 4. Gerenciamento Clínico. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.11068

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| Apresentação..... | 1 |
| Capítulo 1 – Introdução..... | 3 |
| Capítulo 2 – Marco teórico..... | 9 |
| Capítulo 3 – Métodos..... | 24 |
| Capítulo 4 – Sistematização dos princípios e proposições da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica..... | 27 |
| Capítulo 5 – Apresentação dos casos..... | 70 |
| Capítulo 6 – Análise das experiências de qualificação da assistência nos Hospitais São João Batista e Geral de Bonsucesso..... | 79 |
| Capítulo 7 – Discussão..... | 93 |
| Referências bibliográficas..... | 100 |
| Anexos..... | 107 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------|---|
| CG | Colegiado de Gerência |
| CID..... | Comissão de Incentivo de Desempenho |
| CNPq..... | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| FDI | Fundo de Desempenho Institucional |
| IAM..... | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IOM..... | Institute of Medicine |
| GAG | Grupo de Apoio à Gerência |
| HGB..... | Hospital Geral de Bonsucesso |
| HSJB..... | Hospital São João Batista |
| MBE | Medicina Baseada em Evidências |
| NHS..... | Nacional Health System |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OS..... | Organização Social |
| OSCIP..... | Organização Social Civil de Interesse Público |
| PTS..... | Projeto Terapêutico Singular |
| SAH..... | Serviço Autônomo Hospitalar |
| UT | Unidades de Trabalho |

Resumo

Este trabalho tem como objetivos realizar uma sistematização da literatura relacionada às perspectivas teórico-metodológicas da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada, identificando seus princípios, proposições, arranjos institucionais e dispositivos de gestão, além de analisar, sob o olhar dessas abordagens, duas experiências brasileiras de qualificação da assistência hospitalar. Revisão de literatura e estudo de casos compõem a metodologia da pesquisa, sendo as categorias de análise para o estudo das experiências: (1) qualidade da assistência; (2) foco no paciente; (3) adesão profissional. São discutidas a abrangência e escopo das experiências, as dimensões da qualidade nelas consideradas, além dos resultados, dificuldades e limites da implementação de mudanças. Gestão da Clínica e Clínica Ampliada buscam a melhoria da qualidade das práticas em saúde, através de atendimento individualizado, realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, com um projeto terapêutico personalizado. Destacam a importância da assistência como dimensão central da gestão, colocando o paciente no foco do cuidado. Enfatizam a necessidade da participação do paciente e de seus familiares nas decisões clínicas, e preconizam mecanismos de estratificação de risco e monitoramento da qualidade assistencial. Adicionalmente, sublinham a capacitação, treinamento e valorização dos profissionais como estratégias para se obter adesão aos projetos de mudança e consideram o papel da liderança no sucesso na implementação de mudanças. Na análise de experiências conduzidas pelo Hospital São João Batista (HSJB) - Volta Redonda, RJ – e Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) – Rio de Janeiro, RJ – que exemplificam as duas abordagens, este trabalho discute a complexidade da implementação de mudanças na cultura organizacional no que tange à qualidade assistencial, considerando seus êxitos e fatores limitantes. Resultados observados indicam, na experiência do HSJB, aumento e qualificação da assistência, ganhos em eficiência, mudanças na cultura organizacional e no modelo de gestão do hospital, além de avanços na democratização institucional e na legitimidade do hospital junto à população. Na experiência de qualificação da assistência ao infarto agudo do miocárdio (IAM) no setor de emergência do HGB, após a implementação das estratégias facilitadoras da adesão a diretrizes clínicas, houve aumento significativo na utilização de intervenções reconhecidas como cientificamente eficazes, diminuição da iatrogenia, drástica redução da perda de oportunidade de reperfusão miocárdica, além de melhoria no preenchimento do formulário de coleta de dados. Conclui-se que, mesmo considerando a complexidade da implementação de mudanças na cultura organizacional de hospitais e o limite na incorporação de elementos teórico-metodológicos em experiências concretas de qualificação da assistência hospitalar, as experiências do HGB e HSJB, embasadas na Gestão da Clínica e Clínica Ampliada, permitem a apreensão dos mecanismos de sua operacionalização, trazem contribuições para pensar a melhoria da qualidade assistencial dos hospitais públicos e endossam a perspectiva de viabilidade de um sistema de saúde mais qualificado.

Palavras-chave: Gestão da Clínica; Clínica Ampliada; qualidade da assistência hospitalar; cultura organizacional

Abstract

This work is aimed at systematizing, based on the literature, theoretical and methodological perspectives of Clinical Governance and Extended Clinic, identifying their principles, propositions, institutional arrangements and management devices, and analyzing, under the perspective of those approaches, two Brazilian experiences on hospital care quality improvement. Literature review and cases' study compose the research methodology, being the categories of analysis applied in the study of experiences: (1) quality of care, (2) focus on the patient, (3) professional adherence. We discuss the comprehensiveness and scope of the experiences, the dimensions of quality considered, in addition to results, difficulties and limitations of implementing changes. Clinical Governance and Extended Clinic search for quality improvement in health care practices, through individualized care, conducted by an interdisciplinary team, with a personalized therapeutic project.

They emphasize the importance of health care as a central dimension of management, identifying the patient as the focus of care. They also point out the need of patients and their families' involvement in clinical decisions, and recommend mechanisms of risk stratification and health care quality monitoring. Additionally they underline the importance of capacitating, training and awarding the professionals as strategies to achieve adherence to the project of change, and consider the role of leadership for a successful implementation of change. In the analysis of the experiences conducted by Hospital São João Batista (HSJB) - Volta Redonda, RJ – e Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) – Rio de Janeiro, RJ, that exemplify the two approaches, this work discuss the complexity of the process of implementing changes in the organizational culture regarding care quality, accounting for successes and limiting factors. Results observed indicate, in the HSJB experience, health care increment and improvement, efficiency gains, organizational culture and management model changes, in addition to advances in institutional democratization and in hospital legitimacy in the population. In the acute myocardial infarction care quality improvement experience of HGB emergence room, after the implementation of strategies to facilitate adherence to clinical guidelines, there was significant increase in the use of interventions scientifically recognized as efficacious, reduction of iatrogenic events, drastic reduction in reperfusion loss of opportunity, besides improvement in fulfillment of the form applied in data collection. It is concluded that, even considering the complexity of implementing changes in hospitals' organizational culture and the limited incorporation of theoretical and methodological elements in concrete experiences of hospital care improvement, the experiences of HGB and HSJB, based on Clinical Governance and Extended Clinic, allow us to capture mechanisms of their operation, bring contributions for consideration of health care quality improvement in public hospitals, and ratify the perspective that a more qualified health care system is viable.

Key-words: Clinical Governance, Clinical Extended; quality of hospital care, organizational culture

Apresentação

Como médica do Programa de Saúde da Família, estratégia do Ministério da Saúde de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, tinha preocupação em melhorar a qualidade do trabalho que desempenhava.

Em busca de ferramentas que pudessem me auxiliar a atingir este objetivo, busquei qualificação profissional, através do Mestrado.

O objetivo geral deste trabalho é sistematizar literatura acerca da Gestão da Clínica e Clínica Ampliada, identificando os seus principais princípios, proposições, arranjos institucionais e dispositivos de gestão voltados para a qualificação da assistência à saúde, e, à luz desses elementos, examinar duas experiências brasileiras de qualificação da assistência hospitalar.

No senso comum, a idéia que eu tinha, *a priori*, de Gestão da Clínica era a de que ela estaria ligada à questão da aplicação dos protocolos e diretrizes clínicas, elaborados a partir da medicina baseada em evidências. Algo a princípio rechaçado por grande parte dos médicos, sob o argumento de que seria uma forma de “cerceamento da autonomia profissional”, uma vez que trabalha com classificação e padronização das condutas clínicas. Uma estratégia a serviço de um projeto gerencial de redução de custos.

Seria isso ou apenas isso? Que instrumentos esta proposta traria para melhoria da qualidade de minhas práticas? De que forma esta proposta teórico-metodológica se aplicaria na prática clínica cotidiana?

No que se refere à Clínica Ampliada, também no senso comum, a idéia era de que era uma proposta ligada a singularização (dos sujeitos, do encontro clínico e das condutas terapêuticas). Algo ligado à humanização das práticas em saúde e a processos como escuta qualificada e acolhimento nos serviços. O termo “ampliada” estaria ligado à integralidade da abordagem do indivíduo que procura o serviço de saúde. Um atendimento que buscaria

compreender este sujeito e seu processo de saúde-doença em suas múltiplas dimensões (fisiopatológica, social, cultural e psíquica). Para esta abordagem, a dificuldade aparente parecia ser a questão do tempo necessário para realizar atendimentos desta natureza.

De fato, em grande parte dos serviços de saúde, a demanda por atendimento é excessiva para o efetivo de profissionais que ali trabalham. Mas seria apenas isso ou haveria outras questões envolvidas como, por exemplo, a incapacidade de lidar com a dor e o sofrimento do outro? De se deixar tocar e sofrer interferência deste encontro?

Seria possível aplicar, em experiências concretas, a Gestão da Clínica, baseada em evidências científicas, utilizando toda a racionalidade clínico-epidemiológica, sem deixar de enfatizar questões tocadas pela Clínica Ampliada como por exemplo, acolhimento, escuta qualificada, desenvolvimento de vínculo interpessoal entre equipe de saúde e paciente, participação ativa do sujeito no cuidado em saúde e valorização da singularidade da história de cada sujeito?

A abordagem da Gestão da Clínica difere tanto assim em suas propostas para a melhoria da qualidade da assistência daquelas sugeridas pela Clínica Ampliada ou seriam diferentes linguagens (em função de seus diferentes referenciais teóricos), mas com mais pontos de semelhança e complementaridade que antagonismo?

Tenho a percepção de que grande parte dos profissionais de saúde está pouco familiarizada com as propostas da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada e por isso se vale parcamente dos instrumentos de intervenção que estas abordagens propõem. E, por falta de preparo técnico, que muitas vezes se associa à falta de disposição pessoal para aplicar tais ferramentas, deixa-se de exercer uma prática clínica mais integral, menos iatrogênica e de menor custo. Através da análise de duas experiências brasileiras com projetos de qualificação da assistência em saúde e de revisão bibliográfica sobre os referenciais teóricos que embasaram tais propostas, espero identificar contribuições para a melhoria das minhas práticas como profissional de saúde.

Capítulo 1

Introdução

Ao longo dos últimos trinta anos, diversos países (Inglaterra, Alemanha, EUA, Chile, etc.), além do Brasil, deram início a reformas em seus sistemas de saúde. Esse é um fenômeno complexo, ainda em curso e que vêm adquirindo diferentes contornos dependendo de onde ocorre.

Embora o contexto e os determinantes dessas reformas sejam diferentes em cada país, alguns elementos comuns, centrais a esta questão, podem ser identificados. De forma geral, pode-se dizer que tem havido uma preocupação crescente, por parte dos governos, com relação à expansão dos gastos em saúde e ao desempenho dos sistemas de saúde (Almeida, 1999, Giovanella, 2006, Mendes, 2001).

Diferentes correntes explicativas – racionalista, sistêmica e estruturalista, por exemplo – apontam alguns fatores para a crise dos sistemas de saúde (Starr, 1994, Marquez & Engler, 1992): envelhecimento populacional, aumento da prevalência de doenças crônicas com acumulação epidemiológica, incorporação tecnológica descontrolada, modalidades de pagamento que incrementam a oferta e induzem a demanda, formação excessiva de especialistas e medicalização da sociedade.

Mendes (2001), revisando outros autores, lembra que para enfrentar a crise de seus sistemas de saúde (que se manifesta por iniquidade, ineficiência, ineficácia e insatisfação dos usuários), governos tomaram diversas medidas de contenção de custos: autonomização de hospitais, imposição de orçamentos globais, tetos para gastos com pagamento de médicos, definição de pacotes de serviços e protocolos clínicos (objetivando a redução da variabilidade dos procedimentos médicos), controles sobre incorporação tecnológica, introdução do co-pagamento pelos usuários, etc.

As reformas no setor saúde da década de 80 do último século fazem parte de um conjunto mais amplo de reforma dos Estados que, em um contexto macroeconômico neoliberal hegemônico, buscava aumentar a eficiência do Estado frente ao desequilíbrio fiscal.

Conforme Almeida (1999), tais reformas objetivavam *“diminuir as ações do setor público, restringir a oferta de serviços e benefícios de proteção social – característicos do modelo de bem-estar social (Welfare State) – a fim de reduzir carga tributária, insular o Estado das pressões de interesses particulares, delegar decisões a agências independentes de pressões políticas e pautar-se por regras e não por decisões discricionárias”*.

A partir da segunda metade dos anos 80, foram introduzidos nos sistemas de saúde mecanismos de mercado, como a competição gerenciada (entre os prestadores de serviços e seguros sociais), além de incentivos orçamentários que, juntos, objetivavam uma melhoria gerencial voltada para o aumento da eficiência dos serviços.

Já no final dos anos 90, dentro do processo de Reforma, passaram a ser enfatizados (Almeida, 1999; Mendes, 2001; Giovanella, 2006): a correção das iniquidades de acesso ao cuidado; a definição de prioridades na oferta de serviços; a introdução de mecanismos de coordenação dos diversos serviços prestados nos diferentes níveis de atenção; a separação de funções de financiamento e execução de serviços; o fortalecimento da atenção primária em saúde; a melhoria da saúde pública com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde; a introdução da avaliação tecnológica aumentando a capacidade regulatória do Estado; o *empoderamento* dos cidadãos e a medicina baseada em evidências (MBE).

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária ocorre no final da década de 80, em consonância com o processo de redemocratização do país e na contramão das demais reformas que vinham ocorrendo no restante do mundo. Com seus ideais universalizantes, conformou as bases do Sistema Único de Saúde – SUS, definido na Constituição cidadã de 1988, como um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2002).

Ainda na Constituição, a saúde é definida "como resultante de políticas sociais e econômicas; como direito de cidadania e dever de Estado" (Mendes, 1999: 62).

Noronha & Soares (2001) lembram, porém, que o contexto mais amplo de reformas do Estado, que ocorria no restante do mundo, teve impacto importante na implementação real do SUS. As reformas estruturais preconizadas pela política neoliberal, na América Latina, resultaram em profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais além de uma rígida contenção de custos por parte dos organismos multilaterais de financiamento.

Como destacam Traverso-Yépez & Morais (2004: 80), “embora a saúde seja, pois, um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor”.

Em geral, a precariedade dos serviços públicos de saúde brasileiros é extrema. Grande parte deles apresenta dificuldades operacionais, resultado de déficits de estrutura (falta de espaço físico nos serviços, de equipamentos para diagnóstico e terapia, medicamentos...) além de recursos humanos, freqüentemente não qualificados. Agravando a situação, a maioria dos serviços de saúde trabalha com pouco planejamento e quase sempre sem nenhuma política de avaliação de resultados. Quando muito trabalham seguindo uma lógica de produção, levando pouco em consideração a eficiência, a eficácia e a efetividade de suas práticas. Em grande parte deles vigora uma lógica de urgência/emergência do tipo “apaga-incêndio”, baseada no imprevisto e que se presta a resolver problemas pontuais, garantir a operacionalidade ou mesmo a sobrevivência das instituições (Azevedo, 2005). Este modo de operação não se aproxima do cuidado: não favorece intervenções clínicas horizontais, relações interpessoais longitudinais no tempo, nem favorece o estabelecimento de vínculos terapêuticos (Campos, 2006. Azevedo, 2005).

O processo de fragmentação do conhecimento e a conseqüente divisão do processo de trabalho em saúde (que resultaram, dentro da medicina, no surgimento das especialidades médicas, dos serviços de apoio diagnóstico-terapêutico, na ultra-especialização, e fora dela, no desenvolvimento de novas profissões no campo da saúde) também dificultam a responsabilização sobre o cuidado clínico e o desenvolvimento de vínculo terapêutico.

Como lembra Campos (2006), nesta lógica de linha de produção, alterou-se o modo de cuidar: o paciente é encaminhado de serviço a serviço, via sistemas de referência e contra-referência (definidos por protocolos ou centrais de regulação), sem que nenhum profissional ou equipe se responsabilize por ele como um todo. A relação, que outrora foi médico-paciente, foi transformada em “diversos profissionais - paciente”. Profissionais estes que, na maioria das vezes, nem sequer trabalham de forma interdisciplinar. Como resultados observam-se o aumento de custos, o desperdício decorrente da repetição de exames e procedimentos, a demora no acesso ao tratamento, enfim, baixa qualidade do cuidado à saúde.

Sá (2005) aponta que freqüentemente os serviços brasileiros de saúde não só deixam de aliviar a dor e o sofrimento daqueles que o procuram e de produzir cuidado com a vida e saúde como, muitas vezes, efetivamente provocam danos (de natureza física e emocional) a esses indivíduos. Destaca que há uma banalização da dor e do sofrimento alheios, manifesta nos serviços de saúde por apatia burocrática, corporativismo e omissão dos profissionais.

A autora relaciona essas práticas aos modos de subjetivação presentes nas sociedades contemporâneas ocidentais – particularmente o individualismo e a competição crescentes, que resultam em uma espécie de esgarçamento dos vínculos interpessoais e no esfacelamento das redes sociais. Neste ambiente de exclusão social e pouca cooperação, solidariedade e alteridade, eclode uma crise de confiança, com reflexos significativos nas relações entre pacientes e equipe de saúde.

Atualmente os profissionais de saúde não são mais vistos como detentores de todo o conhecimento. Um exemplo disto é a influência do uso da internet sobre a relação médico-paciente. Silva (2006) destaca que pacientes, cada vez mais, utilizam esta ferramenta para obter informações sobre saúde e doença e também que isto tem colaborado para que estes se tornem mais participativos no processo de decisão sobre sua saúde, questionando e discutindo orientações e condutas terapêuticas. Silva et al (2007) observam que, atualmente, tem crescido a divulgação de informações e dados envolvendo doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, pelos meios de comunicação (internet, jornais, revistas, rádio, TV, etc.), o que caracterizam como um grande avanço na disseminação da informação em saúde.

Pires (2000) destaca que está em curso, com o processo de globalização, uma reestruturação produtiva no campo da saúde. Há uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta, terceirização de mão de obra e precarização das condições de trabalho, com impactos negativos no resultado do trabalho e na saúde dos trabalhadores. Como destaca Motta (2001), o mundo do trabalho é cada vez mais inseguro e instável: os contratos de emprego tendem a ser de curta duração, sem garantias (por exemplo, benefícios, planos de carreira ou promoções) e sem incentivos à lealdade junto à instituição ou para a cooperação.

É neste contexto, extremamente complexo, que surgem propostas de melhoria da qualidade do cuidado clínico. No Brasil, a medicina baseada em evidências e aspectos relacionados à *humanização* da assistência têm sido apresentados como alternativas para qualificação dos serviços de saúde. Gestão da Clínica e Clínica Ampliada são abordagens de gestão das organizações de saúde, algumas vezes apontadas como antagônicas, que também buscam caminhos possíveis para a melhoria da qualidade da assistência. Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é sistematizar literatura acerca da Gestão da Clínica e Clínica Ampliada, identificando os seus principais princípios, proposições, arranjos institucionais e dispositivos de gestão voltados para a qualificação da assistência à saúde, e, à luz desses elementos,

examinar duas experiências brasileiras de qualificação da assistência hospitalar. Os objetivos específicos deste trabalho são:

- identificar pontos de semelhança, complementaridade e / ou antagonismo entre Gestão da Clínica e Clínica Ampliada;
- destacar os principais dispositivos de gestão utilizados pela Gestão da Clínica e pela Clínica Ampliada para garantir a adesão dos profissionais de saúde às mudanças organizacionais propostas e para operacionalizar o princípio do “foco no paciente - usuário” na qualificação da assistência hospitalar;
- explorar os limites e possibilidades de incorporação dos elementos teórico-metodológicos oriundos da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica nas experiências de qualificação da assistência hospitalar.
- identificar, nas experiências dos hospitais São João Batista (HSJB) e Geral de Bonsucesso (HGB), os principais dispositivos utilizados para a qualificação da assistência à saúde, resultados alcançados e limites encontrados.

Capítulo 2

Marco Teórico

Um panorama sobre a qualidade em saúde

Segundo o Institute of Medicine (IOM, 1990), qualidade da assistência à saúde é “o grau em que serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente”.

No contexto da Governança Clínica (movimento de melhoria contínua da qualidade da assistência a saúde, desenvolvido no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido a partir da segunda metade da década de noventa do último século), Donalson & Gray (1998) definem qualidade como “fazer as coisas certas, para as pessoas certas, no tempo certo e fazer tudo certo a primeira vez”.

Para Mendes (2002), qualidade nos sistemas de saúde implica responder, de maneira adequada, às expectativas das pessoas. Significa oferecer serviços eficazes, respeitando a integridade e dignidade dos indivíduos, sua autonomia e a confidencialidade das informações.

Como destaca Vuori (1988), quando se fala em qualidade em saúde, é preciso especificar que aspectos da qualidade estão sendo levados em conta; qualidade definida por quem e para quem. Para este autor, qualidade em saúde denota um grande espectro de características que são desejáveis nos cuidados em saúde. Incluem: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade / acesso, adequação e aceitabilidade.

Eficácia de uma tecnologia ou cuidado de saúde diz respeito à capacidade potencial de produzir o efeito desejado, sob condições ideais de uso - por exemplo, em laboratório (Donabedian, 1990; Vuori, 1988). Já efetividade corresponde aos resultados obtidos por esta mesma tecnologia ou cuidado de saúde, quando aplicada para um problema de saúde definido,

em uma dada população, sob condições reais de uso. (Donabedian, 1990; Portela & Martins, 2007). Eficiência é uma relação entre resultados, impacto real de uma tecnologia ou cuidado de saúde e seus custos de produção (Silva & Formigli, 1994; Vuori, 1988). Para Donabedian (1990), a maior relação de eficiência é obtida quando o máximo cuidado efetivo é obtido ao menor custo possível. Como destacam Portela & Martins (2007), a idéia de eficiência se aproxima da otimização na alocação de recursos. Implica evitar desperdícios, buscando obter o melhor resultado com os recursos disponíveis (máxima relação custo-benefício). Donabedian (1990) lembra que obter efetividade máxima pode elevar demasiadamente os custos: a partir de um determinado nível de efetividade de uma tecnologia ou de cuidado de saúde, os ganhos adicionais em termos de efetividade passam a ser pequenos se comparados ao aumento de custos necessário para produzi-los. Vuori (1988) acrescenta a esta análise que levar ao extremo a qualidade técnico-científica (através do uso extensivo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos) pode inclusive resultar em iatrogenia, apontando que talvez o nível ótimo de qualidade em saúde seja aquele onde a relação entre custos e benefícios obtidos é máxima.

Equidade é um conceito amplo, mas que tem sido freqüentemente associado, por diversos autores, à justiça social e à diminuição de desigualdades. Whitehead (1991), considerando a dimensão ética deste conceito, entende equidade como ausência de desigualdades entre indivíduos ou grupos (sócio-econômicos, demográficos, geográficos ou étnicos), consideradas evitáveis e injustas. Alguns exemplos dessas desigualdades seriam a falta de acesso aos serviços de saúde, condições de vida e trabalho insalubres ou modos de vida que impliquem riscos para a saúde onde os indivíduos têm pouca escolha para modificá-los. Starfield (2002) e Vuori (1988), considerando um ponto de vista igualitário, colocam que equidade é a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população. Ou seja, mais recursos são disponibilizados para populações que necessitam de

mais serviços por apresentarem maiores desvantagens sociais ou de saúde. Para fins de uma proposta de avaliação do desempenho de sistemas de serviços de saúde, Viacava et al (2004) distinguem diferenças em saúde de iniquidades. Enquanto as primeiras decorrem de processos biológicos ou de situações que independem do livre arbítrio dos sujeitos, iniquidades em saúde estão associadas às políticas de saúde ou sociais que determinam o surgimento de desigualdades na morbi-mortalidade e no acesso aos serviços de saúde.

Acessibilidade e acesso aos serviços de saúde, ora são considerados sinônimos, ora conceitos diferentes, variando de acordo com os autores, ao longo do tempo e dependendo do contexto em que são produzidos. Podem estar centrados em características do indivíduo, da oferta de serviços de saúde, de ambas ou na relação estabelecida entre os dois. Para Donabedian (1973), acessibilidade seria um conjunto de características da oferta de serviços de saúde que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de utilizá-los. Implica disponibilizar recursos (tecnológicos e profissionais) e produzir serviços, em tempo e lugar adequados, a fim de responder às necessidades de saúde da população. Barreiras geográficas, políticas de seleção de pacientes (formais e informais), horário de funcionamento restrito dos serviços de saúde e instituição do co-pagamento são exemplos de situações que podem impor menor acessibilidade aos serviços de saúde. Para Starfield (2002), acesso seria como as pessoas percebem a acessibilidade e como isto afeta sua decisão de procurar os serviços de saúde. Segundo Donabedian (1990), adequação diz respeito ao suprimento de número suficiente de serviços em relação à demanda e às necessidades dos indivíduos, enquanto aceitabilidade refere-se ao fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais e sociais e com as expectativas dos usuários em potencial.

Uma questão a respeito de qualidade é colocada por Vuori (1988): é melhor oferecer alguns serviços a todos ou excelentes serviços a uns poucos apenas? Embora este autor defina qualidade técnico-científica como “aplicação apropriada do conhecimento médico disponível,

bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente”, reconhece que há muitas outras dimensões que nem sempre podem ser totalmente abarcadas. Aponta que disponibilizar para todos o melhor que a medicina pode oferecer não é viável para a maior parte dos sistemas de saúde e que em função de questões como acessibilidade e equidade pode-se não obter a melhor qualidade técnico-científica. Além disso, assinala que alta qualidade em saúde varia de acordo com quem a define. Políticos, por exemplo, tendem a enfatizar a equidade e a adequação; administradores dos serviços de saúde focalizam a eficiência; prestadores e consumidores de cuidados em saúde compartilham o interesse na efetividade e na alta qualidade técnico-científica; por outro lado, acesso e a aceitação são provavelmente mais importantes para os consumidores que para os prestadores, etc.

Donaldson & Gray (1998) apontam que diversas abordagens de melhoria da qualidade, tais como a Gestão da Qualidade Total ou a Melhoria Contínua da Qualidade, não só tem em comum a base teórica (em geral, se remetem aos modelos gerenciais – particularmente os trabalhos de W. Edwards Deming) como também tem um conjunto de características comuns: apostam na capacitação dos profissionais, no trabalho em equipe, no foco no cliente, no papel da boa liderança, na prevenção de resultados insatisfatórios (ao invés de correção) e na “análise-simplificação-melhoria” dos processos de trabalho. Todos os ciclos de melhoria da qualidade, por exemplo, o da Gestão da Qualidade Total (*PDCA- Plan- Do- Check –Act*) ou o da auditoria clínica, procuram responder basicamente quatro perguntas: Onde estamos? Onde queremos chegar? Como faremos para chegar lá? Como vamos saber se chegamos lá? O caminho a percorrer para responder tais perguntas assim poderia ser resumido:

- 1) escolher um evento a ser avaliado/auditado;
- 2) mensurar o evento antes do processo de avaliação/auditoria, estabelecendo assim um ponto de partida;

- 3) estabelecer os padrões que serão utilizados no processo de avaliação/auditoria (baseados em evidências científicas);
- 4) coletar os dados, analisá-los e compará-los aos padrões pré-estabelecidos;
- 5) identificar oportunidades de melhoria;
- 6) sugerir mudanças;
- 7) implementá-las;
- 8) avaliar as mudanças;
- 9) rever os padrões;
- 10) estabelecer novos padrões baseados em novas evidências.

Avedis Donabedian (1980), referência na abordagem da qualidade nos serviços de saúde, propôs que a avaliação dos serviços de saúde fosse feita utilizando as categorias estrutura, processo e resultado. Estrutura refere-se os recursos (físicos, financeiros, organizacionais e humanos) que estão disponíveis para oferecer o serviço. São, por exemplo, as instalações físicas, os equipamentos, medicamentos e a força de trabalho em saúde. Processo, segundo o autor é o próprio atendimento: um conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Alguns exemplos de processos de produção de cuidados em saúde são a anamnese, os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação e o seguimento clínico. Resultados em saúde são mudanças na saúde dos pacientes atribuídas a um cuidado prévio; são as conseqüências dos atendimentos realizados, expressos em termos de melhoria da saúde, da capacidade funcional, prolongamento da vida, alívio da dor ou sofrimento e satisfação do paciente. A princípio, os resultados do cuidado refletem, indiretamente, efeitos da estrutura e dos processos (Donabedian, 1992). Silva & Formigli (1994) destacam a avaliação da satisfação do usuário como um componente relevante para a qualidade dos serviços, uma vez que o grau de satisfação ou de insatisfação pode influenciar na adesão ao

tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais. Satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe. Pode estar relacionada a aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), à presença de amenidades (ventilação, conforto, etc.) e a representações do usuário sobre o processo saúde-doença. Decorre também das relações interpessoais entre os profissionais e o paciente, que por sua vez, podem, em diversas condições clínicas, interferir no próprio desfecho terapêutico. Estes autores destacam ainda que a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações importantes para a análise da situação de saúde, definição de prioridades, elaboração de estratégias de intervenção e reorientação de práticas.

Especificidades das organizações e do trabalho em saúde e desafios do processo de mudança de cultura organizacional para a gestão

Diversos autores (Dussault, 1992; Cecílio, 1997; Mendes, 2002; Ribeiro et al, 2004; Mintzberg, 2006) apontam que os serviços de saúde apresentam um conjunto de características específicas que tornam sua organização e gestão bastante complexas.

Natureza das organizações de saúde

Uma primeira característica das organizações de saúde é que elas prestam serviços. O trabalho em saúde é "... um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade". Pires (2000: 85).

Ribeiro et al (2004), mencionam que isto gera incerteza em relação às necessidades do cliente, ao volume, ao tipo e ao momento de ofertar estes serviços, dificultando o planejamento da

relação custo/benefício das ações em saúde. Dussault (1992) aponta que, além das necessidades dos usuários de serviços de saúde serem muito variáveis e com múltiplas dimensões (biofísicas, psicossociais...), sua definição varia em função do tipo de problema (se agudo ou crônico), da clientela (se crianças, idosos, homens ou mulheres), da classe social e até mesmo das representações de saúde, doença e morte. Destaca também a dificuldade de avaliar e medir resultados (principalmente em doenças crônicas, mentais, psicossomáticas ou quando há comorbidades), ampliada pela incerteza quanto ao que seja boa prática médica. A qualidade da assistência é pensada, de forma implícita, como sendo consequência da excelência dos profissionais (Cecílio, 1997);

Mendes (2002) assinala algumas outras características em relação à natureza desse tipo de organização: (1) lidam com a saúde - um bem intangível, inalienável, que não pode ser acumulado, sujeito a riscos imprevisíveis e sem um valor de mercado (o que torna os serviços que lidam com saúde menos suscetíveis à racionalização técnica e organizacional); (2) são instituições que acompanham o sujeito por toda a vida, o que aumenta a probabilidade de, em algum momento, serem avaliadas, por seus usuários, como provedoras de serviços não satisfatórios; (3) possuem indivisibilidade, ou seja, são serviços que servem da mesma forma a um ou inúmeros consumidores; (4) são carregados de externalidades: uma determinada intervenção sobre um indivíduo (ou uma não-intervenção) tem a capacidade de interferir no coletivo; (5) constituem bens públicos (alguns serviços de saúde), ou seja, o consumo por uma pessoa não reduz a quantidade disponível para os outros consumirem e devem estar disponíveis para todos.

Ainda em relação à natureza das organizações de saúde, Mintzberg (2006) as classifica como organizações profissionais. Ou seja, são instituições que dependem dos conhecimentos e habilidades de seus funcionários para oferecer serviços de qualidade. O ofício médico, por exemplo, embora seja técnico-científico, mantém a característica de ser um trabalho do tipo

artesanal e autônomo, uma vez que o profissional possui certa independência no processo decisório e domínio de conhecimentos. Médicos executam processos de trabalho bastante complexos, o que dificulta sua formalização e avaliações de desempenho. A ampla autonomia no desempenho de suas atividades faz com que esses profissionais não admitam mecanismos de coordenação / controle autoritários ou supervisão da qualidade do trabalho que seja externa àquela realizada por sua associação profissional (por exemplo, supervisão direta).

Processos de trabalho nas organizações de saúde

Organizações de saúde possuem grande diversidade de seus processos de trabalho. Dentro de um hospital, além dos serviços finalísticos (cuidados médico e de enfermagem propriamente ditos), há serviços intermediários de diagnóstico (laboratório de análises clínicas, radiodiagnóstico, medicina nuclear...), serviços gerais (lavanderia, hotelaria, limpeza, segurança...), serviços de apoio técnico-administrativo (almoxarifado, farmácia, registro de informações sobre os pacientes, transporte de pacientes...) e serviços administrativos (contabilidade, planejamento, gerência de Recursos Humanos, etc.).

Pires (2000) destaca algumas outras características do processo de trabalho em saúde: é um trabalho coletivo institucional (uma vez que é realizado por diversos profissionais de saúde e outros trabalhadores), envolve características do trabalho assalariado, da divisão parcelar do trabalho e do trabalho profissional artesanal. Em função da divisão do trabalho, os médicos, que antes possuíam amplo conhecimento, transformaram-se em especialistas: suas atividades se fragmentaram e os mesmos passaram a requerer complementaridade de outros profissionais. Os trabalhos da enfermagem e da farmácia-bioquímica também são fragmentados a fim de obter aumento da produtividade, com a característica de estarem sob o controle gerencial de profissionais de nível superior. Como conseqüências dessa compartimentalização, os trabalhadores perderam a compreensão da totalidade do processo de

trabalho e do sujeito que necessita de cuidados, alienando-se e se eximindo da responsabilidade pelo cuidado clínico integral. Além disso, os profissionais duplicam seus esforços, que às vezes se tornam contraditórios (Campos, 1997: 247, Pires, 2000:89). Além da divisão do trabalho, outros princípios da gerência científica Taylorista podem ser identificados nos serviços de saúde, principalmente nas áreas administrativas, de enfermagem e farmácia-bioquímica: (1) separação entre planejamento, concepção e direção da execução dos processos de trabalho, com concentração de saber e poder de planejar e decidir nos dirigentes; (2) mecanismos de controle do trabalho (como por exemplo, registros de quantidade de trabalho desempenhado / produtividade, controle do tempo de execução das tarefas, etc.); (3) mecanismos que visam obter a menor variação possível na execução de tarefas (normas administrativas, padronizações técnicas...).

Gestão das organizações de saúde

Em organizações de saúde, típicas organizações profissionais (Mintzberg, 2006), o principal mecanismo de coordenação é a padronização das qualificações. Ou seja, fica a cargo das instituições de formação e das associações profissionais formalizar os saberes e as habilidades desses trabalhadores. São organizações descritas por Mintzberg (2006) como pirâmides invertidas: seus operadores (profissionais de saúde que produzem os serviços oferecidos pela organização) ficam no topo, acumulando bastante poder, enquanto os administradores ficam na base, lhes oferecendo suporte. Organizações profissionais são descentralizadas, tendo o núcleo operacional como sua parte principal e um núcleo menor de gerentes e planejadores-analistas. Os operadores profissionais não apenas controlam seu próprio trabalho (estabelecimento de rotinas e esquemas terapêuticos, escalas de plantão...) como também intervêm sobre decisões administrativas que os afetam (por exemplo, contratação de colegas e suas promoções, alocação de recursos, etc.). O fazem de duas formas: ou os próprios

desempenham também papéis administrativos ou os que lá estão foram por eles aprovados ou indicados. No âmbito administrativo, os profissionais-operadores participam ainda de comitês permanentes e de forças-tarefa. Mintzberg (2006) destaca que, freqüentemente, organizações profissionais têm hierarquias administrativas paralelas: uma para a equipe de apoio, firmemente gerenciada pelo alto escalão (chefes dos hospitais, diretores executivos...), e outra, bastante democrática, de baixo para cima – para os profissionais. Na primeira, a autoridade é de natureza hierárquica; o poder advém do cargo. Na segunda, a autoridade é de natureza profissional; o poder advém da especialização. Cecílio (1997) assinala o grande conflito entre enfermeiros e médicos: apesar de serem os primeiros os responsáveis por gerenciar o cotidiano dos serviços (insumos, limpeza, fluxo de exames, contato com familiares...), em geral, os chefes das unidades assistenciais são os médicos. Como consequência, há uma exacerbação do espírito de corpo da enfermagem, que tenta consolidar seu espaço frente ao poder dos médicos. Enquanto isso, as chefias médicas fazem pouca interlocução com os profissionais não médicos de suas unidades assistenciais e não assumem o papel de representantes das demandas dos serviços junto à direção. Outro problema apontado pelo autor é que, no geral, os conflitos não são resolvidos dentro da equipe: são encaminhados “para cima” – para as respectivas direções (médica, de enfermagem e administrativa). Estas, por sua vez, passam a não conseguir planejar ou avaliar a qualidade, sobrecarregados com o papel de “apaga-incêndios”.

Mintzberg (2006) destaca que, em organizações profissionais, os administradores têm um poder indireto: embora não controlem o trabalho profissional, funcionam como relações públicas, como captadores de recursos junto aos agentes externos (governos, financiadores, associações de clientes...), amortecem pressões externas sobre os profissionais, salvaguardando sua autonomia, são mediadores de conflitos (entre profissionais e entre estes e equipes de apoio ou pessoas externas) e gerenciam a maior parte dos serviços de apoio.

Apenas serviços de apoio mais críticos para questões profissionais são decididos coletivamente por profissionais e administradores de diversos níveis e unidades. Entretanto...

“O administrador mantém seu poder somente enquanto os profissionais consideram que ele atende seus interesses efetivamente”

Mintzberg (2006: 315)

Segundo este autor, em função de suas características, organizações profissionais enfrentam problemas de coordenação, de discernimento e de inovação. De coordenação, entre os próprios profissionais e entre estes e as equipes de apoio. Como lembra Cecílio (1997), a interlocução entre os médicos é praticamente para elaborar escalas de trabalho. Práticas interprofissionais voltadas para a melhoria da qualidade como, por exemplo, estabelecimento conjunto de protocolos e rotinas que digam respeito à prática de todos os trabalhadores, discussão de casos clínicos e avaliação de condutas, comissões (de prontuário, de revisão de óbitos...) em geral, não acontecem.

Entre os profissionais da área assistencial e os de apoio também há conflitos: enquanto os primeiros querem dar as ordens e se queixam da morosidade e/ou da qualidade dos serviços de apoio, estes se queixam da falta de compromisso da área assistencial com a qualidade, do não cumprimento das rotinas para requisições, do desperdício e do desleixo com os equipamentos e materiais. Em relação aos problemas de discernimento, Mintzberg (2006) ressalta que profissionais altamente autônomos podem ignorar as necessidades de seus clientes ou não aderir aos objetivos e projetos organizacionais (tendem a ser mais leais à sua profissão que à organização). Em relação à dificuldade para inovação, aponta que isto se dá em função da complexidade dos processos coletivos de decisão e da relutância dos profissionais à cooperação. Dussault (1992) destaca que, embora a autonomia profissional seja necessária para oferta de serviços de qualidade (a fim de adaptá-los às singularidades dos indivíduos), ela tende a favorecer a segmentação da organização em grupos, freqüentemente

com interesses divergentes. Como conseqüências surgem o corporativismo, as rivalidades profissionais e a dificuldade para realizar um trabalho interdisciplinar.

Para Cecílio (1997), os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos brasileiros não têm conseguido enfrentar duas de suas principais questões: equacionar o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores (principalmente dos médicos) com a necessidade de coordenação da organização como um todo, bem como a tensão entre o poder técnico dos profissionais e o administrativo, da direção.

“De um lado, a necessidade de controle ou de governar que a administração superior tem a fim de imprimir racionalidade ao funcionamento do hospital, a partir de objetivos gerais de eficiência e eficácia; de outro, os médicos que são ciosos da auto-regulação profissional e da autonomia individual de cada um deles. Trata-se, então, da disputa entre a adoção de regras de natureza burocrática ou de natureza mais profissional”.

Cecílio (1999: 321)

A relação médico-paciente

Uma característica importante e específica das organizações de saúde é que a relação entre seus profissionais e os usuários desses serviços é bastante assimétrica: em informação e poder. Como destaca Dussault (1992), mesmo usuários com bom nível educacional e com amplo acesso a informações sobre saúde (atualmente facilitado pela internet) detêm menos conhecimento sobre o tema que os profissionais de saúde. Outro aspecto é que pacientes nem sempre são capazes de determinar quais são suas necessidades de saúde e não sabem como atendê-las. Diferente de produtos, que podem ser testados pelo consumidor antes de serem comprados, os serviços de saúde são produzidos e consumidos simultaneamente.

Mendes (2002) destaca que isto introduz o elemento confiança entre o prestador e consumidor, onde o segundo acredita que os cuidados recebidos serão norteados pela

preocupação dos primeiros com suas necessidades e seu bem estar. Teoricamente, os cuidados prescritos não deveriam ser limitados por condições financeiras e supostamente seriam destituídos de auto-interesse. Entretanto, o autor lembra que a forte assimetria de informação e a urgência de alguns serviços de saúde estão na base de um fenômeno chamado “indução da demanda pela oferta”. Este pode acarretar o uso irracional de tecnologias em saúde, principalmente se os profissionais de saúde forem remunerados por unidades de serviços produzidos. Para este autor, tecnologias em saúde representam, tanto para profissionais quanto para usuários, um poderoso fetiche: tendem a ser consumidas, independentemente da real necessidade dos usuários.

Campos (2000, 2006) assinala que o processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva, onde os sujeitos envolvidos (usuários-pacientes e profissionais de saúde) apresentam diferentes conhecimentos, expectativas, interesses e desejos. Essas assimetrias, embora consideradas legítimas pelo autor, normalmente são veladas. Por um lado, os pacientes procuram os serviços de saúde (e seus profissionais) em busca de socorro, apoio ao sofrimento, melhoria do seu estado de saúde ou reabilitação. Para eles, o momento do encontro clínico é singular e angustiante. Já para o profissional, este é um momento corriqueiro e previsível. Geralmente ele está ali buscando realização profissional e pessoal, além de sobrevivência financeira. Outro aspecto é que essa assimetria de poder entre usuário-paciente e profissional de saúde é sempre favorável ao segundo: afinal, profissionais de saúde, além de possuir os conhecimentos técnicos, detêm a possibilidade de intervenção sobre o corpo e a vida daquele que o procura.

Em relação às expectativas, Campos (2006) aponta que profissionais de saúde tendem, de uma forma geral, a operar como se seus pacientes tivessem apenas o interesse de melhorar seu estado de saúde e viver mais, algo que se encontra no campo racional. Como destaca este autor, interesse é um conceito originado em escolas de recorte racionalista, que admitem a

capacidade de cálculo do sujeito em função de resguardar a própria sobrevivência física e social (auto-conservação). Já o desejo seria uma tendência psíquica (inconsciente) do sujeito de buscar o prazer, o gozo, que pode inclusive voltar-se para finalidades perversas, destrutivas, tanto em relação a si quanto aos outros ou ao contexto. Além disso, o autor destaca que o desejo não se subordina completamente à racionalidade do interesse ou às conveniências culturais e sociais.

Segundo Campos (2006), correntes da psicologia, da pedagogia cognitiva e da sociologia funcionalista sugerem que a educação, o conhecimento e a delegação de responsabilidade e poder às pessoas as capacitariam a fazer melhores escolhas. Para o autor, boa parte do pensamento gerencial contemporâneo (do Taylorismo à Qualidade total) trabalha com uma concepção de modelagem do sujeito a partir do controle (intimidação social por leis e regras e punição aos transgressores) e de aprendizado pela concorrência.

Dimensão ética e moral nos serviços de saúde

Dussault (1992) destaca questões como sigilo profissional, direito à informação sobre sua condição clínica, garantia de continuidade do tratamento (por exemplo, se prematuro ou pacientes terminais), intervenções experimentais, eutanásia e a própria definição de prioridades para alocação dos recursos como exemplos de questões ético-morais. Se esses serviços de saúde forem públicos, há ainda problemas relacionados à interferência política, burocracia, centralização excessiva das decisões, ineficiência, além de custos elevados (uma vez que não podem selecionar usuários por classe sócio-econômica, gênero ou etnia nem deixar de atender os mais dispendiosos). Cecílio (1997, 1999) acrescenta questões como a presença de clientelismo e da pouca governabilidade para execução orçamentário-financeira, para aquisição de bens e serviços e para reposição da força de trabalho. Dussault (1992) destaca que o setor saúde é permeado de múltiplos interesses e projetos, freqüentemente

divergentes, uma vez que nele atuam diversos atores sociais (usuários, profissionais de saúde, gestores, empresas de materiais e produtos, seguradoras, estabelecimentos privados...). Um reflexo desta segmentação dentro das organizações de saúde é a dificuldade de se realizar processos de mudança envolvendo toda a organização. Por outro lado, o autor assinala que, se houver renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais, a grande autonomia que os profissionais de saúde detêm em seus processos de trabalho facilita mudanças no nível das unidades. Para ele, organizações de saúde não podem ser burocratizadas. Devem ser flexíveis para enfrentar as mudanças das necessidades e expectativas de sua clientela e para tomar decisões rápidas, características do trabalho em saúde. Devem democratizar seus processos gerenciais, através de uma gestão colegiada e envolver seus profissionais na formulação dos objetivos organizacionais e na avaliação dos resultados obtidos. Devem ainda ser descentralizadas (facilitadoras do trabalho autônomo), mas precisam operar mecanismos de controle da qualidade e de imputabilidade transparentes, na perspectiva da melhoria dos serviços.

Capítulo 3

Métodos

Para atingir a primeira parte do objetivo geral deste trabalho – sistematizar a literatura relacionada às perspectivas teórico-metodológicas Gestão da Clínica e Clínica Ampliada, identificando seus principais princípios, proposições, arranjos institucionais e dispositivos de gestão voltados para a qualificação da assistência à saúde – foi realizada uma revisão bibliográfica dos textos afins à Gestão da Clínica e Clínica Ampliada, de forma a obter sistematização de literatura relativa a estas abordagens teórico-metodológicas. Ainda que não tenha sido realizada uma revisão *sistemática* da literatura, alguns conteúdos, como por exemplo, Governança Clínica, Medicina Baseada em Evidências e Gestão da Qualidade foram leituras estruturantes, muito enfatizadas.

No formato de dois *quadros – síntese* (Quadros 1 e 2) foram apresentados, na visão deste trabalho, os principais princípios e proposições destas duas abordagens, além dos principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão sugeridos por estas para qualificação da assistência. Os itens apresentados primeiro, em cada uma das sub-divisões de cada quadro, são aqueles que de alguma forma apresentam certo paralelismo nas duas abordagens.

Como fontes de pesquisa foram utilizadas publicações – livros e revistas, além de periódicos, pesquisados nas bases de dados BVS, MEDLINE, SCIELO e LILACS.

Como descritores para a pesquisa nos bancos de dados foram selecionados os seguintes: medicina baseada em evidências, diretrizes para a prática clínica, cuidado centrado no paciente, assistência integral à saúde, qualidade da assistência à saúde, avaliação de desempenho, gestão em saúde, *clinical governance*, *evidence based medicine*, *managed care* e *quality management*.

A metodologia de pesquisa utilizada para analisar as duas experiências de qualificação da assistência hospitalar foi o estudo de casos. Realizou-se uma revisão documental de

periódicos, livros, documentos técnicos, conteúdo de cursos ministrados pelos autores e relatórios de pesquisa relacionados a estas experiências.

Como casos foram estudados as experiências com qualificação hospitalar do Hospital São João Batista, localizado no município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, e do Hospital Geral de Bonsucesso, localizado no município do Rio de Janeiro, no mesmo estado. As experiências foram selecionadas a partir de critérios de oportunidade e conveniência. Foram incluídas experiências de qualificação da assistência no âmbito hospitalar, no Brasil, que envolvessem mais de uma dimensão da qualidade em saúde e que trouxessem um ou mais exemplos de aplicabilidade do referencial teórico-metodológico estudado (Gestão da Clínica e Clínica Ampliada).

Embora o caso do Hospital Geral de Bonsucesso não seja um exemplo completo de implementação do modelo de Governança/Gestão da Clínica (por não possuir ampla abrangência organizacional – um de seus princípios), ele foi selecionado por ter sido uma experiência de implementação bem sucedida de diretrizes clínicas no sistema público de saúde brasileiro – SUS (a utilização de diretrizes clínicas é um dispositivo estruturante da Gestão da Clínica), por ter tido a preocupação com a avaliação sistemática dos resultados alcançados (em termos de melhoria da qualidade assistencial) e por ter sido uma experiência que efetivamente utilizou como referencial teórico a Medicina Baseada em Evidências e a Governança/Gestão da Clínica.

A escolha da experiência do Hospital São João Batista se deu pelo fato de ter tido abrangência organizacional, ter sido bastante extensa (período de mais de 10 anos), por ter realizado monitoramento permanente dos resultados e por ter incorporado elementos teóricos e propostas da Clínica Ampliada. Um limite desta análise se deve ao fato desta experiência não ter tido a preocupação de utilizar exclusivamente como referencial teórico, elementos da Clínica Ampliada.

Foram utilizadas três categorias de análise para examinar as publicações que trataram dessas experiências:

- qualidade da assistência;
- foco no paciente;
- adesão profissional às mudanças organizacionais.

Considerando estas categorias de análise, a investigação das experiências de qualificação da assistência hospitalar foi desenvolvida a partir das seguintes questões:

- Como se deu o processo de reorganização do processo de trabalho em saúde voltado para a melhoria da qualidade nesses hospitais?
- Que dimensões da qualidade foram trabalhadas no processo de qualificação da assistência desses hospitais?
- Que dispositivos no campo da gestão e coordenação do trabalho foram utilizados a fim de obter maior qualidade no cuidado clínico?
- Como a gestão abordou os sujeitos envolvidos (usuários e profissionais de saúde) nessas experiências?
- Como foi estimulada a adesão dos profissionais de saúde às mudanças organizacionais desencadeadas por esses projetos de qualificação?
- Como foi operacionalizado o princípio do foco no paciente - usuário nos processos de qualificação da assistência hospitalar?

Após o estudo dos casos, foi elaborado um *quadro- síntese* dessas experiências (Quadro 3), destacando os principais dispositivos utilizados nos hospitais São João Batista (HSJB) e Geral de Bonsucesso (HGB) na qualificação da assistência à saúde.

Considerações éticas do estudo

Dada a natureza da pesquisa, não houve implicações éticas para a condução deste estudo, não tendo sido necessário submetê-lo a comitê de ética.

Capítulo 4

Sistematização dos princípios e proposições da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica

CLÍNICA AMPLIADA

Princípios

Clínica reformulada e ampliada, também denominada pelo autor (Campos, 2000, 2006) de clínica do sujeito e clínica ampliada e compartilhada, é uma metodologia de trabalho, descrita na teoria Paidéia.

Teoria Paidéia é uma concepção do professor Gastão Wagner de Souza Campos, apresentada em sua tese de livre docência. É um modelo interpretativo: uma rede de conceitos, estruturados a partir de três vertentes teóricas: a teoria da produção social dos fatos históricos (Gramsci, 1978 *apud* Campos, 2006), a teoria da complexidade (Morin, 1994 *apud* Campos 2006) e de diversas concepções sobre subjetividade, destacando o paradigma psicanalítico (Freud [1933], 1969 *apud* Campos 2006). Para construção desta teoria, o autor apoiou-se também nos conceitos “modos de vida” e “sujeito” do professor Mário Testa (1997) e no “movimento de vida e saúde”, de Almeida Filho (2004).

O termo Paidéia se remete à Grécia clássica e indica a formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais e do ambiente, considerando as necessidades dos indivíduos e das coletividades e respeitando as diferenças entre pessoas e grupos (Campos, 2003). Paidéia constituía-se em uma estratégia - um conceito operativo que enfatizava a necessidade de formar indivíduos-cidadãos, capazes de exercer a democracia na sociedade ateniense. (Jaeger, 1986 *apud* Campos, 2006). Era um aprendizado social: uma capacidade, obtida após esforço sistemático e planejamento, de lidar com os interesses,

desejos e valores de outros sujeitos. Um processo de desenvolvimento ampliado das pessoas, capacitando-as a compreender e agir sobre si mesmos e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com outros sujeitos (Campos, 2006). No contexto atual, a teoria Paidéia é uma proposta de reorganização da assistência clínica e da gestão do trabalho em saúde. É um sistema analítico aberto, que nega a predominância da determinação social, biológica ou subjetiva dos processos saúde-doença. Reconhece a influência destes fatores sobre os modos de vida dos sujeitos e seus processos de adoecimento, mas defende que o grau com que interferem depende de cada situação singular. Além disso, considera ainda o papel de fatores subjetivos, da clínica e da organização de sistemas de saúde na produção de saúde, na expectativa e qualidade de vida das pessoas (Campos, 2006).

A teoria Paidéia trabalha com dois grandes campos de conhecimento e de trabalho em saúde: o clínico, exercido nos hospitais e ambulatórios e o de saúde coletiva, presente nos programas de saúde pública. Procura incorporar em suas análises saberes provenientes destes campos, além de conhecimentos de saúde mental, pedagogia, antropologia, planejamento, gestão, ciências sociais e ciências políticas.

A concepção Paidéia é uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, base da clínica contemporânea; uma reformulação do paradigma da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Este método propõe que os serviços de saúde, além de produzir bens e serviços, contribuam para a constituição do sujeito (sua subjetividade, capacidade de análise...), construção de cidadania e co-produção de autonomia. A concepção Paidéia sugere a reorganização do processo de trabalho clínico-sanitário com base nos conceitos de Clínica Ampliada e gestão democrática dos serviços e do trabalho em saúde.

Uma clínica ampliada é uma clínica centrada nos sujeitos, que considera a doença como parte de suas existências e não a sua totalidade (Campos, 2003). É aquela capaz de compreender o indivíduo e seus problemas de saúde, inseridos em um território e em redes sociais (família,

espaços de trabalho e de convivência) e que se abre a perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento (Cunha, 2005). Uma clínica que parte da concepção da co-produção singular dos sujeitos, das organizações, dos processos saúde-doença e dos acontecimentos em geral (Campos, 2006).

Co-produção singular do sujeito, pois, em espaços dialógicos, os indivíduos influenciam e são influenciados pelos sujeitos com quem interagem, em um dado momento, únicos. Sofrem interferências de fatores imanentes e transcendentais a eles próprios como, por exemplo, o contexto organizacional, cultural, político e sócio-econômico onde estão inseridos e que, por sua vez, poderão ser determinantes de seus comportamentos. Para o autor (Campos, 2006), existe uma co-responsabilidade dos indivíduos e sujeitos coletivos sobre o processo saúde-doença e na construção dos contextos singulares. Embora múltiplos fatores se apresentem simultaneamente, o impacto de cada um deles sobre o status de saúde de um indivíduo ou coletividade é diferente, dependendo do contexto. Governos, equipes de saúde, comunidade ou o próprio indivíduo podem ser, isoladamente ou em conjunto, com iguais ou diferentes responsabilidades, os agentes fundamentais na produção de um determinado desfecho clínico ou sanitário. A teoria Paidéia e a Clínica Ampliada consideram a singularidade de cada situação e propõem variadas possibilidades de intervenção em saúde coletiva e projetos terapêuticos adequados às necessidades singulares. A Clínica Ampliada permite ao profissional de saúde, com relativa autonomia, adaptar a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas às inevitáveis variações presentes em cada caso. Para Campos (2003), padronizações, programações e planejamento implicam supor regularidades, que de fato existem, mas que “nunca se repetem exatamente...” Ao incorporar à prática clínica, o sujeito e seu contexto, a prática clínica precisa ter plasticidade suficiente para dar conta da variabilidade biológica, psíquica e social dos casos e da imprevisibilidade da vida. Como

apontam Campos & Amaral (2007), é preciso reconstruir certo traço artesanal do trabalho clínico.

O termo ampliada faz oposição à clínica degradada, sendo as duas, variantes da clínica oficial (Campos, 2003). Para o autor, a clínica oficial opera com um objeto de estudo e trabalho muito reduzido: valoriza demasiadamente aspectos biológicos do processo saúde-doença, em detrimento das dimensões subjetiva e social. Além disso, em sua opinião, é uma clínica marcada pelo mecanicismo, pela fragmentação do cuidado e pela unilateralidade de abordagem, rejeitando o saber leigo e a circulação de afetos entre os envolvidos; uma clínica que opera considerando pouco a influência de fatores políticos, cognitivos e efetivos no encontro clínico e que não se responsabiliza pela integralidade dos sujeitos. Para Campos (2003), a clínica é degradada quando é submetida a interesses econômicos corporativos ou desequilíbrios muito pronunciados de poder. Políticas de saúde ineficazes, empresas médicas dificultando o livre arbítrio dos médicos e impondo restrições, médicos alienados e desinteressados, que atendem seus pacientes de forma padronizada, praticamente sem ouvir suas queixas ou valorizar suas singularidades... todos degradam a clínica. (Campos, 2002, 2003).

Clínica Ampliada é a redefinição do objeto, do objetivo, dos conhecimentos e práticas clínico-sanitárias, dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos, das intervenções terapêuticas e dos resultados em saúde. É ampliada também por considerar que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas, e não apenas o médico, realiza clínica. (Campos, 2003).

Em relação ao objeto de trabalho da clínica, passa-se da doença do paradigma biomédico para pessoas que, além de serem portadores de uma doença, vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específicos. Além de apresentarem fatores de risco, são sujeitos - com modos de vida que implicam em maior ou menor risco de adoecimento. (Campos, 2003,

Onocko Campos & Campos, 2006, Campos & Amaral, 2007). Indivíduos que trazem ao encontro clínico conhecimentos, cultura, experiências com a vida e com o sofrimento, desejos, interesses e vontades, além de estarem inseridos em um contexto.

Assim, incorporando esses fatores, a forma como os profissionais de saúde oferecem seu saber técnico especializado aos pacientes-usuários se altera e o núcleo do conhecimento e o exercício das práticas clínico-sanitárias se ampliam. Para exercer a Clínica Ampliada é necessário colocar em contato a visão biomédica - ancorada na anatomia patológica (Foucault, *apud* Onoko Campos & Campos (2006), com a dimensão da escuta e da fala do usuário (Freud *apud* Onoko Campos & Campos (2006). É necessário reconhecer o outro como sujeito e não como objeto das intervenções em saúde. Envolve modificação de valores e posturas dos profissionais frente aos usuários, que precisam ser valorizados. Para o autor, é necessário combinar diferentes lógicas no exercício da Clínica Ampliada: aplicar a racionalidade científica, mas considerar também o saber popular, a cultura, os interesses e desejos dos indivíduos. Para o autor, a medicina e a saúde pública sempre enfatizaram mais o ganho em anos de vida de que a intensidade de viver, recomendando de forma moralista e normativa, moderação nos hábitos de vida e algum grau de renúncia ao prazer e a felicidade em nome da extensão da sobrevivência (Campos, 2003). Como destaca Cunha (2005), profissionais de saúde estão muito mais acostumados a falar do que a ouvir. Com algum grau de autoritarismo, orientam enfaticamente os pacientes sobre o que fazer e evitar, muitas vezes infantilizando-os. E quando as ordens não são seguidas, ou o paciente tem outras prioridades, os profissionais muitas vezes se irritam, de forma inconsciente, dificultando ainda mais o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o paciente. Este autor destaca a importância de produzir co-responsabilidade e não culpa.

Objetivos da Clínica Ampliada

O primeiro objetivo da Clínica Ampliada não poderia deixar de ser produzir saúde. A proposta é que, assim como no paradigma biomédico, isto ocorra através de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, intervenções curativas e de reabilitação, mas enfatiza que tais ações devem estar sempre encarnadas em sujeitos. Propõe que se busque sim redução da morbidade, dos riscos e vulnerabilidades (individuais, no caso da clínica e coletivas no caso da saúde coletiva), mas não *sobre* indivíduos e sim *junto ou com* as pessoas e comunidades. A proposta é incluir o sujeito no trabalho em saúde. (Campos, 2003, 2006).

O segundo objetivo da Clínica Ampliada é a co-produção de autonomia. Para Campos (2006), a autonomia dos sujeitos é a capacidade de participar da construção das regras e normas da sociedade, estabelecer contratos sociais com outros sujeitos, compreendendo, refletindo e agindo sobre si e sobre o contexto onde está inserido. É sempre uma construção gradativa e relativa, uma vez que ela depende de fatores sobre os quais se têm compreensão e capacidade de intervenção parciais. Nesta perspectiva, autonomia é entendida como a capacidade dos pacientes, das famílias e das comunidades de cuidarem de si mesmos, lidando com suas próprias dependências e com situações que a eles se apresentam (e não como liberdade absoluta ou contrário de dependência). “Sujeitos autônomos seriam, em tese, mais capazes de lidar com relações de dependência e para administrar conflitos de forma positiva para si mesmos e para o coletivo”. (Campos, 2000). Outra tradução para ganho em autonomia é “empoderamento” (Carvalho, 2005 *apud* Campos, 2006). Seria o trabalho em saúde contribuindo para aumentar o poder dos usuários. Outros autores (Dias, 1996; Silva, 2001) cunharam o termo “capacidade de autocuidado”.

Para Campos (2006), os sujeitos elaboram conhecimentos com base na própria experiência, realizando comparações e através da reflexão. Com isso, tentam compreender o mundo e si mesmos para poder interferir no mundo, que o fazem através das práticas cotidianas, do

trabalho, da gestão e da política. Assim, é objetivo da Clínica Ampliada constituir sujeitos reflexivo-operativos. Ou seja, com maior capacidade de reflexão e interferência em seus processos saúde-doença, na família, sobre as organizações e na cultura. Esses fatores, por sua vez, também modificam os próprios sujeitos envolvidos no processo. Assim, a Clínica Ampliada propõe um trabalho sistemático não só de fornecer acesso à informação e ao conhecimento (que a equipe de saúde pode desenvolver através de ações de educação em saúde), mas também de desenvolver a capacidade de interpretar criticamente estas informações e entender as resistências e bloqueios inconscientes que ocorrem frente a processos de mudanças.

É objetivo da Clínica Ampliada também, combater a medicalização, a institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais de saúde (Campos, 2003).

O terceiro objetivo da Clínica Ampliada é dirigido aos profissionais de saúde: ampliar neles sua capacidade inter-relacional e com isso a possibilidade de vínculo com os usuários e com os próprios projetos institucionais. Para Campos (2003), vínculo é circulação e transferência de afetos entre pessoas. Pode ser positivo ou negativo, consciente ou não e só se constrói quando existe algum tipo de dependência mútua: o usuário tem problemas de saúde, que ele acredita que aquela equipe irá resolver. Profissionais exercem suas profissões (ou deveriam) com o compromisso de defender a saúde e a vida daqueles que os procuram e de ajudar seus pacientes “a se ajudarem”; de apoiá-los no enfrentamento de seus problemas. (Campos, 2003).

O autor destaca que o manejo adequado do vínculo pode estimular os grupos e organizações a participarem da resolução de problemas de forma criativa além de ser um recurso terapêutico, que qualifica o trabalho em saúde. Descobrir qual o tipo de vínculo adequado a cada caso é um desafio: sugere que para isso, profissionais envolvidos com a clínica e com a saúde pública busquem se apropriar da teoria do vínculo (de Pichon-Rivière) ou “da subjetividade”. Para ele, desenvolver *sistemas de relação* nas equipes de trabalho aumenta a capacidade

destas de inventar projetos, estabelecer redes de compromisso, alianças singulares e contratos sociais no nível local. Como Campos (2006) destaca, a idéia de responsabilização sobre o cuidado clínico, de estabelecimento de compromissos e contratos sociais entre os profissionais de saúde e a população não tem sido, infelizmente, a regra dos serviços de saúde brasileiros. O compromisso ético-político com a defesa radical da vida individual e coletiva não tem sido, na maioria dos casos, priorizado. Merhy (2002) destaca que, em geral, há mais queixas dos usuários em relação à falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema do que em relação à falta de conhecimentos tecnológicos. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Demanda excessiva de trabalho nos serviços de saúde, inserção predominantemente vertical dos profissionais de saúde nos serviços, fragmentação do processo terapêutico (decorrente do processo de especialização crescente e da multiplicação das profissões em saúde) são alguns dos fatores, por exemplo, que dificultam essa responsabilização (Campos & Amaral, 2007).

Para o autor, a responsabilização clínico-sanitária é condição básica para construção de vínculos entre profissionais e pacientes e entre profissionais e projetos, serviços ou organizações.

Proposições da Clínica Ampliada

Acolhimento com estratificação de risco

Em relação aos meios de trabalho na assistência em saúde, Campos (2003) sugere que os serviços utilizem o dispositivo Acolhimento. Para o autor, acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar compreendê-la e solidarizar-se com ela. É no Acolhimento que é feita a estratificação de risco do paciente e são avaliadas suas necessidades de saúde. Para realizar o Acolhimento é necessário uma mudança na postura dos profissionais e na lógica de

organização dos serviços, que deixam de atender por ordem de chegada para atender àqueles de maior gravidade, risco ou sofrimento. Outros autores também desenvolveram estudos e trabalham nesta linha. Ayres (2004) destaca a importância de qualificar os encontros terapêuticos transformando-os em relações de cuidado (entendido como “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”). Envolve reconstruir a relação terapêutica profissional-paciente buscando o significado da própria presença de um diante do outro. Significa privilegiar a dimensão dialógica do encontro: ter interesse autêntico em ouvir o outro, não considerar como ruídos aspectos ligados à situação existencial do sujeito que o procura e não se comportar apenas como porta-voz do discurso técnico-científico. É a permeabilidade do técnico (normatividade morfofuncional das tecnociências médicas) ao não técnico... O trabalho em saúde na perspectiva do cuidado busca uma totalidade existencial (não apenas a saúde e sim o próprio projeto de vida) que permita dar significados e sentido a diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos e sintomas. Em relação às tecnologias, o autor sugere o uso intensivo das tecnologias das inter-relações.

Nesta mesma linha de discussão, Merhy (2002) assinala que serviços de saúde operam diferentes tecnologias, que ele classifica como duras, leves ou leve-duras. Duras seriam os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas e estruturas organizacionais. Leve-duras seriam os saberes bem estruturados (conhecimentos) que operam no processo de trabalho em saúde (por exemplo, a clínica médica e a epidemiologia). Leves seriam as tecnologias que permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Por exemplo, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo terapêutico e a autonomização. Para o autor, o processo produtivo em saúde, particularmente aquele que envolve diretamente o cuidado clínico, é um trabalho vivo e só se realiza “em ato”. Não pode

ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e procedimentos, uma vez que seu objeto não é plenamente estruturado. Durante os processos de trabalho em saúde, estabelece-se um espaço comum, singular, onde ocorre a interseção de subjetividades do trabalhador e do usuário. É um momento marcado por alto grau de incerteza, onde o profissional de saúde opera a seu modo, com grande autonomia para escolher o modo de fazer essa produção.

Ainda em relação aos meios de trabalho da assistência em saúde, Campos (2006) sugere a reformulação de um instrumento clássico da semiologia: a anamnese. Passando a ser uma escuta da história de vida do usuário (centrada na demanda que o levou ao serviço de saúde), a anamnese se torna um meio diagnóstico que valoriza sintomas subjetivos (conflitos, objetos de desejo e investimento, resistências...), registra as dificuldades do usuário, sua rede de relações, sua capacidade de autocuidado, de formação de compromisso com os outros e incorpora, de forma adaptada, técnicas de observação antropológica (de usos e costumes dos usuários) e de escuta dos discursos. Junto a outros recursos diagnósticos como exame físico, exames complementares (laboratoriais, de imagem e anatomopatologia) e indicadores de risco, morbidade e mortalidade, a anamnese ampliada se propõe a construir um diagnóstico ampliado e compartilhado com o usuário, avaliando as vulnerabilidades subjetiva, cultural e sócio-econômica do indivíduo, além da avaliação objetiva de risco biológico. Além disso, é um instrumento que procura identificar fatores de proteção, capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida apesar do problema de saúde (Campos, 2006).

Cunha (2005) destaca alguns aspectos que uma história de vida se diferencia da anamnese tradicional: são feitas as perguntas clássicas, mas dando espaço para as idéias e palavras do paciente. Elimina-se parte dos filtros teóricos, que são perguntas-chave no diagnóstico biomédico, que direcionam demais a fala do paciente (tipo localização do sintoma, fatores de melhora ou piora...). Procura-se descobrir o sentido da doença para o paciente e ajudar na

construção de relações causais que o indivíduo atribui ao seu adoecimento (não duvidando dos relatos mesmo que não de acordo com a ciência oficial). Pergunta-se sobre medos, raivas, manias e temperamento e como os problemas que ele relata afetam sua vida. Avalia-se a capacidade de autonomia do indivíduo, se há negação da doença, os possíveis ganhos secundários com a doença e suas possibilidades de prazer e lazer. Para este autor, a anamnese ampliada em si tem função terapêutica: primeiro pela possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a situação; segundo, pois situa os sintomas e queixas na vida do sujeito doente, o que permite maior consciência sobre suas inter-relações e possibilidades de intervenção. Assinala também que conhecer e valorizar projetos e sonhos (desejos) dos pacientes é importante, pois aglutinam uma enorme quantidade de energia vital, que pode ser extremamente terapêutica (ou não).

Equipes de referência

Campos (2006) sugere para o exercício da Clínica Ampliada, uma mudança na lógica de organização dos serviços e na própria racionalidade da assistência. Em grande parte dos serviços de saúde brasileiros predomina a lógica da urgência / emergência, com intervenções rápidas, pontuais e verticais, que não favorecem o vínculo terapêutico. Médicos e enfermeiros trabalham em muitos hospitais, em geral, sob esquema de plantão. Poucos são os profissionais diaristas que acompanham seus pacientes regularmente, durante todo o seu tratamento.

A Clínica Ampliada trabalha com equipes de referência (Campos, 1999, Campos & Amaral, 2007). Equipes de referência são grupos de trabalho, necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, que trabalham com adstrição de clientela, sob a qual possuem responsabilidade clínico-sanitária. A coordenação do projeto terapêutico, o acompanhamento longitudinal durante todo o tratamento, a decisão de convocar para intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio, o relacionamento com a família e decisão sobre o momento da alta hospitalar são da equipe de referência.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

No campo das intervenções em saúde, além das clássicas como o uso de fármacos e procedimentos cirúrgicos, a Clínica Ampliada propõe valer-se mais de técnicas de prevenção e promoção, de ações de educação em saúde (com propostas de mudança de hábitos e comportamentos) e de técnicas de reconstrução da subjetividade, com destaque para o poder terapêutico da escuta, da palavra e do apoio psicossocial. (Campos, 2003, Campos & Amaral, 2007). Além dessas intervenções, a Clínica Ampliada trabalha com um dispositivo denominado Projeto Terapêutico Singular - PTS. (Nicário, 1994 *apud* Campos, 2006). Projeto Terapêutico Singular é uma discussão de caso clínico, prospectiva e interdisciplinar, que a equipe de saúde utiliza para lidar com situações clínicas complexas, onde haja alta vulnerabilidade. No PTS realiza-se uma revisão conjunta do diagnóstico, uma avaliação de riscos e são definidas intervenções, tarefas e responsabilidades. Aplica-se a indivíduos, famílias ou comunidades.

Unidades de produção

Além das equipes de referência, a Clínica Ampliada trabalha com uma outra forma de organização dos serviços de saúde, as unidades de produção (Campos, 1998). De uma departamentalização funcional (aquela que se baseia nas especialidades ou nas profissões) que centraliza o poder nas corporações profissionais, passa-se a ter unidades de produção, centradas no cuidado ao paciente. Este novo tipo de departamento, agora organizado de acordo com a sua atividade-fim / objeto de trabalho (por exemplo, clínica médica, emergência e terapia intensiva), são necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, agrupam diversas equipes de referência e integram os diferentes processos de trabalho de cada profissão ou especialidade sob apenas um mesmo comando e coordenação, o gestor da unidade de produção.

Democratização da gestão

A partir deste novo dispositivo, a unidade de produção, o organograma da instituição é refeito, agora com a participação dos próprios trabalhadores dos serviços: eliminam-se todas as coordenações, gerências ou direções especializadas (médica, de enfermagem...). Antigos coordenadores passam a ter a função de apoiadores, especializados em enfermagem, clínica, planejamento e avaliação, etc.. A este processo que o autor denominou horizontalização do organograma (Campos, 2000). Além disso, quem define o recorte da organização em unidades (quantas e quais unidades criar) são os próprios trabalhadores (junto à gestão), que implementam as unidades, avaliam seu funcionamento e estabelecem as correções devidas (Campos, 1998). O gestor da unidade de produção, junto às equipes de referência, formam um colegiado de gestão. Este elabora, em permanente negociação, o planejamento estratégico (diretrizes, programas de trabalho, metas, tarefas e responsáveis) de cada unidade de produção, avaliando-o periodicamente; discute e delibera sobre os casos clínicos pelos quais é responsável e sobre questões do processo de trabalho, como escala de plantões e férias. O novo coordenador (gestor da unidade de produção) tem o papel de direção executiva (implementando decisões do colegiado da unidade) e de comunicação (cabe a ele estabelecer contatos com outras unidades, com a direção-geral do serviço, com usuários, etc.). Hierarquicamente acima dos colegiados de gestão das unidades, há um colegiado de gestão central, que reúne os gestores das unidades de produção e a superintendência/ direção do hospital, que agora passa a descentralizar e compartilhar decisões, objetivos institucionais (a missão e visão da organização), planos operativos, avaliações e análise dos resultados via indicadores. Os gestores das unidades de produção, por sua vez, trazem à discussão nessas reuniões periódicas, demandas e projetos de suas unidades de produção - questões sobre as quais eles não têm autonomia para decidir. Este grupo passa a ser a instância máxima de deliberação da organização.

Colegiados de gestão, conselhos de co-gestão, assembléias, discussões coletivas de projetos terapêuticos ou pedagógicos nas unidades de produção, foram denominadas pelo autor (Campos, 2000) de espaços coletivos. Tais espaços constituem-se em arranjos organizacionais, de tempo e lugar, para o compartilhamento do saber e da propedêutica sanitários. São destinados à comunicação (função pedagógica, via educação continuada – discussão e leituras...), à reconstrução da subjetividade de seus integrantes (função analítica, via escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses, conflitos e resistências), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão a respeito de prioridades, projetos, contratos (função gerencial estrita) e à democratização de poder (função política). O autor assinala que esses são espaços montados para estimular a construção de sujeitos e coletivos organizados para a produção (de saúde, cidadania e democracia) por meio dos quais as equipes e usuários podem interferir nos sistemas produtivos (gestão dos processos de trabalho, correção de problemas e redefinição de rumos). Consultas, visitas aos pacientes internados ou domiciliares, trabalho em grupos e as atividades em espaços comunitários (escolas, igrejas, praças...), todos podem ser espaços coletivos.

Na definição do autor, coletivos organizados para a produção são “agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço de interesse social e que, ao mesmo tempo, asseguram a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integrem ou dela dependam. Resultam da formação de compromisso e de contratos entre seus membros e destes com segmentos da sociedade”. (Campos, 2000)

Para operacionalizar a co-gestão (princípio da gestão democrática e participativa), Campos (2000) sugere um método de apoio institucional, que ele denominou “Método da Roda ou Método Paidéia”. Roda é um arranjo, que pode ser formal (comissão ou conselho oficial) ou informal (reuniões), de interação entre sujeitos, destinado à discussão de temas prioritários para o grupo, à elaboração de contratos (que se desdobram em responsabilidades e tarefas) e

finalmente, projetos de intervenção. É um espaço co-gerido, de avaliação e correção de rumos, onde se redefinem processos e tarefas, conforme o acordado pelo grupo (Campos, 2000, 2003). Um espaço de “expressão e reconstrução de interesses e desejos de seus membros”, democrático (onde o poder é compartilhado) e “onde cada um entra com sua disposição e habilidades, sem desrespeitar o ritmo do coletivo”. O Método da Roda propõe-se a instituir uma nova racionalidade na gestão de coletivos; é uma crítica ao Taylorismo, fundador da racionalidade gerencial hegemônica. Uma crítica aos métodos de gestão baseados no autoritarismo, na disciplina e no controle. Este método articula teorias e práticas dos campos da gestão, do planejamento, da pedagogia, da psicanálise e da análise institucional e apresenta três objetivos: constituir espaços coletivos, promover a democracia institucional e reconstruir sujeitos e coletivos organizados para a produção (com maior autonomia, ou seja, maior capacidade de análise da realidade, de si mesmos e de intervenção na realidade). Um dos eixos básicos do Método da Roda é a recomposição do significado e do modo de organização do trabalho, a revalorização do trabalhador e do próprio trabalho.

Campos (2002) lembra que a gestão colegiada dos serviços pode ajudar a diminuir o grau de alienação dos profissionais de saúde em relação ao seu trabalho e favorecer a implicação dos trabalhadores com a missão da organização, com os projetos institucionais e com seus pacientes. Para o autor, a organização parcelar do trabalho e a conseqüente fixação do profissional a apenas uma determinada etapa do projeto terapêutico, sem ver o resultado final de seu trabalho, produzem alienação e uma prática profissional altamente burocratizada (o que prejudica a qualidade do trabalho em saúde e os próprios trabalhadores). Além disso, gera *desresponsabilização* sobre o resultado final do trabalho.

Para Campos (2000), o exercício da co-gestão teria três funções básicas: administrar e planejar processos de trabalho, objetivando a produção de bens e serviços de interesse público (valores de uso com potencialidade de atender necessidades sociais), alterar as relações de

poder (diminuir o poder dos dirigentes e aumentar o dos trabalhadores e usuários, democratizando as instituições), e influir na constituição dos sujeitos e na produção de subjetividades. Sistemas de co-gestão devem operar com compromisso e solidariedade com o interesse público (a fim de atender às necessidades sociais) e, ao mesmo tempo, satisfazer os desejos e interesses dos trabalhadores, garantindo sua autonomia pessoal e social. Devem conciliar autonomia e prazer com responsabilidade.

Onocko Campos (2003) lembra que nem sempre é fácil implantar a co-gestão. A alta gerência pode demonstrar sinais de retaliação a este processo ou equipes podem ter dificuldade de se apropriar dessa nova lógica quando não existe tradição institucional de co-gestão. Campos (1998) destaca que, para viabilizar mecanismos de co-gestão, além de criar horários para reuniões periódicas dos colegiados (em geral, não mais do que 10% da jornada de trabalho) e facilitar o acesso de todos às informações fundamentais, são necessárias mudanças na cultura organizacional, ou seja, no sistema de crenças, representações e tradições da organização. Implantá-la requer amadurecimento pessoal para lidar com aspectos técnicos, políticos, humanos e éticos. Considerar falas e participação dos outros, ouvir e expor críticas, explicitar e trabalhar diferenças, estabelecer negociações e consensos, aceitar derrotas... O método de co-gestão não se propõe a resolver todos os conflitos. Entende que sempre haverá disputas corporativas, entre os níveis hierárquicos da organização, com os usuários, em torno de modelos e programas de atenção, pela divisão de trabalho e na atribuição de responsabilidades... O que se pretende é criar espaços de discussão e negociação, que produzam aprendizados e distribuições mais equilibradas de poder. Para o autor (Campos, 1998), a co-gestão tem o potencial de melhorar o grau de envolvimento, compromisso e dedicação das equipes aos pacientes, projetos e à própria instituição. Também de aumentar o orgulho e a realização profissional dos trabalhadores uma vez que lhes dá o sentimento de co-

autoria da história da organização; de uma obra. Por obra entende-se o reconhecimento, dos trabalhadores, clientes e da sociedade, do resultado do trabalho (Campos, 2002).

Campos & Amaral (2007) destacam outro dispositivo de co-gestão: o contrato de gestão. Este é um contrato que pode ser externo (quando ocorre entre o hospital e o gestor do sistema de saúde) ou interno (entre o gestor do hospital e as unidades de produção). Nos dois casos são contratualizados objetos, que são traduzidos em objetivos e metas a serem alcançadas. Nele ficam especificados também mecanismos de aferição e avaliação de resultados.

Ainda dentro da idéia de democratização da gestão existem os conselhos de gestão tripartite (que são instâncias de discussão com representantes da direção do hospital, dos usuários e de profissionais de saúde), as ouvidorias e as assembléias com os usuários. O objetivo dessas iniciativas é aumentar o poder dos pacientes e de suas famílias junto aos processos de gestão e aos projetos terapêuticos. É tornar a clínica um projeto coletivo; um espaço de compartilhamento de saberes, que funciona sob co-gestão. Dussault (1992) destaca que os usuários não devem participar necessariamente de cada etapa da tomada de decisão, o que, em sua opinião, poderia se tornar uma participação “de fachada”. O mais importante seria assegurar sua participação em decisões estratégicas (como por exemplo, a escolha de prioridades, mudanças radicais) e na avaliação dos resultados dos serviços.

O conjunto desses dispositivos caracteriza o que o autor denominou gestão compartilhada do cuidado, gestão participativa, co-gestão ou gestão democrática: uma diretriz ética e política. Outras iniciativas possíveis neste sentido são: aumento do horário da visita hospitalar, permissão de acompanhante em horário integral, desenvolvimento de atividades de educação continuada em saúde (que aumentam o acesso à informação) e a criação de simplesmente espaços de diálogo, onde são discutidos temas de interesse do usuário ou problemas do serviço de saúde. Outro dispositivo de co-gestão a ser utilizado pelos gestores junto aos

trabalhadores de saúde na democratização das instituições é o Apoio Paidéia, discutido a seguir.

Principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão utilizados pela Clínica Ampliada na qualificação da assistência e no suporte à clínica.

A técnica “Apoio Paidéia” e a figura do Apoiador

A técnica “Apoio Paidéia” é um dos dispositivos utilizados na Clínica Ampliada. O objetivo desta técnica é promover reflexões que permitam a tomada conjunta de decisões (sem culpabilizar o sujeito por suas escolhas), alterar modos de vida e ampliar a autonomia dos indivíduos. Utiliza núcleos temáticos relativos ao sujeito e ao mundo. Quando utilizada no apoio aos pacientes, busca apreender o sentido e o significado singular de determinadas condições (por exemplo, ser portador de hipertensão arterial sistêmica), além dos objetos de investimento e prazer envolvidos em cada situação. Quando utilizada entre gestores e profissionais de saúde, busca aproximá-los. Toda gestão é produto da interação entre pessoas e o seu exercício deve se dar, ainda que com distintos graus de saber e poder, *entre* os sujeitos e não *sobre* eles, como se fossem objetos. (Campos, 2003). Ao compartilhar processos como planejamento, avaliação e coordenação do trabalho, ambos se beneficiam. Os objetivos institucionais passam a se articular melhor aos saberes, experiências, desejos e interesses dos trabalhadores e usuários e há enriquecimento subjetivo e social para ambos.

Para Campos (2003), a constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos. Nos grupos, muitas vezes isto gera disputas, impasses, não-ditos, correlação de forças, resistências e bloqueios, que dificultam o trabalho em equipe. Daí surge a necessidade da figura do Apoiador. Qualquer um dentro de um grupo pode sê-lo: um dirigente, um supervisor, um consultor, um profissional da ponta (clínico, pedagogo, sanitarista...) ou

mesmo um usuário. A metodologia de trabalho do Apoiador envolve análise das demandas do grupo, e “ofertas” ao mesmo. Em espaços dialógicos, ele não realiza prescrições puramente técnicas, onde se ensina o que deve ser feito (aplicação de saberes objetivos) e se solicita obediência às orientações. Ao contrário, há a preocupação em negociar tais “ofertas” submetendo-as a uma análise crítica compartilhada.

Uma primeira função do Apoiador é analisar junto ao grupo esses fatores, tentando ampliar a capacidade das pessoas de lidar com eles. Ele desenvolve junto ao grupo a capacidade de escuta de outros discursos, analisa o resultado das intervenções, apresenta o relato de experiências e lê textos teórico-metodológicos. Também apóia o grupo na construção de objetos de investimento, em projetos e no estabelecimento de compromissos e contratos com outros indivíduos. Uma terceira função do Apoiador é pensar e fazer junto com as pessoas e não no lugar delas. O apoio funciona quando amplia a autonomia do grupo; quando este passa a lidar com referências de forma crítica, sem adesão automática. Além disso, todo Apoiador deve também ser apoiado pelo seu grupo. Outra função do apoiador é qualificar a ação institucional para o cumprimento dos três objetivos básicos das organizações: produzir bens e serviços com valor de uso (ou seja, com capacidade potencial de atender às necessidades sociais), conservar a própria instituição e assegurar o desenvolvimento e a realização profissional dos sujeitos envolvidos nesta organização. A técnica “Apoio Paidéia” deve ser desenvolvida em espaços coletivos, por exemplo, a “Roda”.

Apoio matricial

Equipes de apoio matricial são formadas por especialistas e funcionam como uma espécie de retaguarda para as equipes de referência, oferecendo suporte assistencial e técnico-pedagógico (Campos, 1998, 2006). Integradas transversalmente a várias equipes de referência, são desvinculadas da linha de mando. Combinando especialização com interdisciplinaridade, essas equipes realizam encontros periódicos e regulares (semanais, quinzenais ou mais

espaçados) para discutir casos considerados mais complexos. Elaboram, de forma compartilhada, projetos terapêuticos singulares, definem linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos e diretrizes clínicas (contendo critérios para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção do sistema e responsabilidades) além de discutirem temas clínicos, de saúde coletiva ou gestão. Podem ainda, trabalhar com a formação em serviço dos profissionais na forma de educação continuada, ampliando com isso a capacidade das equipes de referência de identificar e resolver problemas de saúde antes delegados ao apoio especializado e também de indicar com mais sensibilidade e precisão os casos que necessitariam dos especialistas (Campos & Domitti, 2007). As funções da equipe de apoio matricial não são controlar e fiscalizar o cumprimento de normas, conforme a concepção Taylorista de supervisor. É uma equipe agenciadora de mudanças, um agente externo que estimula a reflexão crítica e a participação do grupo na gestão; uma combinação das funções típicas de um analista de grupo com as de um assessor de planejamento. (Campos, 1998). Cria-se um espaço de trabalho em equipe, para compartilhamento de dúvidas e saberes (Campos, 2003).

Na Clínica Ampliada, o contato entre a equipe de referência e estes especialistas é direto e horizontalizado: podem ser realizados atendimentos e intervenções conjuntas, apenas a troca de conhecimentos e de orientações, via contato pessoal, eletrônico ou telefônico (e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente) ou ainda, se o atendimento ou procedimento for muito especializado, o Apoiador mantém contato com a equipe de referência, que não se descompromete com o caso, acompanhando o paciente de forma complementar. Não há transferência de responsabilidade quando do encaminhamento, e sim compartilhamento. A relação entre equipes de referência e especialistas não mais se baseia na autoridade e na hierarquia e sim em processos dialógicos de troca de saberes, valores, experiências e visões de mundo. (Campos & Domitti, 2007). A este processo o autor

denominou personalização do sistema de referência e contra-referência. Para Campos (2006), a criação de espaços interdisciplinares, onde se estabelecem vínculo terapêutico e relações com seus usuários ao longo do tempo, recompõe a relação singular profissional-usuário e devolve a motivação dos profissionais em produzir saúde.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde e também arranjos organizacionais. São dispositivos que buscam ampliar as possibilidades de realizar uma clínica ampliada e proporcionar a integração dialógica entre especialidades e profissões. Buscam também integrar o cuidado clínico, diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização do conhecimento, aumentar o grau de compromisso dos profissionais com o cuidado integral, melhorar a eficácia e a eficiência do trabalho em saúde, além de investir na construção de autonomia dos usuários (Campos & Domitti, 2007). Outro dispositivo utilizado pela Clínica Ampliada para a troca de saberes entre profissionais é a prática de visitas interdisciplinares aos pacientes internados. Uma ou duas vezes por semana, pelo menos dois profissionais (aquele que seja o principal responsável pela condução do caso e outro com maior relevância na condução terapêutica) trocam saberes e impressões, qualificando o processo de assistência à saúde.

O papel do gestor na Clínica Ampliada

A Clínica Ampliada aposta em uma gestão que ofereça formas de controle, diretrizes e critérios, mas que ao mesmo tempo dê suporte às equipes em seus projetos; que estimule sua criatividade e empenho improvisador, concedendo autonomia relativa às equipes (para pensar e organizar seus processos de trabalho e projetos terapêuticos) e ao mesmo tempo cobre responsabilização.

Mendes (2002) lembra que, como as micro decisões clínicas estão longe de serem apenas racionais, é necessário que a gestão imponha aos profissionais algum instrumento de

constrangimento da liberdade clínica. Entretanto estes dispositivos devem ser acordados com os profissionais.

Dussault (1992) define que as ações mais estratégicas dos gestores estão ligadas à seleção de pessoal e à formação das unidades de produção. Caberia a eles criar um ambiente de confiança (garantindo a estabilidade das equipes), desenvolver mecanismos de controle dos interesses corporativos e definir estratégias de formação que facilitem a passagem do exercício individual ao trabalho de equipe. Um bom gestor seria aquele capaz de “ler” sua organização e seu ambiente. Ou seja, aquele capaz de identificar e analisar os problemas de sua organização, de entender o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços, as necessidades da comunidade e as redes de relações (por exemplo, da organização com o ambiente, entre os múltiplos atores do setor saúde...). Em sua opinião, gestores precisam ser capazes de solicitar e utilizar as informações que possam melhorar o processo de tomada de decisão e de mobilizar o potencial de sua organização e de seus membros para atingir os resultados desejados. Precisam ter capacidade de adaptação às mudanças em um contexto complexo e de trabalhar em colaboração com os técnicos, buscando consensos. Enfim, precisam da arte de escutar, de intuição, empatia, visão e imaginação. Devem ser modelos de uma ética que privilegia o bem-estar dos usuários e da comunidade, suscitando a adesão dos demais profissionais a esse projeto.

Para Merhy (2002) é um problema da gestão administrar algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde: a primeira, existente entre a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e da produção dos procedimentos como cuidado (atos cuidadores, não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde); a segunda, entre a lógica da produção de intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas (ações de saúde enfermeiro ou médico-centradas) e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde (por exemplo, os atos cuidadores).

Campos (2003) aponta como um outro papel da gestão descobrir os objetos de investimento (onde se depositam afetos positivos), interesses e desejos dos profissionais a fim de aumentar sua realização profissional, sendo capaz de modificar os padrões dominantes de subjetividade. Por exemplo, caberia ao analista-gerente descobrir e trabalhar junto às equipes as formas de relacionamento e representações que estas fazem de seus usuários: quebrar estereótipos (“coitadinhos”, “ignorantes”, “desleixados”) que impossibilitam a singularização de cada caso e, portanto dificultam o alcance de um trabalho de qualidade. Onoko Campos (2005) lembra que muitas equipes de saúde, em função desses estereótipos, montam verdadeiras barreiras a seus usuários e muitas vezes inclusive, se tornam agressivas e retaliadoras. A autora questiona se essa não seria uma forma desses profissionais se afastarem da condição de completa miserabilidade que essas populações se encontram e assim se defenderem do sofrimento e do sentimento de impotência que isto traz. Como “pobres-carentes-que nada possuem”, estes sujeitos são vistos (e não escutados), como sujeitos passivos ou simplesmente objetos de uma intervenção clínica completamente desvitalizada (Onoko Campos & Campos, 2006).

Para Campos (2000) caberia ao gestor, descentrar seu foco em tarefas e procedimentos concentrando-se em administrar relações interpessoais e os resultados dessas relações. Junto às equipes, o gestor deveria analisar e reconstruir o sentido das relações transferenciais e contratransferenciais envolvidas nas relações terapêuticas (Campos, 2002). O autor utiliza esses conceitos de forma mais genérica que a psicanálise, mesclando o conceito freudiano de relação profissional/paciente com o conceito de “imaginário” (de Castoriadis). Define transferência como o modo de o paciente ou usuário de um serviço de saúde significar o profissional ou equipe de saúde que lhe dá suporte ou o serviço que o acolhe. Contratransferência teria o sentido recíproco: seria o modo como o trabalhador, equipe ou instituição, significam o paciente-usuário. Para Campos (2000), reconhecer a existência desses processos inconscientes de circulação de afeto (incômodos, inveja, disputa, ódio,

desafio, simpatia, etc.), analisá-los com crítica e intervir nos significados transferidos é um poderoso recurso de gestão. Onocko Campos (2003) destaca que gestores, além de terem formação técnica em gerência e em saúde, precisam ter qualificação para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos dos grupos e ser alguém que consiga suportar se expor a essas experiências da intersubjetividade.

Onocko Campos & Campos (2003) destacam ser necessário alterar a forma como os gestores tentam responsabilizar as equipes de saúde pelo cuidado clínico. Ao invés de cobrar apenas produtividade, a realização de um conjunto de procedimentos ou o cumprimento de horário, estes deveriam centrar sua gestão nos resultados alcançados e sobre o atendimento integral de um conjunto de pacientes, arranjo este que estimula o vínculo entre os pacientes e uma mesma equipe e contribui para a desalienação dos trabalhadores de saúde. Sugerem alterar o modelo de contratação dos profissionais: ao invés de plantonistas passa-se a trabalhar com profissionais diaristas, arranjo este que propicia maior implicação dos profissionais com seu lugar e objeto de trabalho.

Como colocam Campos & Amaral (2007), profissionais de saúde não são motivados apenas pela remuneração financeira. Reconhecimento profissional entre os pares, sensação de pertencimento a um projeto e o sentimento de co-autoria de uma obra ou das melhorias produzidas são instrumentos poderosos para o desenvolvimento de vínculo institucional e ampliação da capacidade dos profissionais de assumir compromissos e estabelecer contratos. Educação continuada e valorização do fator humano em saúde são dispositivos que a gestão pode utilizar para reconstruir o encantamento dos profissionais com o exercício da própria profissão (Campos, 2003). Além disso, combinar remuneração fixa com outras formas variáveis de pagamento, por exemplo, de acordo com o cumprimento de metas ou com a melhora de indicadores de desempenho, pode ser eficaz em motivar. Para Campos (2002), indicadores de desempenho devem ser construídos através da gestão participativa, com o

envolvimento dos gestores, profissionais de saúde e usuários e devem servir para a elaboração de um contrato interno de gestão (entre a direção e as equipes). Como destaca Cunha (2005), indicadores não podem ser inatingíveis nem eternos. Os melhores são aqueles que possibilitam a evolução da equipe. O autor reconhece a dificuldade de operacionalização deste dispositivo, uma vez que grande parte das instituições não têm sistemas participativos tão estruturados com capacidade de auto-análise e autogestão frente aos ruídos provocados pelos problemas de desempenho evidenciados nas planilhas de indicadores.

Resultados do exercício da Clínica Ampliada

Em relação aos resultados das práticas sanitárias, Campos (2006) sugere que o produto do trabalho em saúde seja avaliado segundo quatro planos: o da eficácia (capacidade de produzir saúde, bem-estar ou bens), o da eficiência (realizar ações de saúde eficazes com o menor custo possível), o da co-construção de autonomia e o da produção do menor dano possível. Sugere ainda que a capacidade de autocuidado seja incluída como indicador de eficácia da atenção. Dussault (1992) destaca que os usuários dos serviços de saúde deveriam ser os últimos juízes do resultado dos cuidados prestados, cabendo a eles avaliar a satisfação de suas necessidades.

Desafios para a Clínica Ampliada

Como apontam Campos & Amaral (2007), há questões políticas, culturais, subjetivas e de lógica de organização dos serviços que dificultam o exercício da Clínica Ampliada. Campos (2006) destaca que um dos desafios é criar arranjos institucionais facilitadores do exercício desta clínica: horizontalização do organograma com reorganização estrutural dos serviços (unidades de produção, apoio matricial...), mudança na inserção dos profissionais de saúde nos serviços (de vertical como plantonistas para horizontal como diaristas), novos padrões de

relacionamento entre profissionais de saúde e usuários (equipes de referência...), desenvolvimento de organizações democráticas que utilizem dispositivos de co-gestão como os contratos de gestão (que definem clara responsabilidade clínico-sanitária junto aos seus usuários) e criação de novos padrões de micro gestão do trabalho clínico (gestão compartilhada em colegiados, conselhos, contratos de gestão...), são algumas das propostas (Campos, 2006, Campos & Amaral, 2007). Campos (2000) reconhece como limitada a capacidade atual dos conselhos de influenciar os métodos de gestão, o cotidiano e o desempenho dos serviços de saúde e de negociar com os interesses corporativos. Defende que é necessário fortalecê-los, estruturá-los e dotá-los de maior poder político e de maior competência técnica de forma que eles participassem mais efetivamente da eleição de prioridades, do planejamento, dos planos de investimento e de expansão da rede.

Como lembram Campos & Domitti, (2007), a implantação de dispositivos como o Apoio Matricial e as equipes de referência, por exemplo, dependem da superação de muitos obstáculos. Políticos por exemplo, ao implicarem em importante desconcentração de poder (dos especialistas e entre os profissionais de diferentes categorias); Culturais, uma vez que entre gestores e entre equipes, não há cultura de trabalho interdisciplinar, dialógico e interativo. Ao contrário, valoriza-se a autonomia profissional; Subjetivos (reconstruir identidades profissionais, habituar-se a receber e fazer críticas e a compartilhar incertezas e decisões, superando as relações de concorrência - que imputem desconfiança e defesas), e Éticos (circulação de informação do trabalho interdisciplinar *versus* direito à privacidade do indivíduo / família).

Campos (2002) aponta certo paradoxo no processo de democratização da gestão: para executá-la é necessário concentração de poder político. É preciso que um grupo (de trabalhadores, gestores...) com poder estimule sua implantação, quebre resistências e garanta a manutenção dos dispositivos democráticos conquistados.

Como destaca Onocko Campos (2005): “mudanças nos encontros assistenciais requerem intervenções complexas (no sentido do grande número de variáveis) e de grande investimento técnico, ético e político. Não acontecerão somente com boa vontade, não demoram somente por causa de falhas na comunicação, nem por *falta* de humanização. Mas bem acontecem por inevitável humanidade dos humanos ali envolvidos”

Além disso, Campos & Amaral (2007) apontam que seriam necessárias reformas político-administrativas no sentido da desburocratização e da ampliação da autonomia gerencial, que garantissem agilidade e presteza na compra de insumos, na administração de pessoal e na definição de programas para incorporação de tecnologia. A criação de Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais Civis de Interesse Público (OSCIP) e Fundações de Apoio aos hospitais públicos são apontadas como algumas das propostas de reforma administrativa neste sentido. Outra alternativa, citada por Mendes (2002), no sentido de aumentar a responsabilização dos serviços de saúde sobre o cuidado clínico e na sua obrigação de prestar contas (*accountability*) são os contratos. Contratos podem ser realizados entre instituições estatais (por exemplo, entre uma secretaria de saúde e seus hospitais próprios) ou entre uma instituição estatal e outra pública não estatal (por exemplo, Organizações Sociais), privada filantrópica ou privada lucrativa. No segundo caso (os denominados contratos de gestão), como os entes contratados têm autonomia e responsabilidade administrativa e jurídica, esses contratos têm força legal, com normas e foros jurídicos estabelecidos de comum acordo. Através deste instrumento são pactuados os objetivos da parceria, os serviços de saúde que serão oferecidos pelo ente contratado (incluindo onde e quando os mesmos serão disponibilizados), que indicadores (quantitativos e qualitativos) serão utilizados para avaliação periódica do cumprimento do contato e como eles serão mensurados ou qualificados. Os indicadores devem englobar produção, produtividade, qualidade dos serviços de saúde e satisfação da população assistida. Um contrato deve especificar ainda que recursos

serão utilizados, como estes serão gerenciados, o sistema de pagamentos aos contratados, o sistema de incentivos por resultados e um sistema de garantias que defina penalidades se desistência do contrato ou oportunismos. Mendes (2002), revisando outros autores, aponta várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de saúde: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidade aos gerentes locais, permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços, reforça o planejamento estratégico das instituições ao exigir maior empenho em atingir os produtos contratados, incentivam a criação e a utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais, melhoram a Gestão da Clínica, permitem uma melhor focalização nos interesses da população, tornando as instituições mais transparentes e permeáveis ao controle social.

Gestão da Clínica

Diversos autores trabalham na perspectiva deste tema. Alguns utilizam esta própria expressão, como Mendes (2001), Portela (2003, 2007), Campos & Amaral (2007) e Gonzáles (2003), enquanto outros trabalham com expressões como “gestão da assistência à saúde” e “gestão do cuidado à saúde”. O referencial teórico-conceitual utilizado por esses autores é o da Governança Clínica (*Clinical Governance*) no Reino Unido ou da Atenção Gerenciada (*Managed Care*) nos EUA.

Mendes (2001) define Gestão Clínica como um conjunto de tecnologias de micro gestão dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado. Isto significa assegurar padrões clínicos ótimos, diminuir riscos, aumentar a eficiência e a efetividade da assistência. Envolve gestão da utilização de procedimentos clínicos, perfilização da clínica, gestão da patologia, gestão de casos, listas de espera e procedimentos expectantes, sistemas integrados de

informação, revisão do usuário (Ouvidoria) e protocolos / diretrizes clínicas de atenção à saúde. Este autor define gestão da utilização de procedimentos clínicos como um conjunto de técnicas de revisão destinado a reduzir as incertezas das práticas médicas. A revisão pode ser retrospectiva (através de auditoria de prontuários, avaliando a concordância entre procedimentos feitos e padrões pré-fixados), prospectiva (exigindo pré-autorização para determinados procedimentos), concorrente (solicitando a outro médico ou a um gerente o plano de intervenção para verificar sua propriedade) e por pares (em casos complexos, as decisões clínicas são remetidas aos pares). Há ainda a 2ª opinião obrigatória, indicada para validar a indicação de determinados procedimentos (especialmente os cirúrgicos). Mendes (2001), em uma revisão de conceitos, define perfilização da clínica como “análise estatística e monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção”. Escolhe-se uma variável clínica (por exemplo, tempo de permanência hospitalar) e a compara com padrões pré-definidos para esta mesma variável. Gestão da patologia, segundo o mesmo autor, é uma “abordagem que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas (geralmente por patologias crônicas), em uma população adstrita, de forma a prover, precocemente, intervenção preventiva ou atenção adequada, objetivando melhores resultados com custos menores”. Gestão de caso ocorre quando um profissional ou uma equipe “diagnostica, planeja, implementa, coordena, monitora e avalia opções e serviços de acordo com as necessidades de uma pessoa, se responsabilizando pelo cuidado durante todo o processo clínico”. Listas de espera são utilizadas para “ordenar ou restringir o uso de serviços onde a demanda é maior que a oferta”. Procedimentos expectantes são aqueles relacionados a determinadas patologias onde o médico, respaldado por protocolos clínicos, espera vigilantemente sua evolução antes de intervir imediatamente. Sistemas integrados de informação “garantem a sistemicidade da rede de pontos de atenção à saúde” e envolvem

prontuários eletrônicos, centrais de regulação/agendamento e centrais de transporte de usuários (Mendes, 2001).

A Governança Clínica foi implantada no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (*National Health System – NHS*), a partir da segunda metade da década de noventa do último século. Surgiu como um movimento de reafirmação da confiança no *NHS* e também como uma proposta de integração de diversas iniciativas anteriores no sentido da melhoria da qualidade da assistência, que, nas décadas anteriores, ocorreram de forma isolada e fragmentada. Pode ser definida, como apontam Scally & Donaldson (1998), como um “modelo através do qual as organizações no *NHS* são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade de seus serviços de saúde e por altos padrões de segurança na assistência, desenvolvidos em um ambiente de excelência do cuidado clínico”. Portela & Martins (2007) destacam que, se antes a qualidade do cuidado era uma preocupação de escopo meramente profissional, atualmente a dimensão assistencial é central na gestão das organizações de saúde e nos processos de melhoria da qualidade. Donaldson & Gray (1998) lembram que nas décadas anteriores (anos 80 e 90), a melhoria da qualidade estava muito focada nos processos organizacionais e que a grande contribuição da Governança Clínica para o movimento de melhoria da qualidade foi trazer a decisão clínica para o contexto gerencial e organizacional. Halligan & Donaldson (2001) apontam que a Governança Clínica é o elemento central de uma estrutura que sustenta a garantia da qualidade do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. Como parte dessa estrutura há o Instituto Nacional de Excelência Clínica (com papel chave nos processos de incorporação tecnológica de equipamentos médicos e medicamentos, no desenvolvimento e validação de diretrizes clínicas, padrões de qualidade e ferramentas de auditoria clínica) e a Comissão para a Melhoria da Saúde (*Commission for Health Improvement*), com as funções de: (1) inspecionar a implementação da Governança Clínica; (2) fornecer retorno (*feedback*) às organizações locais do NHS, informando os progressos e

(3) reforçar o estabelecimento dos padrões de qualidade desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica. Há também uma equipe de apoio à Governança Clínica do NHS (*NHS Clinical Governance Support Team*), estabelecida em 1999, para apoiar o desenvolvimento e implementação da Governança Clínica, promover seus objetivos em todo o sistema de saúde e oferecer treinamentos/programas de desenvolvimento para as organizações de saúde do NHS e suas equipes clínicas. Esta equipe, que posteriormente foi incorporada pela Agência de Modernização (*Modernisation Agency*), desenvolveu um modelo para a disseminação da Governança Clínica nas organizações de saúde denominado “*RAID – Review, Agree, Implement, Demonstrate*”. Na primeira etapa, são revistas as crenças e normas (não escritas) tradicionalmente aceitas na organização na qual se pretende implantar a Governança Clínica. Estabelece-se então um ponto de partida, coletando evidências a respeito das boas práticas correntes. Em seguida, há a fase dos acordos (ou de contratualização), definida por esses autores como a fase de ganhar “corações e mentes”. É nela que são asseguradas alianças e parcerias e todos são envolvidos na definição da missão/visão daquela organização. A terceira etapa é a de implantação efetiva dos princípios da Governança Clínica e a última etapa é a de documentação das mudanças realizadas.

Donaldson & Gray (1998) destacam que qualquer gestor de saúde que pretenda implantar Governança Clínica em sua organização precisa criar um ambiente para que a excelência clínica prospere. E para isso é necessário:

- 1) estabelecer uma cultura de aprendizado organizacional – com um clima aberto, participativo e de questionamento, em que idéias e boas práticas são compartilhadas, onde educação e pesquisa são valorizadas e onde há estímulo para que as decisões sejam baseadas em evidências;
- 2) estabelecer uma estratégia global para assegurar a qualidade da assistência e alinhá-la aos objetivos dos profissionais, das equipes e da organização;

- 3) desenvolver instrumentos e indicadores para avaliação de melhoria da qualidade dos serviços prestados. Tempo de espera para atendimento e para consulta de retorno, número de exames repetidos solicitados por paciente são alguns exemplos de indicadores que buscam monitorar a eficiência e efetividade dos serviços de saúde;
- 4) investir no treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização;
- 5) fornecer suporte à prática clínica (garantindo boa infra-estrutura e fortes sistemas de gestão, continuamente melhorados - bibliotecas, tecnologias de informação, auditorias, etc.);
- 6) buscar parceiros que possam colaborar no processo de melhoria da qualidade;
- 7) envolver os pacientes no cuidado clínico, os colocando no centro da assistência (considerar seus valores e experiências, deixá-los participar na definição de qualidade, capacitá-los a participar plenamente dos processos decisórios, etc.);
- 8) assegurar um ambiente de segurança, onde problemas relacionados à qualidade do cuidado são reconhecidos precocemente, investigados e corrigidos e onde os erros cometidos geram aprendizados, que previnem outros problemas e sustentam as melhorias;
- 9) demonstrar “*accountability*” junto à sociedade (expressão sem tradução exata para o português, mas que envolve capacidade e transparência na prestação de contas);
- 10) ter lideranças poderosas, capazes de promover tamanha mudança de cultura organizacional em todos os níveis da organização.

Para Halligan & Donaldson (2001), uma liderança é considerada efetiva quando é capaz de comunicar e disseminar por toda a organização a visão, os valores, os métodos e ferramentas utilizados pela Governança Clínica. Para esses autores, Governança Clínica não pode ser desenvolvida nos serviços de saúde para fazer apenas o que parece ser o correto. Deve estar calcada em um plano de melhoria da qualidade, buscar a excelência na gestão das

informações em saúde e realizar mudanças na gestão dos profissionais de saúde e dos processos de trabalho. O campo de gestão de recursos humanos no modelo da Governança Clínica se caracteriza pelo forte estímulo ao trabalho em equipe (voltado para o objetivo comum de prestar um cuidado clínico de excelência) e por priorizar a educação continuada e os treinamentos como estratégias para o desenvolvimento máximo de conhecimentos, habilidades e potencialidades dos profissionais de saúde (Halligan & Donaldson, 2001; Scholefield, 2005).

Além de procurar valorizar estes profissionais (escutando suas queixas, preocupações, interesses, etc) e procurar estimulá-los a desenvolver práticas inovadoras, o modelo da Governança Clínica preconiza uma cultura de *não-culpabilização* pelos erros cometidos e a criação de ambientes de aprendizado contínuo. Reportar eventos adversos com este novo enfoque e discutir conjuntamente às circunstâncias envolvidas em cada caso é um exemplo de como se realizar uma abordagem sistêmica do erro. Scholefield (2005) destaca que a maioria dos erros resulta mais de deficiências do sistema como um todo que propriamente de apenas um indivíduo. Para ela, mais importante do que encontrar um só culpado, é identificar que fatores organizacionais criaram as condições locais para o erro. Essa seria uma maneira de impedir a ocorrência de novos eventos adversos. Para Donaldson & Gray (1998), embora falhas nos padrões de cuidado até possam derivar de fatores individuais como falta de habilidade, conhecimento, motivação, atitude ou capacidade de trabalho em equipe, em grande parte das vezes as falhas advêm dos níveis organizacional e sistêmico (falta de infraestrutura, comunicação intra-organizacional deficiente, sistemas gerenciais e lideranças frágeis, cultura de não valorização da educação / pesquisa, etc.).

Quanto ao plano de melhoria da qualidade, Halligan & Donaldson (2001) destacam que este deve fazer parte do planejamento estratégico de toda a organização e ser desenvolvido no ambiente de trabalho das equipes (e não apenas elaborado pelos gestores da organização).

Deve ainda ser baseado em uma avaliação objetiva das necessidades e pontos de vista dos pacientes e ter como objetivo, avaliar o desempenho da organização de saúde, comparando seus resultados aos padrões de boa prática clínica e aos resultados de serviços similares considerados de excelência. Mason et al (2005) descrevem um ciclo de melhoria da qualidade: primeiro se procura obter evidência sobre a efetividade de determinadas intervenções e processos. A seguir, são desenvolvidas diretrizes, baseadas em evidências científicas, onde ficam estabelecidos padrões a serem atingidos, em um período de tempo. Então, em processos de auditoria, são desenvolvidos instrumentos de avaliação de mudança (na organização, nas condutas clínicas e na utilização dos recursos) e por fim, os resultados desses levantamentos e auditorias são utilizados em eventos educacionais (*workshops*, por exemplo) para tentar mudar o comportamento dos profissionais de saúde. Em outra abordagem, mas nesta mesma direção, Portela & Martins (2007) sistematizaram oito etapas de um processo de melhoria da qualidade: (1) identificar o problema de qualidade, buscando entender o que o faz um problema e em que direção se deve almejar a sua redução; (2) medir a magnitude do problema identificado; (3) definir o objetivo e estabelecer metas (continuamente modificadas na medida em que patamares melhores são atingidos); (4) definir estratégias para a redução do problema ou para a melhoria da qualidade do processo em foco; (5) registrar as estratégias / ações executadas de fato; (6) monitorar como a magnitude do problema vai se modificando no decorrer do tempo e como as mudanças observadas respondem às ações executadas; (7) identificar falhas no processo – ações que repercutem em resultados desfavoráveis; e finalmente (8) ajustar estratégias / ações, medindo o resultado.

Para que haja melhoria contínua da qualidade dos cuidados clínicos é fundamental o desenvolvimento da excelência na gestão das informações, que devem ser válidas, de qualidade, atualizadas e obtidas em tempo hábil para subsidiar a tomada de decisões, auxiliarem no planejamento e na formulação de políticas. Halligan & Donaldson (2001)

apontam que uma organização de saúde que pretenda estabelecer uma cultura de governança clínica precisa saber manejar adequadamente informação em saúde, desde a sua seleção até seu uso efetivo. As informações devem ser compartilhadas entre os diversos profissionais envolvidos na assistência, discutidas interdisciplinarmente em fóruns ou encontros periódicos e organizadas de forma a gerar consensos, protocolos e diretrizes clínicas. Nesses espaços compartilhados, são também elaboradas estratégias de implementação conjunta das recomendações e diretrizes, bem como propostas de melhoria na assistência. Tais propostas derivam da análise das queixas dos pacientes, dos resultados atingidos, da discussão dos incidentes clínicos e do *benchmarking* - comparação de desfechos clínicos entre serviços similares, objetivando atingir a grau máximo de qualidade dentro de um campo de práticas.

Sobre a característica do modelo da Governança Clínica de centrar a assistência no paciente e em sua família, Halligan & Donaldson (2001) apontam que isto pode afetar não só a responsividade e o desempenho dos serviços de saúde como também o processo através do qual as iniciativas de melhoria da qualidade são identificadas e priorizadas. Como assinalam Viacava et al (2004), responsividade é um conceito que está relacionado à expectativa do paciente (satisfação do usuário, aceitabilidade das práticas) e valorização das experiências do paciente, como por exemplo a livre escolha do tratamento.

Para Halligan & Donaldson (2001), é importante empoderar (*empower*) os pacientes com informações (de forma verbal, por escrito e em linguagem acessível), valorizar suas contribuições, aumentar sua participação no planejamento dos serviços de saúde e na eleição de prioridades, que devem estar ajustadas às suas reais necessidades. Isto implica em alterações na lógica de organização dos serviços de saúde e nas condutas dos profissionais que aí atuam. Um primeiro exemplo citado (de como o modelo de Governança Clínica se propõe a garantir uma assistência centrada no paciente e em sua família) diz respeito à abordagem de casos complexos (pacientes com muitas necessidades de saúde): ao invés de

múltiplas consultas, realizadas por diversos profissionais, em diferentes momentos (o que muitas vezes confunde os pacientes e atrasa o diagnóstico e a definição da conduta terapêutica), há um acompanhamento permanente de uma equipe multiprofissional, que trabalha com área adstrita. Inicialmente, este paciente recebe uma visita domiciliar de um membro desta equipe, que avalia suas necessidades, define que profissionais do restante da equipe serão necessários para o acompanhamento do caso e estipula junto ao paciente e sua família, de acordo com a conveniência destes, onde e quando serão os atendimentos.

Paciente, sua família e profissionais de saúde discutem, conjuntamente, os objetivos das intervenções clínicas propostas, as opções de tratamento e um plano de ação (que tem o compromisso de atender ao paciente em todo seu tratamento em no máximo seis semanas).

Além disso, o “foco no paciente” também é garantido quando os profissionais de saúde asseguram que estes possam entrar em contato em caso de emergência, para atender dúvidas ou ansiedades.

Outro exemplo de como a Governança Clínica se compromete com a assistência centrada no paciente e em sua família são as Ouvidorias externas. Com a função de ouvir e procurar atender as críticas e sugestões dos usuários dos serviços de saúde, elas permitem à gestão tomar conhecimento de suas reais necessidades.

Scholefield (2005) considera a capacidade de boa comunicação dos profissionais de saúde um dos aspectos mais importantes do cuidado clínico. Primeiro, porque mal-entendidos são fontes frequentes de queixas, reivindicações e acusações; segundo, porque, como pacientes em geral não tem conhecimento para fazer um julgamento de competência técnica, a probabilidade de um paciente ficar satisfeito com o cuidado recebido é muito maior se a comunicação tiver sido boa ou se o profissional de saúde tiver tido sensibilidade para lidar com situações onde algo tenha saído errado. A autora destaca também a importância de disponibilizar informações (de forma verbal e por escrito, em linguagem acessível) e fornecer explicações detalhadas sobre

procedimentos e tratamentos, além de saber lidar com as expectativas dos pacientes, ainda que estas possam ser fantasiosas. Três outras características da Governança Clínica são apontadas: a de trabalhar com gerenciamento de risco, auditorias clínicas e Medicina Baseada em Evidências.

Gerenciamento de risco implica identificar os riscos existentes nos processos de trabalho em saúde, investigá-los e quantificá-los em termos de frequência e gravidade, eliminar aqueles em que é possível intervir e reduzir os efeitos daqueles que não podem ser eliminados (Scholefield, 2005). Este tipo de gestão pode ser realizado através da criação e da manutenção de sistemas de monitoramento da segurança, através de auditorias, de treinamentos e utilização de diretrizes, e também através do aprendizado que provém da ocorrência de eventos adversos e de queixas.

Auditoria clínica é outra ferramenta utilizada no processo de melhoria da qualidade. Ela busca melhorar a assistência prestada e seus resultados através de uma revisão sistemática do cuidado clínico, comparando-o a critérios explícitos, que podem apontar a necessidade de mudanças. Onde estas se fazem necessárias, são implementadas (individualmente, nas equipes ou em todo o serviço) e monitoradas constantemente para confirmar se de fato promoveram melhorias da qualidade da assistência. A este processo, Scholefield (2005) denominou ciclo de auditoria.

Medicina Baseada em Evidências (MBE), que no contexto da Governança Clínica têm a função de fornecer suporte técnico aos profissionais de saúde, disponibilizando a melhor evidência clínica (até o momento) para uma determinada prática em saúde, é um tema bastante polêmico. Entre profissionais de saúde, no campo da gestão e até mesmo para o público em geral, há diferentes leituras do que representa, provocando entusiasmo em alguns e repulsa em outros. Em uma tentativa de estabelecer o que de fato é a MBE e o que não é, Sackett et al (1996) assim a definem: Medicina Baseada em Evidências é a “integração da

melhor evidência clínica externa disponível a respeito do que sejam boas práticas em saúde, provenientes de pesquisas científicas sistemáticas, com a *expertise* dos profissionais de saúde, traduzida no julgamento clínico individual, com a valorização da escolha do paciente”. Por *expertise* entende-se que seja a competência e capacidade de julgamento, adquiridas ao longo do tempo de experiência clínica e que se reflete em diagnósticos mais efetivos e eficientes e também no grau de atenção que esses profissionais dedicam às condições de seus pacientes, aos seus direitos e preferências nas decisões sobre o cuidado clínico. Por melhor evidência clínica externa disponível entende-se que seja aquela oriunda de pesquisas clinicamente relevantes, freqüentemente nas ciências básicas da medicina (ex: genética ou imunologia), mas, especialmente, centradas em pacientes, que são voltadas para a avaliação da acurácia e precisão dos testes diagnósticos, do poder dos marcadores prognósticos, além da eficácia e segurança de esquemas terapêuticos, de reabilitação ou prevenção. Por basear-se em um tripé, a MBE não pode ser considerada um livro de receitas de condutas clínicas, como no senso comum é colocada. Embora as mais fortes evidências científicas advenham de revisões sistemáticas, de meta-análises e de ensaios clínicos randomizados, restringir MBE a esses estudos é um reducionismo (muito freqüente inclusive). Sackett et al (1996) frisam que, embora a melhor evidência clínica externa possa informar o profissional de saúde e auxiliá-lo no processo de decisão clínica, ela não substitui a *expertise* profissional. Em última análise, não é o padrão – ouro, definido por esses estudos que determina a conduta profissional, e sim o julgamento clínico. Caberá ao profissional de saúde definir a aplicabilidade dos resultados desses estudos a cada caso, integrando as evidências clínicas externas disponíveis às condições e preferências de seus pacientes. Gomes (2001) destaca que, apesar de já haver fortes evidências em favor de determinados procedimentos, estes poderão não ser implementados em função de condições clínicas desfavoráveis, alto custo ou indisponibilidade destes em um determinado serviço de saúde. Lembra ainda que, para uma

ampla gama de questões que se impõem no dia-a-dia da prática clínica, em especial no caso de doenças menos comuns, não existem evidências de alta qualidade. Nestes casos, o que prevalece é a *expertise* do profissional. Para esta autora, a MBE é uma ferramenta que diminui o nível de incerteza da prática médica e que tem como objetivo diminuir as taxas de erros e condutas aleatórias na clínica, tornando o atendimento médico mais seguro, mais custo-efetivo e de melhor qualidade. Outra aplicabilidade da MBE citada seria auxiliar profissionais e gestores na seleção dos recursos tecnológicos a serem utilizados na prática clínica. Nas últimas décadas houve um grande avanço em termos de incorporação dessas tecnologias sem que necessariamente tenham sido bem estudados seus resultados. Em uma época onde o conhecimento médico se complexificou, em que o volume de novas informações no campo da saúde é enorme e diário, o tempo para atualização profissional é escasso e o assédio das propagandas oriundas da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos é enorme e constante, a MBE tem uma função de filtro. Para Sackett et al (1996) a MBE permite que o profissional incorpore informações selecionadas como relevantes, eficientes e baseadas em evidências científicas e direcionadas aos pacientes. Facilita ainda a tomada de decisão em relação às práticas de saúde, tornando-as mais conscientes, explícitas e sensatas. Esses autores também apontam que é freqüente a seguinte polarização: ou MBE é colocada com algo “que todos já fazem” ou como algo que “é impossível fazer na prática”. Para estes autores, as enormes variações nas práticas clínicas refutam o primeiro argumento. Já o segundo também é refutado pelo fato da MBE já ser utilizada em diversos serviços de saúde, além de discutida em programas de treinamento profissional, *workshops*, no nível de graduação e pós-graduações. Há também o equívoco em afirmar que a Medicina Baseada em Evidências está a serviço de um projeto gerencial de redução de custos: a idéia central é que médicos que aplicam MBE são capazes de realizar as intervenções mais eficazes em maximizar quanti ou qualitativamente a vida de seus pacientes. Isto pode aumentar os custos do cuidado clínico (no

caso de serviços necessários, mas subutilizados) ou diminuí-los: é importante lembrar que sem que haja nenhum tipo de regulamentação, muitos serviços são super-utilizados, sem a correta indicação, o que aumenta os custos sem os respectivos benefícios.

A MBE é também alvo de muitas críticas, por um de seus instrumentos: as diretrizes clínicas. Estas são “recomendações, desenvolvidas de forma sistemática, cujo objetivo é orientar médicos e pacientes sobre cuidados de saúde apropriados para determinadas situações clínicas” (IOM, 1990). “Contemplam indicações, contra-indicações, benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos, etc.) para grupo de pacientes definidos” (Portela, 2003) e podem se utilizadas nos campos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Portela (2003) destaca pelo menos cinco relevantes propósitos das diretrizes clínicas:

- 1) orientar a tomada de decisão clínica por pacientes e médicos;
- 2) educar indivíduos e grupos;
- 3) orientar a alocação de recursos na assistência à saúde (pode subsidiar políticas de cobertura de serviços e reembolsos);
- 4) fornecer elementos de boa prática médica (reduzindo a exposição de profissionais e instituições à responsabilidade por má prática);
- 5) avaliar e garantir qualidade na assistência.

A autora assinala que como as diretrizes clínicas incluem boas estimativas de resultados esperados (riscos, benefícios...), elas podem servir como uma base sólida para detecção de desempenho ruim dos serviços, prestação de cuidados clínicos inapropriados (onde as conseqüências negativas excedem os benefícios) e existência de padrões de super ou subutilização de serviços. Podem ainda contribuir para melhorar a comunicação entre pacientes e médicos, propiciando decisões conjuntas.

Portela (2003) menciona que o sucesso no desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas (uma das ferramentas utilizadas pela Governança Clínica) depende da participação e endosso das organizações profissionais e dos médicos reconhecidos como líderes nas áreas em foco.

Como apontam Halligan & Donaldson (2001), o principal desafio da Governança Clínica é transformar a cultura das organizações de saúde do Sistema Nacional de Saúde (*Nacional Health System – NHS*).

Clinica Ampliada e Gestão da Clínica: pontos em destaque

A seguir, serão apresentados dois *quadros – síntese* relacionados às perspectivas teórico-metodológicas Clínica Ampliada e Gestão da Clínica. No primeiro, foram destacados, na visão deste trabalho, os principais princípios e preposições destas duas abordagens. No segundo, estão descritos, de forma sucinta, os principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão utilizados na qualificação da assistência. Neste segundo quadro destacou-se: (1) os principais estímulos implementados pela gestão para que houvesse adesão dos profissionais de saúde às mudanças organizacionais propostas; (2) os principais dispositivos de suporte à clínica oferecidos por essas duas abordagens; (3) as medidas e ferramentas sugeridas para, na prática, haver gestão da qualidade.

Quadro 1: Princípios e preposições da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica

| | CLÍNICA AMPLIADA | GESTÃO DA CLÍNICA |
|--|---|---|
| P R I N C Í P I O S & P R O P O S I Ç Õ E S | <ul style="list-style-type: none"> • Clínica centrada nos sujeitos, capaz de ajudá-los na percepção sobre a vida e o adoecimento, compreendendo suas inserções nos territórios e em redes sociais e contribuindo para a co-produção de autonomia. Baseia-se na co-produção singular de sujeitos, acontecimentos, organizações e processos saúde-doença. • Preconiza que o profissional de saúde aplique a racionalidade científica considerando o saber popular, cultura, interesses e desejos dos pacientes, adaptando, com relativa autonomia, condutas diagnósticas e terapêuticas padronizadas às variações singulares. • Acolhimento com estratificação de risco • Equipes de referência (multiprofissionais/ interdisciplinares) • Projeto Terapêutico Singular (PTS): discussão interdisciplinar e prospectiva de casos clínicos complexos e /ou de alta vulnerabilidade, com propostas adequadas às necessidades singulares. • Compromisso com o cliente (pacientes no foco da atenção da organização), considerando seus valores e experiências nas decisões compartilhadas sobre o cuidado clínico • Planejamento estratégico e participativo • Unidades de trabalho/produção comandadas por gerentes profissionalizados e formadas por "equipes de referência" • Democratização da gestão (criação de espaços coletivos de co-gestão) Ex: colegiados de gestão, conselhos de gestão tripartite, assembleias com os usuários, discussões coletivas de projetos terapêuticos ou pedagógicos nas unidades de produção, "Roda" : arranjo formal (comissão ou conselho oficial) ou informal (reuniões) de interação entre sujeitos, destinado à discussão de temas prioritários para o grupo, à elaboração de contratos e projetos de intervenção. | <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de tecnologias de micro gestão dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado clínico (efetividade da assistência), assegurar padrões clínicos ótimos, aumentando a eficiência do sistema. Baseia-se na melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde e na busca por altos padrões de segurança na assistência, desenvolvidos em um ambiente de excelência do cuidado clínico. • Medicina Baseada em Evidência: melhor evidência clínica (proveniente de pesquisas científicas sistemáticas) + <i>expertise</i> profissional (julgamento clínico) + valorização da escolha do paciente • Gerenciamento de risco • Equipes de referência (multiprofissionais/ interdisciplinares) • Projeto Terapêutico individualizado • Colocação da dimensão assistencial como central na gestão das organizações de saúde e nos processos de melhoria da qualidade, envolvendo os pacientes no cuidado clínico, considerando seus valores e experiências, os deixando participar na definição de qualidade e processos decisórios • Planejamento estratégico e participativo • Preocupação com avaliação sistemática da qualidade dos serviços prestados e "accountability" - transparência na prestação de contas junto à sociedade • Estabelecimento de uma cultura de aprendizado organizacional: valorização da educação e pesquisa, das boas práticas e decisões baseadas em evidências |

Quadro 2. Principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão utilizados pela Clínica Ampliada e Gestão da Clínica para qualificação da assistência à saúde.

| | Clínica Ampliada | Gestão da Clínica |
|--|--|--|
| SUPOORTE À PRÁTICA CLÍNICA | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Garantia de infra- estrutura e condições satisfatórias de trabalho • Figura do Apoiador: análise das demandas do grupo, negociação de "ofertas" e pós-análise crítica compartilhada, tomada conjunta de decisões. • Personalização do sistema de referência e contra-referência: equipes de apoio matricial realizando educação continuada, em contatos diretos e horizontalizados. • Visitas interdisciplinares aos pacientes internados. • Novo padrão de relacionamento entre profissionais: ênfase na comunicação lateral como melhor forma de solução de problemas | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento das equipes em condutas baseadas em medicina baseada em evidências com utilização de diretrizes clínicas (suporte técnico-científico) • Garantia de boa infra-estrutura e fortes sistemas de gestão - bibliotecas, tecnologias de informação... • Auditorias clínicas |
| GESTÃO DA QUALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> • Criação de espaços coletivos para co-gestão (consultas, visitas domiciliares, grupos, atividades em espaços comunitários, "Roda", etc) onde se realiza a técnica "Apoio Paidéia". • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Contratos de gestão estabelecendo objetivos, responsabilidades clínico-sanitárias, metas, prazos, responsáveis, além de mecanismos de aferição e avaliação de resultados. • Alteração na inserção dos profissionais de saúde nos serviços (de vertical, como plantonistas para horizontal, como diaristas): facilitadores do vínculo terapêutico. • Reorganização estrutural dos serviços de saúde com horizontalização do organograma: eliminação de coordenações, gerências ou direções especializadas (médica, de enfermagem...) com formação de apenas dois níveis formais de decisão (colegiado de gerência e colegiados das unidades de trabalho) | <ul style="list-style-type: none"> • "Empoderamento" dos pacientes com informações, valorizando suas contribuições no planejamento dos serviços de saúde e na eleição de prioridades • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Gestão da utilização de procedimentos clínicos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, listas de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário (Ouvidoria) e Auditorias clínicas • Protocolos / Diretrizes clínicas de atenção à saúde • Instrumentos e indicadores para avaliação de melhoria da qualidade assistencial, da eficiência e efetividade dos serviços de saúde • Profissionalização e modernização gerencial • Plano & ciclo de melhoria da qualidade • Utilização de sistemas de gestão e tecnologias da informação • Estímulo à inovação |
| ESTÍMULO À ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Valorização profissional (escuta de queixas, preocupações e interesses) dando-lhes sensação de "pertencimento" aos projetos de mudança. • Combinação de remuneração fixa e variável (de acordo com cumprimento de metas) | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Valorização profissional (escuta de queixas, preocupações e interesses) |

Capítulo 5

Apresentação dos casos

Este capítulo apresenta inicialmente as duas experiências de qualificação hospitalar selecionadas neste trabalho, o caso do Hospital São João Batista (HSJB), localizado no município de Volta Redonda, no Rio de Janeiro, e o do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), localizado no município do Rio de Janeiro, no mesmo estado. Em seguida, apresenta-se um *quadro- síntese* (Quadro 3), destacando os principais dispositivos utilizados por estes hospitais na qualificação da assistência à saúde.

A experiência de qualificação da assistência hospitalar do Hospital São João Batista (HSJB), Volta Redonda, Rio de Janeiro

O HSJB é um hospital público, regional, secundário, localizado no município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro. Fundado em 1956, é uma autarquia de administração direta da prefeitura, que funciona com gestão autônoma e como unidade orçamentária. Suas receitas provêm do orçamento municipal (que cobre a folha de pagamento, representando 70% das despesas do hospital) e do faturamento SUS via AIH (para o custeio, pagamento de gratificação por desempenho aos trabalhadores e investimentos – que representa 30% das despesas do hospital).

O HSJB contava, em novembro de 1996, com 162 leitos, 719 funcionários, sendo o hospital de referência da rede básica do município e para municípios adjacentes. Possuía um pronto-socorro (adulto e infantil) de nível terciário de complexidade, ambulatórios de nível secundário de complexidade (diversas especialidades), centro de terapia intensiva para adultos, unidade intermediária, berçário patológico e enfermarias de clínica

médica, clínica cirúrgica, pediatria e gineco-obstetrícia. Além disso, dispunha dos serviços de radiologia (Rx, ultra-sonografia e tomografia), endoscopia, laboratório de análises clínicas além de um programa de internação domiciliar. Os funcionários eram contratados via CLT e possuía um plano de cargos e salários.

A partir de 1993, com assessoria de um técnico do Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa), da Unicamp, o HSJB iniciou um processo de mudança organizacional de grande impacto na cultura e vida organizacional. Foi implantado um novo modelo de administração gerencial, comprometida com a eficácia das ações, eficiência da organização, satisfação de seus clientes/usuários e transparência de gestão. Houve profissionalização e modernização gerencial, buscou-se a democratização da vida institucional (através da gestão coletiva e participativa em todos os níveis da organização), o compromisso com o cliente (colocando os pacientes no foco da atenção da organização) e preocupação com a melhoria da qualidade do atendimento, através da qualificação dos trabalhadores e introdução de uma política de avaliação do desempenho institucional com pagamento de gratificação às equipes por resultados atingidos. Além disso, a defesa da vida e os direitos de cidadania passaram a ser a nova missão do hospital, antes muito desprestigiado e sem legitimidade junto à população. (Cecílio, 2002; Cecílio et al, 2002)

O modelo gerencial adotado no HSJB se traduziu em um conjunto de dispositivos de gestão e coordenação do trabalho em saúde voltados para a melhoria da qualidade assistencial:

- 1) organograma horizontalizado com apenas dois níveis formais de decisão;
- 2) ênfase na gestão democrática e participativa com criação de colegiados (Colegiado de Gerência do hospital (CG) e Colegiados das unidades de trabalho (UT);
- 3) ênfase no trabalho de equipes multiprofissionais, organizadas nessas unidades de trabalho;

- 4) planejamento estratégico e participativo;
- 5) contratos de gestão entre as unidades de trabalho e a direção;
- 6) incentivo à comunicação lateral como melhor forma de solução de problemas cotidianos;
- 7) Grupo de apoio à gestão (GAG);
- 8) Secretaria executiva (SE);
- 9) criação de uma política de avaliação do desempenho institucional com pagamento de gratificação às equipes por resultados atingidos;
- 10) criação da CID – Comissão de Incentivo de Desempenho, com protagonismo importante na melhoria dos processos de trabalho (por exemplo, cobrança de melhor qualidade dos registros em prontuários e no acompanhamento da aplicação da planilha de indicadores de desempenho institucional;
- 11) ênfase na avaliação regular da qualidade dos produtos oferecidos e da satisfação dos clientes, através de questionário de avaliação da satisfação dos usuários;
- 12) rotinização dos processos de trabalho nas unidades de trabalho com utilização de protocolos;
- 13) profissionalização dos gerentes das unidades de trabalho e qualificação dos trabalhadores;
- 14) comissão de infecção hospitalar, comissão de revisão de óbitos e comissão de ética;
- 15) projetos terapêuticos individualizados (desenvolvidos por equipes multiprofissionais);

Os oito primeiros dispositivos supracitados foram aplicados com o objetivo de democratizar a vida organizacional e aumentar a participação dos trabalhadores na gestão do hospital; os demais foram implantados visando melhorar a qualidade do atendimento. Ao invés do

hospital ter uma estrutura altamente verticalizada, com muitas linhas de mando hierárquicas, centradas nos corpos funcionais (direção clínica, de enfermagem e administrativa), este passou a estar centrando nas unidades de trabalho ou de produção (organizadas de acordo com atividades-fim, assistenciais ou de apoio). Passou a ter um organograma achatado, com apenas dois níveis formais de decisão, os Colegiados das unidades de trabalho e o Colegiado de Gerência do hospital (CG). O Colegiado de Gerência, constituído pela diretora, assessores e os gerentes de unidades de trabalho, tinha as funções de elaborar o plano diretor do hospital e seu planejamento estratégico (incluindo o levantamento dos macro-problemas da instituição, a definição de operações a serem realizadas, com os respectivos responsáveis pela prestação de contas e prazos). Os Colegiados das unidades de trabalho, constituídos pelo gerente e pelos trabalhadores daquela unidade, tinham as funções de elaborar o planejamento estratégico da unidade (estabelecendo indicadores para o monitoramento do desempenho, metas a serem atingidas e discutindo resultados obtidos). Com reuniões regulares, com pauta prévia e todos com direito a voto, os colegiados também se destinavam a discutir, implementar e avaliar mudanças (dentro da governabilidade das equipes) e a resolver problemas do cotidiano. Apoiando o gerente de unidade, havia o Grupo de Apoio à Gestão (GAG). Sua função era colaborar no planejamento, na organização das informações, elaboração de rotinas e condução de questões do cotidiano. Analogamente, apoiando o Colegiado de Gerência do hospital (CG), havia a Secretaria Executiva (SE), com o papel estratégico de apoiar o desenvolvimento das funções gerenciais no nível das unidades, em consonância com o novo modelo gerencial. Diferente do GAG, envolvido mais em questões cotidianas, a SE encaminhava as decisões do colegiado de gerência do hospital às unidades, articulava os indicadores de desempenho e facilitava o aprendizado da comunicação lateral intergerentes. Tanto a SE quanto o GAG tinham ainda como funções apoiar o encaminhamento de decisões, a elaboração de pautas de reunião (com discussão dos temas a

serem abordados), o registro das decisões das reuniões e o acompanhamento da coleta de informações necessárias para a avaliação dos resultados através de indicadores. Em relação à profissionalização dos gerentes, estes tinham como funções: comando único das UT, promoção de uma gestão participativa com sua equipe, articulação dos saberes da equipe, comunicação lateral (intergerentes) para solução de problemas cotidianos e comunicação vertical (Colegiado da unidade de trabalho com Colegiado de Gerência), para prestação de contas do desempenho de sua equipe e discussão de questões previamente abordadas no Colegiado de unidade, mas que estavam fora da governabilidade das equipes... enfim, tentavam confluir os macro objetivos da organização (relacionados à missão do hospital) com os micro objetivos das unidades. Cabia ao gerente ainda garantir a qualidade e regularidade da coleta de informações de qualidade/confiáveis, utilizadas na construção dos indicadores, que alimentavam uma planilha de avaliação (Tabela 1). Esta planilha não media produtividade nem avaliava o trabalho isolado das corporações. Media sim a qualidade de processos de trabalho multidisciplinares, relacionados ao atendimento prestado à população. Era o instrumento-base da política de avaliação do desempenho institucional. Sobre a planilha de indicadores de desempenho:

“A planilha não consegue, nem tem a pretensão, de avaliar a missão institucional como um todo, significando apenas um esforço de iluminar, de forma bem direcionada e intencional, aspectos que a direção superior e as gerências intermediárias vão definindo como substantivos para a vida da organização em cada momento.”

Cecílio et al (2002: 1660).

“... A planilha é indutora de novas práticas ... introduz problemas nas agendas das equipes, intromete-se nos processos de trabalho ... é um reforço importante para a criação de uma cultura de responsabilidade e de uma postura mais ética diante dos usuários e dos

demais membros da equipe ... A planilha, neste sentido, cria transparências onde havia opacidades. A planilha revela”.

Cecílio (2002; 385).

Os principais objetivos da planilha eram: melhorar a qualidade do atendimento prestado à população, aumentar a adesão dos funcionários aos objetivos da instituição e o seu desempenho; diminuir o absenteísmo; e gratificar trimestralmente as equipes por resultados atingidos, reduzindo a defasagem salarial.

Para gerenciar a política de avaliação do desempenho institucional, o que incluía acompanhar a aplicação da planilha de indicadores, analisar os dados de produção e qualidade dos serviços prestados por cada unidade do hospital, definir os valores a serem distribuídos às equipes a cada avaliação trimestral e acompanhar os valores do fundo de desempenho institucional (criado para financiar a gratificação dada aos funcionários), foi constituída uma comissão (Comissão de Incentivo de Desempenho - CID), composta por representantes das unidades de trabalho e representantes do colegiado de gerência do hospital.

Este dispositivo de gestão (a planilha) não só facilitou o controle externo da organização (controle social, via conselhos de usuários) como também foi utilizado nos contratos de gestão entre o HSJB e a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (Cecílio, 2002; Cecílio et al, 2002).

Tabela 1: Planilha de avaliação trimestral de desempenho do Hospital São João Batista, Volta Redonda, Rio de Janeiro

| Coordenação | Indicador | Parâmetro | Pontuação |
|---|--|--|--|
| Clínica médica, cirúrgica, obstétrica, PS adulto, CTI neonatal | Número de reuniões realizadas pela equipe no trimestre | 3 reuniões (multiprofissionais) no trimestre, sendo uma por mês. | 3 reuniões: 5 pts 2 reuniões: 2,5 pts Menos de 2 reuniões: 0 |
| Clínica médica, cirúrgica, obstétrica, CTI adulto e Ambulatório | Qualidade no preenchimento dos prontuários | 100% dos prontuários preenchidos conforme protocolo | 80% a 100%: 5 pts 60% a 79%: 2,5 pts Menos de 60%: 0 |
| CTI adulto | Taxa de mortalidade / índice de Apache | Igual ou menor que 1,3 | Até 1,3: 5 pts Igual ou maior que 1,3: 0 |
| Clínica obstétrica | Taxa de cesáreas | 35% | Até 35%: 5 pts 36% a 40%: 2,5pts Maior que 40%: 0 |
| UTI neonatal | Taxa de infecção hospitalar | 35% | Até 35%: 5 pts 36% a 40%: 2,5 pts Maior que 40%: 0 |
| Clínica Cirúrgica | Percentual de cirurgias eletivas suspensas | 30% com decréscimo de 5% a cada semestre | Até 30%: 5 pts 31% a 35%: 2,5 pts Mais de 35%: 0 |
| Laboratório | Tempo médio transcorrido entre solicitação de exame (hemograma, glicose, EAS) pela urgência e entrega do resultado | 30 minutos | Até 30 minutos: 5 pontos 31 a 35 minutos: 2,5 pts Mais que 35 minutos: 0 |
| Imagem | Percentual de perda de exames radiológicos por erro técnico | Zero | 0 exames com erro: 5 pts 1% a 2%: 2,5 pts Mais de 3%: 0 |
| Suprimento | Percentual de medicamentos e materiais “sentinelas” que estouram estoque mínimo | Zero | 0: 5 pts 1% a 5%: 2,5pts Maior que 5%: 0 |
| | | | |

| | | | |
|---|---|----------|--|
| Manutenção | Tempo médio transcorrido entre solicitação e o conserto de “marcadores” | 12 horas | Até 12 horas: 5 pts 12 a 24 horas: 2,5 pts Mais de 24 horas: 0 |
| Recepção | Percentual de avaliação positiva pelos usuários | 90% | 90% a 100%: 5 pts 70% a 89%: 2,5 pts Menos de 70%: 0 |
| Recepção | Percentual de prontuários preenchidos devidamente | 100% | 90% a 100%: 5 pts 60% a 89%: 2,5 % Menos de 60%: 0 |
| Processamento de roupas, nutrição e dietética e serviços gerais | Percentual de avaliação positiva dos usuários | 90% | 90% a 100%: 5 pts 70% a 79%: 2,5 pts Menos de 69%: 0 |

Tabela extraída de: Cecílio, L. C.O; Rezende, M. F. B; Magalhães, M. G.; Pinto, S. A. **O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública vol.18 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002

Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), Rio de Janeiro – sistematização do atendimento à dor torácica na emergência.

A experiência descrita a seguir é a de um projeto-piloto de qualificação da assistência ao infarto agudo do miocárdio (IAM) em emergências hospitalares do SUS, realizado no Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), no Rio de Janeiro.

O programa “Dor torácica HGB” foi fruto da junção de um projeto interno de capacitação e treinamento para o diagnóstico e atendimento da dor torácica (desenvolvido pela equipe de cardiologistas deste hospital) e a pesquisa científica “Construindo estratégias e avaliando a implementação de diretrizes clínicas no SUS”, realizada para o CNPq. Alguns dos objetivos desta pesquisa foram:

- identificar estratégias para a efetiva implementação de diretrizes clínicas no SUS, visando obter assim resultados clínicos mais satisfatórios;
- identificar fatores facilitadores da adesão de profissionais de saúde e pacientes a protocolos baseados em evidência científica;

- monitorar a adesão às diretrizes e os resultados assistenciais produzidos;

(Portela, 2007).

Para o programa de capacitação no atendimento ao IAM, a equipe de cardiologistas do HGB elaborou um material educativo/de sensibilização específico para os diversos profissionais ligados à assistência (incluindo vigilantes, maqueiros e recepcionistas, além dos profissionais de saúde), baseados em uma síntese da III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Foram criados, crachás, *bótons*, livreto, e folder de bolso, com conteúdo adaptado ao nível da função de cada categoria profissional. (Anexos 1, 2 e 3).

Para avaliar o impacto do programa de capacitação sobre a qualidade da assistência prestada no atendimento ao IAM foi elaborado e aplicado um questionário, que posteriormente foi utilizado na construção de indicadores da qualidade da atenção ao IAM na emergência antes e após a implementação de estratégias de divulgação das diretrizes clínicas e do treinamento das equipes da emergência em condutas baseadas em evidência científica. A coleta de dados foi realizada nos prontuários e os indicadores utilizados foram selecionados e adaptados a partir dos estudos do projeto GAP (*Guidelines Applied in Practice*) e da III Diretriz da SBC (SBC, 2004). Os principais resultados desta experiência serão descritos no capítulo a seguir.

Capítulo 6

Análise das experiências de qualificação da assistência nos hospitais São João Batista e Geral de Bonsucesso.

A análise das duas experiências supracitadas focaliza os dispositivos e propostas que elas trazem no sentido da melhoria da qualidade assistencial hospitalar, exemplificando como, em situações concretas, são operacionalizadas as propostas teórico-metodológicas Gestão da Clínica e Clínica Ampliada. Embora o objetivo deste trabalho não seja comparar as experiências, serão destacados alguns aspectos relevantes em cada uma delas.

Abrangência e escopo

As experiências possuem abrangência e escopo muito diferentes. Enquanto no Hospital São João Batista (HSJB) as mudanças institucionais foram introduzidas ao longo de um período de dez anos, com monitoramento permanente dos resultados e ajustes ao longo do tempo, no Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) o período de trabalho foi de apenas alguns meses, tendo sido uma experiência pontual; um projeto-piloto de qualificação da assistência ao infarto agudo do miocárdio (IAM) em emergências hospitalares do SUS. Em relação à abrangência organizacional, enquanto no HSJB todos os setores do hospital foram abarcados pelas mudanças, no HGB apenas um setor do hospital (a Emergência) e apenas um cuidado específico (a atenção ao IAM) foram envolvidos.

Incentivos financeiros envolvidos no processo de qualificação hospitalar

Enquanto no processo de melhoria da qualidade do HSJB houve muitos subsídios públicos e privados (via emendas parlamentares, investimentos REFORSUS, da Companhia Siderúrgica Nacional, contrapartidas da Secretaria Municipal de Saúde, etc) para investimentos (por exemplo, duplicação da área física do hospital, abertura de novos serviços e gratificação pecuniária aos funcionários por desempenho), a experiência no HGB contou apenas com os recursos provenientes da pesquisa científica para o CNPq, no escopo de um edital proposto pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde.

Adesão dos profissionais às mudanças organizacionais

Em comum, respeitando o porte de cada intervenção, pode-se dizer que ambas tiveram a preocupação com a adesão dos profissionais aos projetos de mudança e com o envolvimento multidisciplinar. Tiveram o cuidado de envolver todos os profissionais ligados à área assistencial, mesmo aqueles que atuavam indiretamente. Enquanto no HSJB os funcionários administrativos e de nível técnico foram incluídos nas discussões de melhoria da qualidade do cuidado clínico nas unidades de trabalho e via CID, no HGB, vigilantes, recepcionistas, maqueiros e técnicos em eletrocardiograma (e não apenas os profissionais de saúde clássicos – médicos e enfermeiros), foram incluídos na capacitação e treinamento no atendimento à dor torácica. Além disso, nas duas experiências, para que os profissionais aderissem aos respectivos projetos, foi fundamental a existência de lideranças importantes, com capacidade de disseminar os valores das propostas, com governabilidade para conduzir os processos e capazes de cativar e mobilizar os coletivos em torno dos objetivos institucionais. No HSJB, o principal ator estratégico foi a diretora do hospital que, segundo Cecílio (1998) “... *tinha o compromisso de resgatar o hospital e torná-lo um “hospital SUS” - de caráter público,*

comprometido com a qualidade e universalidade do atendimento, legitimando a instituição junto à população". O autor destaca ainda que isto serviu de "*cimento simbólico*" para obter adesão de vários outros atores estratégicos em torno do projeto, como técnicos e médicos detentores de grande prestígio junto ao corpo clínico. No HGB, a existência de cardiologistas líderes a frente do projeto (profissionais com grande experiência clínica e respeito de seus pares e subordinados) também foi fundamental para o sucesso obtido. Ainda como estratégias para obter adesão profissional, foram realizadas também, nos dois hospitais, campanhas do tipo "*Vista essa camisa*" junto aos funcionários. No HGB, foram desenvolvidos crachás, específicos para os diversos profissionais ligados à assistência (com conteúdo adaptado ao nível da função de cada categoria profissional), bótons alusivos ao programa "Dor torácica HGB" (Anexo 1) e um material didático, no formato de livreto e folder (Anexos 2 e 3), destinado aos profissionais de nível superior, particularmente aos médicos. A finalidade dos crachás era identificar, sensibilizar, motivar e integrar a equipe de atendimento em um programa de melhoria da qualidade do atendimento prestado à dor torácica na emergência hospitalar. O objetivo dos bótons era dar aos vigilantes, maqueiros e recepcionistas, além dos profissionais de saúde, a sensação de pertencimento institucional e, especificamente, ao programa. O livreto tinha como objetivo fornecer aos profissionais uma síntese das diretrizes assistenciais "*Recomendações para o tratamento do IAM*", em um formato prático e acessível. Já o folder de bolso (frente e verso), sendo um resumo do livreto em tamanho reduzido e contendo as condutas clínicas mais relevantes preconizadas pelas diretrizes clínicas, além de um fluxograma de atendimento ao IAM, tinha como objetivo auxiliar os profissionais em suas práticas clínicas cotidianas. No HSJB, a campanha do tipo "*Vista essa camisa*" junto aos funcionários do hospital para obter adesão ao projeto de mudança foi feito através dos uniformes e, principalmente, através do esforço na recuperação do orgulho dos funcionários em trabalhar em um hospital reconhecido pela população como "de bom

padrão”. Além dessas medidas, outras foram tomadas: pagamento de salários em dia, realização de investimentos na melhoria das condições de trabalho (nas áreas de apoio técnico-administrativo e assistencial) e introdução de uma política de avaliação e gratificação por desempenho. A própria planilha de indicadores, instrumento que possuía grande credibilidade junto aos trabalhadores, pode ser considerada um dispositivo de gestão para conseguir adesão às iniciativas de melhoria da qualidade assistencial e para confluência dos objetivos dos funcionários aos da instituição.

O fato da complementação salarial dos funcionários depender da classificação obtida pelo hospital em termos de qualidade, e este resultado ser em função da pontuação alcançada na planilha, reforçava a necessidade de envolvimento dos profissionais na busca da melhoria da qualidade.

Dimensões da qualidade consideradas

No HSJB as principais dimensões da qualidade trabalhadas foram o acesso/ acessibilidade, a eficiência, a efetividade e a adequação. A ampliação do acesso/ acessibilidade ao HSJB decorreu do conjunto de investimentos (financeiros e no campo da gestão) que ocorreram no hospital: duplicação de sua área física, abertura de novos serviços e melhoria de outros, aumento do número de leitos e de atendimentos realizados na emergência e maternidade, fim da segmentação da clientela (clientes SUS, particulares e de convênios com hotelaria diferenciada) e coibição de “pagamentos por fora” aos médicos.

Em relação ao aumento da eficiência da organização, alguns exemplos são: aumento do faturamento hospitalar, informatização do almoxarifado com melhor controle de estoques mínimos e críticos, padronização de materiais e medicamentos, estabelecimento de novas relações com os fornecedores e a otimização dos serviços de maternidade (antes com baixíssima taxa de ocupação).

Sobre a efetividade, segundo Cecílio (2002), após a introdução das mudanças organizacionais, mais de 80% dos pacientes avaliavam o atendimento, no momento da alta, como bom ou excelente, em vários aspectos investigados (hotelaria, recepção, cuidados médicos, de enfermagem e de outros profissionais, etc). Sendo a satisfação do usuário uma das medidas de resultado e resultado fazendo parte da efetividade, houve incremento desta dimensão de qualidade.

Sobre a adequação, contribuíram para a melhoria desta dimensão da qualidade os investimentos realizados no HSJB em qualificação dos profissionais de saúde, a promoção do trabalho em equipe (multiprofissional) nas unidades de trabalho, a realização de projetos terapêuticos individualizados por estas equipes, a discussão de casos clínicos, a rotinização dos processos de trabalho com utilização de protocolos, a melhoria dos registros em prontuário e as comissões (comissão de infecção hospitalar, de revisão de óbitos e de ética).

Contribuíram também para a melhoria da qualidade assistencial a maior agilidade na realização dos exames laboratoriais de urgência, a preocupação permanente em avaliar a satisfação dos usuários (através de questionário), a reconstrução / melhoria de diversos serviços (como por exemplo, a Emergência e os de apoio como os de nutrição e dietética e o de processamento de roupas), a profissionalização da gerência e a introdução da política de avaliação do desempenho institucional com gratificação por resultados. Vale lembrar que muitos dos indicadores utilizados na planilha de avaliação estão relacionados à qualidade técnico-científica (taxas de mortalidade no CTI, de cesáreas, de infecção hospitalar, percentual de perdas de exames radiológicos por erro técnico...).

Na experiência do HGB, as principais dimensões da qualidade consideradas foram a efetividade dos cuidados clínicos oferecidos no atendimento à dor torácica na Emergência, a segurança e a prontidão. Embora tenham sido usados fundamentalmente indicadores, segundo

classificação “Donabedian”, de processo e não de resultado, tais indicadores apresentam boa relação causal com resultados favoráveis (houve aumento na utilização de intervenções reconhecidas cientificamente como eficazes no tratamento do IAM, aumentando assim a efetividade dos cuidados clínicos). Outra dimensão considerada foi a da segurança: no grupo pós-treinamento houve diminuição de casos de iatrogenia. Enquanto no grupo pré-treinamento, betabloqueador foi prescrito, apesar da presença de contra-indicações e em 36% dos casos este fármaco não foi prescrito, apesar de não haver contra-indicação ao seu uso, no grupo pós treinamento, betabloqueador só não foi utilizado em pacientes com contra-indicações. Neste grupo também, em nenhum caso foi prescrito bloqueador de cálcio, o que está de acordo com as diretrizes para tratamento do IAM. Embora a dimensão da eficiência não tenha sido aferida, pois o estudo foi de curto prazo, sabe-se que um paciente infartado, recebendo cuidados mais efetivos recupera-se mais prontamente, com menos morbidades e menor custo global, no longo prazo. Em relação à questão da prontidão, sabe-se que esta é uma dimensão importantíssima na avaliação da qualidade da assistência ao IAM, uma vez o intervalo de tempo entre o início do quadro e o recebimento de assistência correta é um dos principais fatores determinantes da extensão do dano miocárdico.

Monitoramento da qualidade

Em comum, as duas experiências tiveram a preocupação de definir indicadores para o monitoramento dos resultados e da melhoria da qualidade após as intervenções propostas respectivamente. A diferença é que, enquanto na experiência do HGB todos os indicadores utilizados foram selecionados segundo a Medicina Baseada em Evidências (foram escolhidos aqueles com forte associação causal com melhores resultados), na experiência do HSJB, além dos indicadores relacionados à qualidade técnico-científica, foram utilizados outros,

construídos a partir de problemas cotidianos e relacionados à satisfação do cliente, à responsabilidade, interesse e compromisso dos funcionários junto ao público.

Foco no paciente

Em relação à questão “o cliente deve estar no foco de atenção da organização”, no HSJB isto se traduziu, na prática, em alguns dispositivos:

- 1) preocupação em avaliar permanentemente a satisfação dos usuários com os serviços prestados pelo hospital. De forma regular, um questionário de avaliação da satisfação dos usuários era aplicado, sempre pela mesma funcionária, a todos os pacientes no momento da alta hospitalar. Questões relacionadas à hotelaria, recepção, cuidados médicos, de enfermagem e de outros profissionais eram avaliadas;
- 2) realização de um projeto terapêutico individualizado, por uma equipe multidisciplinar, nas unidades de trabalho;
- 3) discussão multidisciplinar de casos clínicos;
- 4) criação de instâncias de controle social, como os conselhos de usuários, com acesso aos indicadores de desempenho institucional, garantindo aos mesmos participação nas decisões relacionadas aos cuidados prestados;
- 5) planilha de avaliação de desempenho contendo diversos indicadores relacionados à responsabilidade, interesse e compromisso dos funcionários junto ao público. Por exemplo, preocupação em diminuir o tempo de entrega de exames e de atendimento de pedido de manutenção nas instalações de pacientes internados (torneiras, pias, privadas...).

No HGB, de forma indireta, mas clara, a preocupação em reduzir a morbi-mortalidade do IAM automaticamente coloca o paciente no centro do cuidado. A melhoria da efetividade das intervenções no tratamento do IAM garante maior preservação miocárdica, mais rápida recuperação pós-infarto e melhor qualidade de vida no longo prazo.

Resultados

No HGB, após a implementação das estratégias facilitadoras da adesão às diretrizes clínicas, houve um aumento significativo na utilização de intervenções reconhecidas cientificamente como eficazes no tratamento do IAM. Alguns exemplos: aumento da prescrição de betabloqueador em 83% (de 51,3% para 93,9%), de inibidores da ECA em 22% (de 78,2% para 95,4%), de nitrato intravenoso em 35% (de 57,7% para 89,4%), de hipolipemiante em 69% (de 55,0% para 95,1%), de cateterismo durante a internação do IAM (de 21 para 92%), de trombólise (de 18 para 38%) e em mais de cinco vezes no uso de clopidogrel. Além disso, houve drástica redução da perda de oportunidade de reperfusão (de 72% para 18%) e diminuição de casos de iatrogenia: no grupo pré-treinamento, em 36% dos casos, betabloqueador não foi prescrito, apesar de não haver contra-indicação ao seu uso e, em três casos, o fármaco foi prescrito, apesar da presença de contra-indicação. Em nenhum caso do grupo pós-treinamento foi prescrito bloqueador de cálcio (o que está de acordo com as diretrizes para tratamento do IAM), e o betabloqueador só não foi utilizado em pacientes com contra-indicações. Outro resultado no grupo pós-treinamento foi a grande melhoria no preenchimento do formulário de coleta de dados. Uma conclusão do estudo “Construindo Estratégias e Avaliando a Implementação de Diretrizes Clínicas no SUS” sobre o programa de capacitação e treinamento implementado na Emergência do Hospital de Bonsucesso foi que ele apresentou impacto positivo na adesão às condutas baseadas em evidências científicas na assistência de emergência ao IAM, em um curto

prazo. Sugere ainda que a multiplicação dessas estratégias para outras unidades de emergência, ainda que com adaptações locais, pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio nas emergências hospitalares do SUS (Portela, 2007).

Os resultados alcançados pelo HSJB na qualificação do atendimento, segundo Cecílio (1998), são positivos. Primeiro porque foi uma experiência bem sucedida de mudança em uma organização governamental. O hospital cresceu, qualificou a assistência prestada à população, se legitimou junto à mesma e melhorou sua eficiência. Na maioria das avaliações de desempenho a que foi submetido atingiu bons resultados, ficando quase sempre classificado como “A” na planilha de indicadores. Sobre a adoção de um modelo de administração gerencial, o autor destaca que a gestão colegiada nos vários níveis, o planejamento estratégico da direção, a explicitação de compromissos com metas avaliadas por indicadores e a prestação regular de contas de resultados, contribuíram para a criação de uma cultura de responsabilidade e para criar novas relações contratuais entre direção e trabalhadores, baseadas na qualidade da atenção. Além disso, a criação de espaços coletivos de discussão e deliberação (os Colegiados das unidades de trabalho e o Colegiado de Gerência do hospital) e de uma comissão para gerenciar a política de avaliação de desempenho institucional (a “CID” – Comissão de Incentivo de Desempenho), em alguma medida, pode ser entendida como oportunidade para uma maior participação dos trabalhadores na gestão de seus processos de trabalho e também como movimento no sentido da democratização institucional e do conhecimento. Como destacam Cecílio et al (2002), a CID, formada essencialmente por trabalhadores de nível médio ou elementar, conseguiu trabalhar com grande autonomia em relação à direção do hospital, foi protagonista na condução da política de avaliação, foi capaz de intervir em muitos processos de trabalho das unidades, aproximando estes aos objetivos mais gerais da

organização. Conseguiu inclusive, exercer algum grau de controle externo sobre os médicos (ao cobrá-los melhor qualidade de seus registros nos prontuários), o que a colocou em contato com questões bastante complexas, como os mecanismos institucionais que protegem o segredo e a autonomia do médico. Outro indicador de que as mudanças organizacionais tiveram impacto positivo na vida dos profissionais foi a percepção do valor do trabalho no HSJB: os funcionários, comparando o “trabalhar no HSJB” *versus* “trabalhar em outros hospitais”, passaram a privilegiar o primeiro. Além da questão do orgulho em trabalhar numa instituição de bom padrão, a gratificação por desempenho, pelo menos parcialmente, reduziu a defasagem salarial dos profissionais em relação ao mercado, problema comum dos hospitais governamentais. Cecílio (2002). Outra mudança significativa ocorreu na forma de resolver os problemas cotidianos do HSJB: se antes predominava a lógica vertical das corporações ou por áreas de especialização (administrativa, apoio técnico, etc.), e os problemas eram encaminhados “para cima”, após a implementação das mudanças organizacionais, a comunicação lateral, sem intermediações da direção superior, passou a predominar entre os coordenadores e suas equipes.

“o modelo de gestão adotado pelo hospital, de recorte horizontal, com coordenação unificada em todas as unidades de trabalho, inclusive as assistenciais, com ênfase na gestão colegiada e participativa em todos os níveis, é facilitador da comunicação e da tomada de decisões necessárias para correção ou melhoria de algum indicador que se mostrar inadequado”

(Cecílio et al, 2002: 1661)

Dificuldades e limites das experiências

Algumas dificuldades apontadas por Cecílio (1998, 2002) na operacionalização do novo modelo gerencial proposto para o HSJB foram:

- 1) dificuldade de trabalhar com coordenações técnicas unificadas na área assistencial: os médicos, autônomos em sua prática, são, em geral, pouco integrados às equipes, recusam a coordenação da unidade por falta de tempo, não reconhecem a autoridade da enfermagem como coordenadora, não comparecem aos Colegiados de unidade, esvaziando este espaço. Há reprodução das práticas profissionais e as coordenações seguem verticais e por corporações;
- 2) difícil inserção dos médicos no novo modelo de gestão organizacional: geralmente os mesmos não se engajam no processo de mudança, não se sujeitam a avaliações institucionais ou a “contratos” com a gestão.
- 3) tendência de reconcentração de poder na direção superior (por exemplo, políticas de compras e de pessoal) com esvaziamento das funções do Colegiado de Gerência (em formular as políticas do hospital e avaliar o desempenho institucional): a Secretaria Executiva desloca-se “para cima”, torna-se uma espécie de “staff” da direção (“Diretoria Executiva”), concentrando um grande número de decisões;
- 4) aumento dos mecanismos verticais de controle e disciplinamento sobre os gerentes com diminuição de sua governabilidade: marcada divisão entre direção e gerentes (“nós” e “eles”), com queixas e desconfianças bilaterais, provocando grande mal-estar organizacional;
- 5) dificuldades na implementação da política de gratificação por desempenho: descuido, por parte dos gerentes, na qualidade da coleta dos dados necessária para a fidelidade dos indicadores que compunham a planilha de avaliação de desempenho e também na

- discussão de seus resultados com as equipes (burocratização da planilha), tendência de incorporação da gratificação ao salário e perda do caráter motivacional do dispositivo;
- 6) dificuldades com a Comissão de Incentivo ao Desempenho (CID): pouco conhecimento técnico sobre a planilha de avaliação de desempenho, limitando sua capacidade de interlocução com os demais trabalhadores e afrouxamento no rigor das avaliações.
 - 7) presença marcante de clientelismo por parte da administração municipal, do legislativo local e de candidatos políticos: pressões para atendimento privilegiado e para contratações.
 - 8) sobrecarga na Emergência do HSJB por deficiências no sistema de saúde local-regional.

Os limites na experiência do HGB foram relacionados aos resultados de longo prazo, ao tamanho da amostra e à incapacidade de extrapolação dos resultados. Embora os responsáveis pelo projeto no hospital (dois cardiologistas) tenham se empenhado na supervisão contínua dos profissionais pós-treinamento, não foi possível avaliar os resultados desta experiência de qualificação da assistência no longo prazo. Embora as frequências de óbito e parada cardíaca súbita tenham sido reduzidas no grupo pós-treinamento, não foi possível concluir se o treinamento teve algum impacto sobre o resultado devido ao tamanho de amostra. Além disso, pela amostra ter sido “não probabilística”, há uma maior chance de viés de análise e fica reduzida a capacidade de extrapolação dos resultados desta experiência para outros serviços.

Incorporação dos elementos teórico-metodológicos da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada nas experiências

Embora Gestão da Clínica e Clínica Ampliada sejam abordagens diferentes, em função dos referenciais teóricos nos quais se baseiam, muitas das proposições e dispositivos descritos por cada uma são bastante semelhantes. Ambas buscam a melhoria da qualidade das práticas em saúde, destacam a importância da assistência como uma dimensão central da gestão, colocam o paciente no foco do cuidado, enfatizam a necessidade da participação do paciente e de seus familiares nas decisões clínicas e preconizam que o trabalho em saúde seja oferecido por equipes multidisciplinares. Embora o programa “Dor torácica HGB” não tenha se configurado como um exemplo de aplicação da Gestão da Clínica como um todo, os referenciais teóricos utilizados no projeto (o da Medicina Baseada em Evidências e utilização de diretrizes clínicas), são dois pilares estruturantes da Gestão da Clínica. Além disso, o projeto tem importância por ser um relato de implantação bem sucedida de diretrizes clínicas em um hospital do SUS, tendo alcançado resultados clínicos satisfatórios.

A seguir (Quadro 3) estão listados, de forma esquemática, os principais dispositivos utilizados pelos hospitais São João Batista (HSJB) e Geral de Bonsucesso (HGB) para a qualificação de sua assistência. Foram destacados: (1) os principais dispositivos utilizados nessas experiências para apoiar a Gestão da Qualidade; (2) as principais ações para implementação da Política de Melhoria da Qualidade; (3) o gerenciamento de risco – como foi realizado; (4) as principais dimensões da qualidade trabalhadas nas experiências dos hospitais São João Batista (HSJB) e Geral de Bonsucesso (HGB).

Quadro 3. Dispositivos utilizados nos hospitais São João Batista (HSJB) e Geral de Bonsucesso (HGB) para a qualificação da assistência à saúde.

| | HSJB | HGB |
|---|---|---|
| APOIO PARA GESTÃO DA QUALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> Grupo de Apoio à Gestão (GAG): definição da missão da unidade, avaliação da satisfação dos usuários (preocupação central da gestão), análise permanente dos processos de trabalho, etc. Secretaria Executiva (SE): apoio para o desenvolvimento das funções gerenciais nas unidades. | <ul style="list-style-type: none"> Suporte técnico - científico via capacitação: Medicina Baseada em Evidências com uso de diretrizes clínicas |
| POLÍTICA DE MELHORIA DA QUALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização Rotinização dos processos de trabalho nas unidades de trabalho com utilização de protocolos Política de avaliação do desempenho institucional com pagamento de gratificação às equipes por resultados atingidos Projetos Terapêuticos INDIVIDUALIZADOS Implantação do modelo de administração gerencial com profissionalização e modernização da gestão (ex: profissionalização dos gerentes das unidades de trabalho) Comissão de incentivo de desempenho (CID): protagonista na melhoria dos processos de trabalho Planejamento estratégico participativo Questionário de avaliação da satisfação dos usuários (avaliação regular da qualidade) Ouvidorias externas Comissões (Infecção Hospitalar, Revisão de Óbitos e de Ética) "Contratos de gestão" Comunicação lateral para solução de problemas | <ul style="list-style-type: none"> Implementação de capacitação profissional (das equipes da Emergência) em condutas baseadas em evidências científicas Rotinização dos processos de trabalho nas unidades de trabalho com utilização de diretrizes clínicas Avaliação dos resultados alcançados com o processo de qualificação da assistência ao infarto agudo do miocárdio (aplicação de questionário "antes & depois" da capacitação) Projetos Terapêuticos PADRONIZADOS |
| GERENCIAMENTO DE RISCO | <ul style="list-style-type: none"> Acolhimento com estratificação de risco | <ul style="list-style-type: none"> Acolhimento com estratificação de risco (identificação precoce dos pacientes com dor torácica na Emergência) |
| DIMENSÕES DA QUALIDADE TRABALHADAS | <ul style="list-style-type: none"> Acesso/acessibilidade Eficiência Efetividade Adequação | <ul style="list-style-type: none"> Efetividade Segurança Prontidão |

Capítulo 7

Discussão

Lições da teoria X prática

Embora inicialmente, ao selecionar os casos a serem estudados, a escolha tenha sido a de utilizar experiências que aparentemente demonstrassem a aplicabilidade dos referenciais teóricos *separadamente*, o que se observou após a sistematização da literatura sobre Clínica Ampliada e Gestão da Clínica e análise dos casos foi que estes não podem ser considerados experiências “puras” de cada referencial teórico.

Em situações concretas, é difícil verificar exatamente que referenciais teóricos embasaram a realidade. Há freqüentemente uma mescla deles ou simplesmente, as mudanças organizacionais ocorrem sem que tenha havido exatamente a preocupação em buscar um referencial teórico.

Semelhança, antagonismo ou complementaridade?

A impressão deste trabalho após sistematização da literatura sobre Clínica Ampliada e Gestão da Clínica é que talvez haja mais pontos de semelhança e complementaridade entre estas abordagens que antagonismo. Ambas apresentam um conjunto de características e propostas comuns: (1) propõem um atendimento individualizado, realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, através de um projeto terapêutico personalizado; (2) enfatizam que este plano de intervenção deve ser construído a partir da interação entre o saber técnico (advindo da literatura científica e do conhecimento do profissional de saúde) e o saber popular dos pacientes, considerando seus desejos e preferências; (3) preconizam algum mecanismo de estratificação de risco; (4) apostam na capacitação, no treinamento e na valorização dos profissionais como estratégias para se obter adesão aos projetos de mudança; (5) consideram o

papel da liderança no sucesso na implementação de mudanças; (6) utilizam o planejamento estratégico participativo; (7) monitoram os resultados.

Mais do que compará-las, talvez o mais importante seja destacar que, embora utilizem “linguagens” diferentes, as duas abordagens teórico-metodológicas estão baseadas nos mesmos pilares da gestão da qualidade.

Êxitos das experiências consideradas neste estudo

O fato em si de haver, no SUS, hospitais preocupados com melhoria da qualidade da assistência prestada aos cidadãos já pode ser considerado um grande avanço frente ao baixo desempenho da maioria dos hospitais brasileiros. Nas duas experiências estudadas houve preocupação com o monitoramento da qualidade e com a melhoria dos indicadores institucionais. A utilização do questionário “antes & depois” da capacitação ao atendimento da dor torácica, no caso do HGB, e a planilha de indicadores de desempenho, no caso do HSJB, foram ferramentas centrais no processo de melhoria dos resultados da assistência. Pode-se dizer, inclusive, que a planilha foi exitosa no aspecto motivacional. Funcionava como um instrumento mobilizador para a melhoria da qualidade das práticas dos profissionais, uma vez que a pontuação da planilha de indicadores definia a gratificação pecuniária a ser recebida. Interessante ressaltar que, como a planilha envolvia todos os setores do hospital e pontuava de acordo com o resultado global da instituição, havia estímulo para a cooperação entre os profissionais e não para a competição. Ainda considerando a motivação para melhoria da qualidade, a decisão dos gestores de incluir todos os profissionais nas discussões clínicas dos dois hospitais parece ter sido ação muito potente para aderência às mudanças que estavam sendo propostas. Esta preocupação fez com que aumentasse a sensação de pertencimento ao projeto e fez parte do resgate do orgulho profissional, resultando em aumento do compromisso institucional dos funcionários. No caso específico do HSJB, a

inserção dos profissionais de saúde no hospital como diaristas e não como plantonistas parece também ter sido estratégico para aumentar esse comprometimento pessoal com a instituição.

Outro êxito decorrente da utilização de um instrumento de monitoramento da qualidade (a planilha) foi a mudança na cultura organizacional em relação ao erro. Como a premiação coletiva parte do princípio que se um setor não executa bem sua tarefa específica, todos deixam de ganhar o incentivo, um setor passa a fiscalizar o outro e os diferentes profissionais passam a colaborar entre si para que resultados globais sejam atingidos. Passa-se a fazer uma análise sistêmica dos erros, mais de co-responsabilidade e menos de culpabilização individual. O fato da planilha de indicadores ser dinâmica é interessante, pois o processo de melhoria da qualidade não cessa. É desafiador e estimulante a idéia de construção permanente de indicadores de qualidade, que vão sendo substituídos à medida que os problemas que deram origem a eles vão sendo resolvidos.

No caso do HGB, com a aplicação de questionário tipo “antes & depois” da capacitação, o estímulo vêm do próprio reconhecimento da necessidade de aprimoramento. Ao ser avaliado negativamente, o profissional tem a chance de reconhecer suas limitações e buscar com mais empenho atualização e treinamento. Para muitos, o conhecimento dos danos que passam a ser evitados pós-capacitação é motivador para mais estudo. Além disso, a decisão de simplificar diretrizes clínicas, no formato de folderes e crachás, as tornaram acessíveis. É bastante comum que profissionais repitam suas práticas, muitas já ultrapassadas, para não terem que passar pelo constrangimento (assim visto) de não dominar uma nova prática. O material didático utilizado na experiência do HGB, uma espécie de “cola” da teoria (as diretrizes clínicas), ajudou os profissionais neste processo de atualização, de forma sutil e eficaz. Os resultados expressivos em termos de redução da morbi-mortalidade por IAM pós capacitação e treinamento das equipes e pós utilização deste instrumental no HGB apontam que é possível “operacionalizar” a teoria. Fica claro que, se em um projeto piloto, implementado em um

curto espaço de tempo, o impacto nos resultados da assistência ao IAM foi grande, é possível melhorar a qualidade do outros cuidados clínicos com iniciativas deste tipo. Cabe destacar apenas que é fundamental que essas iniciativas de melhoria da qualidade sejam implementadas de forma mais sistêmica, englobando diversos pontos de atenção à saúde. Isso porque, como a população busca serviços de saúde de qualidade, ao encontrá-lo, como em um “oásis”, o divulga bastante, fazendo com que a procura por este bom serviço aumente muito. Isto o sobrecarrega, comprometendo novamente sua qualidade. Iniciativas isoladas tendem a trazer melhorias pontuais e transitórias nos serviços de saúde, sendo este um grande problema no SUS. Como ainda não há no Brasil uma política de Estado para a saúde pública, trazendo, por exemplo, um plano de cargos e salários para os profissionais do setor, quando há descontinuidade política, são substituídos gestores, profissionais de saúde e de apoio. Além disso, em função dos baixos salários e da falta de estabilidade nos empregos, estes trabalhadores estão sempre em busca de novos postos de trabalho. Essa grande rotatividade nos recursos humanos dificulta e compromete qualquer iniciativa de capacitação da mão de obra.

Descolamentos da realidade

Muito foi discutido a respeito da questão “foco no paciente” como elemento central de uma política de melhoria da qualidade da assistência em saúde. Embora nas experiências estudadas de fato tenha havido, em algum grau, esta preocupação, me parece que a operacionalização do princípio “foco no paciente” na maioria dos serviços de saúde brasileiros ainda está distante. Primeiro porque, em geral, não há uma cultura organizacional de compartilhamento das decisões clínicas. Tradicionalmente, a formação médica não enfatiza a valorização do saber popular, dos interesses e desejos dos pacientes nas decisões clínicas nem o hábito de partilhar suas decisões com outros profissionais de saúde. Médicos, em geral, seguem sua prática de

forma bastante autônoma, ouvindo pouco as contribuições de profissionais que dominam outros campos do saber. Segundo: como dizer que há foco no paciente sendo habitual na maioria dos hospitais públicos brasileiros a demora na obtenção de exames, procedimentos e cirurgias com muitos pacientes chegando a falecer por outras causas (negligência, iatrogenia, falta de insumos...) que não a que deu origem a sua internação? A responsabilização clínico-sanitária das equipes de saúde ainda é pequena e pouco enfatizada pela gestão, na forma de premiações ou punições. A proposta de se construir projetos terapêuticos individualizados, fruto de discussões multidisciplinares, ainda é incipiente. Na prática, em grandes hospitais, freqüentemente superlotados, esse tipo de discussão fica restrito a casos de extrema complexidade clínica. O prontuário, por exemplo, que deveria ser um espaço de troca de experiências e impressões clínicas, para registro do plano terapêutico elaborado por toda a equipe, é um bom exemplo da fragmentação da assistência. Na maioria dos serviços de saúde é apenas um local onde se registram decisões individuais, executadas por cada um dos profissionais de saúde que atendem àquele paciente. O próprio paciente, com freqüência, não tem acesso às impressões da equipe descritas no prontuário... Ainda que se possam criar comissões para avaliação do desempenho institucional ou que se tenham gerentes de unidades que busquem integrar as diferentes etapas do processo de trabalho em saúde, é comum os profissionais trabalharem com certa apatia, burocraticamente, mais preocupados com a execução de suas tarefas específicas e menos com a velocidade da execução das etapas do tratamento ou com o resultado final da assistência. A inserção vertical dos profissionais de saúde nos hospitais, na forma de plantonistas, também dificulta o seguimento de longo prazo dos doentes em seus projetos terapêuticos e contribui para este descompromisso.

Limitações deste estudo

A primeira limitação deste estudo refere-se à sistematização das abordagens teórico-metodológicas Clínica Ampliada e a Gestão da Clínica. Embora tenham sido consultadas diversas fontes para a revisão de literatura relacionadas a estas abordagens, não se configurou em uma revisão sistemática da literatura.

A segunda limitação do estudo é que, por se tratar da análise de apenas duas experiências e os critérios de seleção destas terem sido oportunidade / conveniência, os resultados obtidos não podem ser generalizados para outros serviços de saúde.

Além disso, o que talvez tenha sido uma idéia inicial (analisar experiências que demonstrassem a aplicabilidade dos referenciais teóricos *separadamente*) não foi possível. O que se observou com o decorrer do estudo dos casos foi que estes não podem ser considerados experiências “puras”, embasadas por *apenas um* referencial teórico. Nos textos que descrevem a experiência do Hospital São João Batista, por exemplo, há muitas referências teóricas que vão de encontro à Clínica Ampliada sem que tenha havido preocupação em adotá-la exclusivamente como pano de fundo da implementação da experiência.

Importante também destacar o caráter limitado da análise do caso do HGB como experiência-exemplo de implementação da “Governança/Gestão da Clínica”, uma vez que esta experiência não apresentou a abrangência organizacional característica deste modelo.

Em relação aos *quadros – síntese* elaborados nesta dissertação, importante destacar seu caráter limitado, uma vez que não foram construídos a partir de uma revisão sistemática. O objetivo destes foi apenas apresentar sucintamente características, propostas, dispositivos dos modelos e experiências descritas neste trabalho.

Perspectivas

Resgatar o prazer e o orgulho de trabalhar no campo da saúde, respeitando e valorizando a dor do outro que nos procura em busca de alívio de seu sofrimento é premente. Motivação para melhoria da qualidade em todos os níveis... Atrair mais investimentos para os setores do hospital que melhor tenham se saído em seus indicadores, inclusão do hospital em *rankings* de qualidade que os compare em termos de resultados atingidos, publicação de mais trabalhos científicos com foco na melhoria da qualidade dos serviços, inclusão da discussão de melhoria da qualidade nas sessões clínicas dos médicos...

Enfim, mudar a cultura organizacional de um hospital em relação à questão da qualidade assistencial é tarefa complicada, árdua de ser executada e que demanda tempo, muito tempo. Em propostas de mudanças complexas como as discutidas neste trabalho, que envolvem um grande número de profissionais, de diferentes setores e com diferentes formações, é muito difícil individualizar o “peso” de cada uma das intervenções no resultado global da experiência. Ainda assim, mesmo considerando a complexidade da implementação de ações semelhantes às sugeridas nestas experiências, é interessante estudá-las. A sistematização teórico-metodológica e o estudo de experiências bem sucedidas nos permite compreender os mecanismos que as tornam possíveis, trazem contribuições para pensar a melhoria da qualidade assistencial dos hospitais públicos e mantêm a perspectiva de que é viável melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo SUS.

Referências

- Abel-Smith, B. **Value for money in health services**. London; Heinemann; 1976. 230p.
- Almeida, C.M. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança**. *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (2): Rio de Janeiro, 1999.
- Ayres, J.R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. *Saúde & Sociedade*, 13 (3): 16-29, set-dez 2004.
- Azevedo, C. S. **Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. São Paulo; s.n; 291-296, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde, NEGRI, B. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Campos, G.W. S. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (1): Rio de Janeiro, 1997.
- _____. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (4): Rio de Janeiro, 1998.
- _____. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2): 393-404, Rio de Janeiro, 1999.
- _____. **Um método de análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda /** *Gastão Wagner de Souza Campos*. 2ª ed – São Paulo: Hucitec, 2000. 236p. – (Saúde em Debate; 131)
- _____. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. – (Saúde em Debate. 108. Série Didática; 6) pp. 229- 266.
- _____. **Saúde Paidéia /** *Gastão Wagner de Souza Campos*. - São Paulo: Editora Hucitec, 2003. (Saúde em Debate, 150)
- _____. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: Minayo C, *et al.*, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.
- 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**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4): 849-859, Rio de Janeiro, 2007.

Campos, G.W.S., Domitti, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 23 (2): Rio de Janeiro, 2007

Capra, F. O modelo biomédico. In: Capra, F. **O ponto de mutação A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente** / Fritjof Capra. – São Paulo: Editora Cultrix, 28 Ed., 1988. Cap 5 pp.116-155.

Carvalho, S.R, Cunha, G.T. **A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde.** In: Minayo C, *et al.*, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 837-868.

Cecílio, L. C.O; Rezende, M. F. B; Magalhães, M. G.; Pinto, S. A. **O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública vol.18 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002

Cecílio, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada** / Luiz Carlos de Oliveira Cecílio Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul-set, 1997.

_____. **A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança.** Revista de Administração Pública, 31 (3): 36-47, maio/jun. 1997.

_____. **Hospital São João Batista de Volta Redonda (RJ): testando as possibilidades e os limites de mudanças gerenciais em um hospital governamental,** 1998.

_____. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.4 (2): 315-329, Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos.** In: Agir em saúde: um desafio para o público. Organizadores: Emerson Elias Merhy, Rosana Onoko. – 2ªed. – São Paulo: Hucitec, 2002. – (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).

Chaves, M. M.: **Complexidade e transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, 22 (4): 07-18, Rio de Janeiro, 1998.

Contandriopoulos, A. P. **Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde?** / André-Pierre Contandriopoulos. Cadernos de Saúde Pública, 14 (1): 199-204, Rio de Janeiro, 1998.

Cunha, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica** / Gustavo Tenório Cunha. – São Paulo: Hucitec, 2005. 212p. – (Saúde em debate; 162)

Dias, D. C. **Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos: CADEM.** Revista Brasileira de Enfermagem; 49 (3): 315-32, jul.-set. 1996.

Dussault, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências.** Revista de Administração Pública; Rio de Janeiro, 26(2): 8-19, abr/jun 1992.

Donabedian, A. **Capacity to Produce Service in Relation to Need and Demand.** Aspects of Medical Care Administration, Cambridge (Mass.), Harvard University Press; 1973, pp. 418-485.

_____. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome.** In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor / Michigan: Health Administration Press, 1980.

_____. **Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.** In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, Ann Arbor / Michigan: Health Administration Press, 1980.

_____. **The seven pillars of quality.** Archives of Pathology Laboratory Medicine, 114: 1115-1118, 1990.

_____. **The role of outcomes in quality assessment and assurance.** Quality Review Bulletin, 18: 356-360, 1992.

Donaldson, L.J., Gray, J. A. M., **Clinical governance: a quality duty for health organisations** / Liam J Donaldson, J A Muir Gray. Quality in Health Care 1998; 7 (Suppl): S 37- S44.

Eisenberg, J. M. **Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns.** Medical Care 1985; 23: 461-83

Giovanella, L. **A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990.** Cadernos de Saúde Pública, 22 (5), Rio de Janeiro, maio 2006.

Gold, M. **Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market.** Health Services Research 1998; 33:625-52.

Gomes, M. M. **Medicina Baseada em Evidências Princípios e práticas** / Marleide da Mota Gomes. – Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2001.

Gonzáles, R. I. C et al. **Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11 (2), Ribeirão Preto, Mar/Abr. 2003.

Halligan, A., Donaldson, L. **Implementing clinical governance: turning vision into reality.** British Medical Journal, 2001; 322: 1413-7.

Hartz, Z. M. A., Contandriopoulos, A. P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”** / Zulmira M. de Araújo Hartz, André-Pierre Contandriopoulos. Cadernos de Saúde Pública, 20 Sup 2: S331-S336, Rio de Janeiro, 2004.

Horn, S.D., Hopkins, D.S.P. **Clinical Practice Improvement: A New Technology for Developing Cost-Effective quality Health Care.** New York: Faulkner & Gray, Inc, 1994, 271p. (Faulkner & Gray's Medical Outcomes and Practice Guidelines Library, v.I)

Institute of Medicine (U.S.); Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines; Field, M.J., Lohr, K.N. (editors). **Clinical Practice Guidelines: directions for a New Program.** Washington, DC: National Academy Press, 1990.

_____. **Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use.** Washington, DC: National Academy Press, 1992, 426p.

Junior, K. R. C. **A Biomedicina** / Kenneth Rochel de Camargo Jr **PHYSIS: Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 7(1): 45-68, 1997.

Lázaro, J. J. P. & Alegría, J. G. **Gestión Clínica: Metodología de desarrollo e implantación** (Juan José Pérez Lázaro & Javier García Alegría).

Mason A., Ingham, J., Parnham, J. **Making clinical governance work.** *Clinical Medicine,* 2005; 5: 122-5.

Mattos, R. A., Pinheiro, R. (org) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde** / Roseni Pinheiro & Ruben Araújo de Mattos, (org) Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. 228p.

Mattos, R. A., Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde** Ruben Araújo de Mattos & Roseni Pinheiro Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. pp.39-64.

Mendes EV. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 1999. p-62.

_____. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I e II** – Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001. pp. 14-34 e 132-141.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. pp 79-113.

Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. – (Saúde em Debate; 145) 189p.

Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J.B., Ghoshal, S. **O Processo da Estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados.** Porto Alegre, RS: Bookman Companhia Editora; 2006. pp. 312-325.

Motta, P. R. **Transformação Organizacional: a teoria e a prática de inovar.** Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2001.

Nogueira, R. P. **Trabalho e qualidade em serviços de saúde** / Roberto Passos Nogueira. Texto de apoio / Unidade 1 CADRHU- Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. EDUFRN: Editora da UFRN

Noronha, J. C. de, Soares, L. T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** Ciência e Saúde Coletiva, 6 (2), Rio de Janeiro, 2001.

Novo Dicionário Eletrônico Aurélio. Versão 5.0. Positivo, 2004.

Nunes, E. D. **Interdisciplinaridade: conjugar saberes.** Saúde em Debate, 26 (62): 249-258, Rio de Janeiro, set / dez 2002.

Nunes, R. Bianchi, A. M. **Ainda sobre os conceitos de paradigma e cânon como instrumentos de reconstrução da história do pensamento econômico.** Econômica, 4 (2): 153-176, 2002.

Onoko Campos, R. T. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3), Rio de Janeiro, 2005.

Onoko Campos, R. T., Campos, GWS. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: Minayo C, *et al.*, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.

Pires, D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem; 53(2): 251-63, abril-jun. 2000.

Portela, M. C. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da agência nacional de saúde.** Regulação & Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde, 2003 Consulta ao website: <http://www.ans.gov.br> em 25/09/2007

_____. **Construindo Estratégias e Avaliando a Implementação de Diretrizes Clínicas no SUS.** Relatório Final de pesquisa para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq Edital 37/2004 Sistemas e Políticas de Saúde – Qualidade e Humanização no SUS (Processo403431/2004-2) Concluído em 2007.

Portela, M. C., Martins, M. **Gestão da Clínica** Módulo 1 da Unidade de Aprendizagem 5 – Gestão da Qualidade em Saúde do Curso On-line de Gestão em Saúde, 2007.

PRO-ADESS. **Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro.** Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/modeloexp3.htm> [acessado em 16 de fevereiro de 2008].

Rebello, P. **Qualidade em Saúde** / Paulo Rebello Cap 4. pp.47-61.

Ribeiro, E. M., Pires, D., Blank, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cadernos de Saúde Pública, 20 (2), Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2004.

Sá, M. de C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência** / Marilene de Castilho Sá. São Paulo: s.n., 2005.-454p.

Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W, Haynes, R.B., **Evidence –Based Medicine: How to Practice and Teach EBM**. London: Churchill Livingstone, 2nd edition, 2000, 261p.

_____. **Evidence based medicine: what it is and what it isn't**. British Medical Journal, 1996; 312:71-2.

Scally, G., Donaldson, L.J. **Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England**. British Medical Journal, 1998; 317 (7150): 61-5.

Scholefield, H. **Clinical governance: what foundation doctors need to know**. British Medical Journal, 2005; v.66, nº 10 M42-44.

Silva, A. X. da, Cruz, E. A., Melo, V. **A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social**. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (3), Rio de Janeiro, maio/jun. 2007.

Silva, L. M. G. da **Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós- transplante de medula óssea (TMO): relato de caso**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 9 (4), Ribeirão Preto, 2001.

Silva, L.M.V. da; Formigli, V.L.A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública 10 (1), Rio de Janeiro, Jan./Mar. 1994

Silva, W. M. da. **Navegar é preciso: Avaliação de impactos do uso da Internet na relação médico-paciente**. São Paulo: 2006 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Smeke, M., Oliveira, S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: **Educação em saúde e concepções de sujeito** / Monteiro Smeke & Soares de Oliveira. Cap 5 pp. 115-136.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio**. Acesso em 30/07/08 em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TrataIAM.pdf

Starfield, B. **Acessibilidade e primeiro contato: a "porta"**. In: Starfield B, organizador. Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. Pp. 207-45.

_____. **Políticas de saúde para alcançar efetividade e equidade**. In: Starfield B, organizador. Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. Pp. 665-669.

Tarride, M. I. **Saúde Pública: Uma complexidade anunciada** / Mario Ivan Tarride. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 107p.

Teixeira, C. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Texto elaborado como contribuição aos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Dez. de 2000.

Travassos, C., Martins, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 2004; 20 (suppl.2): 190-98.

Traverso-Yépez, M. Morais, N. A. de. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento.** Cadernos de Saúde Pública, 20 (1), Rio de Janeiro, 2004, p.80.

Vasconcellos- Silva, P.R., Castiel, L.D., **Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências.** / Paulo Roberto Vasconcellos Silva; Luis David Castiel. Revista de Saúde Pública, 39 (3), São Paulo, 2005.

Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., Noronha, J. C. de, Novaes, H.M.D., Oliveira, E.S., Silvia Marta Porto, S.M., Silva, L.M.V.da, Szwarcwald, C.L. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva 9 (3), Rio de Janeiro, Jul./Set. 2004

Vuori, H. **A qualidade da saúde.** Texto apresentado originalmente com o título “Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde”, no Seminário de avaliação dos serviços de saúde – Aspectos metodológicos, OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, novembro (21 a 25) de 1988. Tradução: Maria José Lindgren Alves.

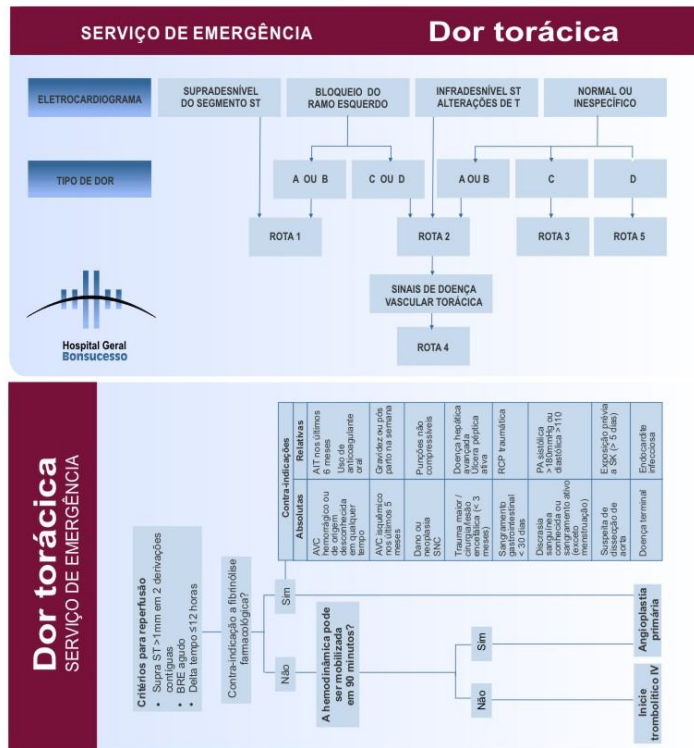
Whitehead, M. **The concepts and principles of equity and health .** Health Promotion International, Vol. 6, No. 3, 217-228, 1991.

Wennberg J. E., Fisher, E.S., Stukel, T.A., Skinner, J. S., Sharp S.M., Bronner, K.K., **Use of hospitals, physician visits and hospice care during last six month of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States.** BMJ 2004; 328 (7440): 607-11.

ANEXOS

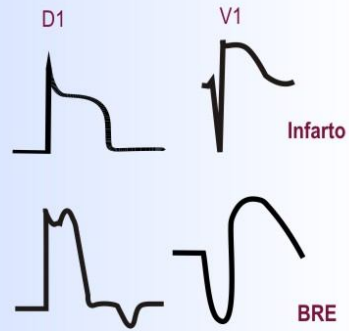
Livreto, folder, crachás e questionário utilizados na sistematização da atenção ao infarto agudo do miocárdio na emergência do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), Rio de Janeiro.

Anexo 1: Crachás





Dor Torácica HGB



Infarto ou BRE?
No meu papel se traça a rota



Ações que salvam vidas:

**AAS + estreptoquinase
reduzem a mortalidade
em 42%**

**Infarto do miocárdio
Não há tempo a perder**

DOR TORÁCICA

Procedimento Padrão (PPDT):

- Eletrocardiograma (ECG) 0h e 6h
- Acesso venoso periférico
- (Obs.-Para estreptoquinase: 2 vias)
- Oxigenioterapia 3 a 4 L/min
- Marcadores cardíacos 0h e 6h
- Rx de tórax após estabilização
- Ecocardiograma (se disponível)

Rotas 1 e 2

PPDT mais Monitorização não invasiva

Rota 3

PPDT, exceto ecocardiograma

Rota 4

PPDT, mais D-dímero e ecocardiograma transesofágico ou angiotomografia

Rota 5

PPDT não se aplica
Somente ECG e Rx-tórax na admissão



SINAIS DE INSTABILIDADE

1. Dispnéia
2. Hipotensão
3. Alteração do nível de consciência
4. ICC
5. Choque

Dor definitivamente não anginosa

- Desconforto bem localizado com o dedo
- Desconforto reproduzido por movimento ou palpação
- Dor constante com duração de dias
- Dor fugaz com duração de segundos
- Dor pleurítica: em pontada, relacionada a respiração ou tosse



TIPOS DE DOR TORÁCICA

A – Definitivamente anginosa

Dor/desconforto retroesternal ou precordial, precipitada pelo esforço físico, podendo irradiar para mandíbula, ombro ou face interna do braço e ter alívio com repouso ou nitrato

B – Provavelmente anginosa

Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa

C – Provavelmente não anginosa

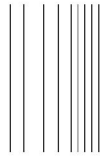
Faltam características da dor definitivamente anginosa, principalmente relação com esforço

D – Definitivamente não anginosa

Não tem nenhuma característica da dor definitivamente anginosa



Anexo 2: Livreto



Recomendações para o tratamento do IAM adaptadas a partir da III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio da Sociedade Brasileira de Cardiologia

INTRODUÇÃO

Pacientes que se apresentam com dor torácica na sala de emergência, usualmente representam um problema diagnóstico, principalmente quando manifestam dor torácica não específica, eletrocardiograma (ECG) normal e baixa probabilidade de doença cardíaca. Como cerca de 20-30% destes pacientes realmente apresentam doença coronariana aguda, os médicos da Sala de Emergência freqüentemente os admitem para investigação extensa e de alto custo. Por outro lado, é fundamental identificar rapidamente os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) e iniciar ainda na emergência condutas que reduzam a probabilidade de óbito. A abordagem atual dos pacientes com IAM considera basicamente aqueles que chegam ao hospital com ou sem supradesnível do segmento ST. A conduta terapêutica no IAM sem supradesnível do segmento ST aproxima-se muito daquela adotada na angina instável. No IAM com supradesnível do segmento ST ou com bloqueio de ramo esquerdo uma decisão importante é a indicação de reperfusão coronariana e qual o método de escolha.

As recomendações são baseadas em evidências científicas classificadas da seguinte forma:

Classe I: evidência ou concordância geral de que o tratamento é benéfico, útil e eficaz.

Classe II: evidência conflitante e/ou divergência de opinião quanto à utilidade e à eficácia do tratamento.

Classe IIa: forças das evidências/opiniões em favor da utilidade e da eficácia.

Classe IIb: forças das evidências/opiniões menos bem estabelecidas quanto à utilidade e à eficácia.

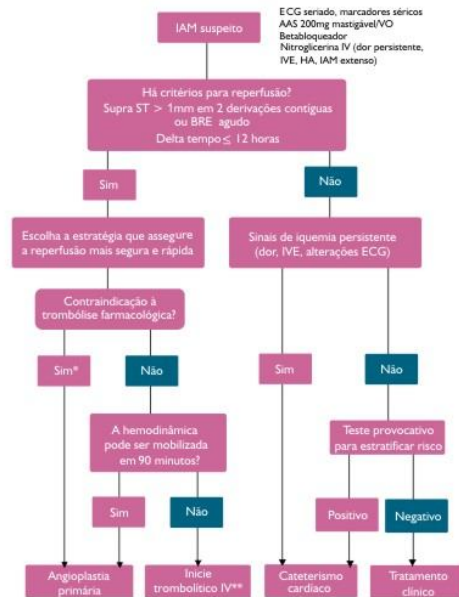
Classe III: evidência ou concordância geral de que o tratamento não é útil/eficaz e em alguns casos pode ser prejudicial.

Nível de evidência A: presença de múltiplos estudos clínicos randomizados.

Nível de evidência B: presença de um único estudo clínico randomizado ou de estudos não-randomizados.

Nível de evidência C: consenso de especialistas.

Anexo 3: Folder frente e verso



*Contra-indicações ao uso de trombolítico IV

| Contra-indicações absolutas | Contra-indicações relativas |
|--|---|
| AVC hemorrágico ou AVC de origem desconhecida em qualquer tempo | Ataque isquêmico transitório nos últimos 6 meses |
| AVC isquêmico nos últimos 6 meses | Terapia com anticoagulantes orais |
| Dano ou neoplasia do sistema nervoso central | Gravidez ou período de pós-parto na última semana |
| Recente trauma maior/cirurgia lesão encefálica (nos últimos 3 meses) | Punções não-compressíveis |
| Sangramento gastrointestinal no último mês | Ressuscitação cardiopulmonar traumática |
| Discrepância sanguínea conhecida ou sangramento ativo (exceto menstruação) | Hipertensão arterial não-controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg) |
| Suspeita de dissecação de aorta | Doença hepática avançada |
| Doença terminal | Endocardite infecciosa Úlcera péptica ativa Exposição prévia a SK (há mais de 5 dias) Gravidez |

AVC = acidente vascular cerebral; SK = estreptoquinase

** Dose de estreptoquinase: 1.500.000 U IV em 100ml de soro glicosado a 5% ou solução salina a 0,9% em 30-60 minutos.

Indicações para estudo hemodinâmico

- Angioplastia primária
- Angioplastia de resgate para trombólise sem sucesso
- Indicação clínica:
 - Choque cardiogênico
 - Insuficiência cardíaca
 - Complicações mecânicas (disfunção de músculo papilar, CIV)
 - Dor persistente
- Isquemia detectada em teste não invasivo pré-alta

Adaptado da III Diretriz da SBC, 2004

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO IAM

| Medicamento | 24h iniciais | Após 48h | Alta |
|--|--|---|---|
| Ácido acetilsalicílico (Clopidogrel ou ticlopidina em intolerância) | 200mg VO preferencialmente mastigados. | 200mg VO/dia | 100-200mg VO/dia continuamente |
| Reperfusion para supra ST ou BRE novo com ≤ 12h de início dos sintomas | Até 12h do início dos sintomas: farmacológica ou angioplastia primária. | Reperfusion com tPA pode ser repetida para oclusão recorrente. | |
| Heparina não fracionada | Em pacientes tratados com tPA, angioplastia, IAM sem supra ST, IAM anterior/extenso, dor persistente, trombo VE, alto risco de tromboembolismo sistêmico. Dose: bolus IV 60 U/kg (máximo 4.000U), infusão 12 U/kg/h (máximo 1.000 U/h para pac. > 70kg). | 48h com tPA; heparina SC para todos até a alta. | |
| Heparina de baixo peso molecular | Em IAM sem supra. Em pacientes não tratados com trombolítico pode ser usada como alternativa à heparina não fracionada. Dose: 1mg/kg 2xdia SC. | Heparina SC até a alta ou até deambulação Uso profilático para trombose venosa profunda: 7500 a 12.500U 2x dia | |
| Betabloqueadores* | Metoprolol IV (até 15 mg divididos em 3 doses) ou atenolol IV (10 mg divididos em 2 doses) ou propranolol 20 mg VO 8/8h ou metoprolol 25 mg VO 12/12h ou atenolol 25 mg VO/24h ou carvedilol 3,125 mg VO 12/12h. | Ajustar até dose ideal: Metoprolol 50-100 mg 12/12h VO ou atenolol 50-100 mg 24/24h VO ou propranolol 40-80 mg 8/8h VO ou carvedilol 25 mg VO 12/12h | VO continuamente |
| Inibidores da ECA | Em paciente de alto risco (sinais/sintomas de insuficiência cardíaca, FE < 40%, infarto extenso) Dose inicial VO captopril 12,5mg 2xdia ou enalapril 2,5mg 2xdia. | Ajustar gradativamente até atingir dose-alvo ou máxima tolerada: captopril 50mg 3xdia ou enalapril 10mg 2xdia | Dose-alvo ou máxima tolerada VO continuamente |
| Nitroglicerina | IV por 24-48h na ausência de contra indicação | VO apenas na presença de isquemia persistente ou insuficiência cardíaca ou hipertensão arterial não controlada. | VO para isquemia residual |
| Estatinas | Dosar colesterol LDL preferencialmente nas 1 ^{as} 24h. Iniciar se LDL > 100mg/dl. | Alguns estudos recomendam em todos os casos, tendo como alvo LDL abaixo de 100mg/dl. | Indefinidamente se LDL > 100mg/dl |

*Cautela/contra-indicações relativas: FC < 60bpm; PR > 0,24seg; BAV 2°/3° grau; PAS < 100mmHg; diabetes insulino dependente; DPOC severa; asma; IVE severa.

Anexo 4: Questionário

ATENÇÃO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Identificação:

| | |
|--|-----------------------|
| Nome: | Prontuário: |
| Sexo: (1) masculino (3) feminino (9) ignorado | Idade: |
| Município de residência: | Número da AIH: |
| Procedência: (1) casa (2) trabalho (3) rua (4) PAM/centro de saúde (5) hospital público (6) hospital privado (7) outra (9) ignorado | |

| | |
|--|---|
| Data da admissão no PS: | Hora da chegada ao PS: __ h __ m |
| Data do início dos sintomas: | Hora do início dos sintomas: __ h __ m |
| Data da saída do PS: Motivo da saída do PS: (1) alta (2) transferência para UC (3) transferência enfermagem (3) transferência outro hospital (4) óbito (5) outra (9) ignorado | |

Fatores de risco:

| | |
|---|--|
| Hipertensão: (1) sim (2) não (9) ignorado | Tabagismo atual: (1) sim (2) não (9) ignorado |
| Dislipidemia: (1) sim (2) não (9) ignorado | Diabetes: (1) sim (2) não (9) ignorado |

Confirmação do diagnóstico de IAM:

| |
|---|
| ECG: (1) sim (2) não (3) sem ECG (9) ignorado |
| Enzimática: (1) sim (2) não (3) sem enzima (9) ignorado |
| Clínica: (1) dor típica (2) outra clínica (3) assintomático (9) ignorado |
| Diagnóstico: (1) IAM com supra ST (2) IAM sem supra ST (3) BRE (4) Angina instável |
| Se IAM com supra ST qual a localização: (1) anterior (2) inferior (3) anterior e inferior (9) ignorado |
| Data do diagnóstico de IAM: |

Gravidade:

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Classe Killip à admissão: | |
| (1) sem B3 sem estertor | (2) estertor até metade do pulmão |
| (3) estertor além metade pulmão | (4) choque |
| (5) com IVE Killip ignorado | (9) ignorado |

| |
|---|
| Fibrilação ventricular: (1) sim (2) não (9) ignorado |
| Parada cardíaca súbita: (1) sim (2) não (9) ignorado |
| Angina pós-infarto/reinfarto: (1) sim (2) não (9) ignorado |

| |
|---|
| Fibrilação atrial/flúter atrial: (1) sim, aguda (2) não (3) sim, prévia (9) ignorado |
| Bloqueio de ramo: (1) BRD (2) BRE (3) BRD+HBAE (4) BR alternante (5) Não (9) ignorado |
| BAV 2º grau: (1) Mobitz I (2) Mobitz II (3) não (9) ignorado |
| BAVT: (1) sim (2) não (9) ignorado |

Conduta:

| |
|---|
| Aspirina: (1) sim desde o 1º dia (2) sim depois do 1º dia (3) sim início ignorado (4) não (9) ignorado |
| Contraindicação à aspirina: (1) alergia (2) ap. digestivo (3) hemorragia (4) outra (5) não (9) ignorado |
| Clopidogrel: (1) sim (2) não |

| |
|--|
| Admissão em UTI: (1) sim (2) não (3) unidade intermediária (9) ignorado |
| Data da admissão na UTI: _____ Hora da admissão na UTI: __ h __ m |

| |
|--|
| Reperusão: Indicação de reperusão (ECG + deltaT): (1) sim (2) não (9) ignorado |
| Realização de reperusão: (1) sim, farmacológica (2) sim, angioplastia primária (3) não (9) ignorado |
| Contraindicação à trombólise: (1) não (2) história de AVE (3) dano ou neoplasia no SNC (4) trauma ou grande cirurgia recente (5) sangramento gastrointestinal (6) discrasia sanguínea ou sangramento exceto menstruação (7) HA severa não controlada (8) úlcera em atividade (9) gravidez (10) punções não compressíveis (11) uso prévio de estreptoquinase (12) outra (99) ignorado |

| |
|--|
| Se reperusão (1) sim, farmacológica ou (2) sim, angioplastia: Data da reperusão: _____ Hora do início da reperusão: __ h __ m Delta tempo entre início dos sintomas de IAM e admissão no PS: _____ horas (998 = indeterminado 999 = ignorado) Delta tempo entre início dos sintomas de IAM e início da reperusão: _____ horas (998 = indeterminado 999 = ignorado) |
|--|

Se reperfusão farmacológica:**Local da trombólise:** (1) emergência (2) UC (3) outro hospital**Trombolítico:** (1) estreptoquinase (2) rTPA (3) outro**Betabloqueador:**

(1) sim, venoso (2) sim, só oral (3) não (9) ignorado

Contraindicação ao betabloqueador:(1) não (2) bradicardia (3) PA sistólica < 100 mmHg (4) bloqueio
(5) asma/DPOC (6) doença vascular periférica (7) disfunção ventricular grave (8) outra**Inibidor da ECA:**

(1) sim (2) não (9) ignorado

Nitrato IV:

(1) sim (2) não (9) ignorado

Bloqueador de cálcio:

(1) sim (2) não (9) ignorado

Dosagem de LDL sérico:(1) sim, nas primeiras 24 h (2) sim, depois (3) não (9) ignorado **Valor:** _____mg/dl**Hipolipemiantes:**

(1) sim (2) não (9) ignorado

Cateterismo cardíaco:

(1) sim (2) não (3) prévio à internação (9) ignorado

Indicação do cateterismo:(1) angioplastia primária (2) isquemia pós-infarto (3) disfunção ventricular
(4) estratificação de risco (9) ignorado