



13.03 A reorganização funcional do hospital para a gestão clínica



O governo dos hospitais no início do século XXI ou como conseguir ser mais eficazes e eficientes, em um ambiente econômico em recessão que exige e pede mais e melhores serviços para os hospitais.

Autor: Manuel Santiñá Vila

*Direcció de Qualitat i Seguretat Clínica
Hospital Clínic de Barcelona*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Santiñá Vila M . A reorganização funcional do hospital para a gestão clínica [Internet]. Madrid:

Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



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



RESUMO

Neste mini tópico vamos abordar como os hospitais estão reorganizando-se para adaptar-se ao seu atual modelo de governo, o modelo da gestão clínica.

A gestão hospitalar passou por diferentes etapas, desde uma organização puramente administrativa, onde por um lado estava o Administrador que controlava as contas e, por outro lado, o Dirigente Médico que controlava os médicos, passando

pela incorporação das figuras dos Gerentes e das Diretoras de Enfermagem. A constante evolução do modelo de gestão, sempre à procura da eficácia e da eficiência, avança em nossos dias para o modelo de gestão clínica em que a administração está nas mãos dos profissionais da saúde.

Um pouco de história

- *Da gestão por processos à gestão clínica*
- *Objetivos do modelo de gestão clínica*
- *O modelo da gestão clínica*
- *Condição para a implantação e desenvolvimento da gestão clínica*
- *Desenho organizacional e funcional das unidades de gestão clínica*
- *Algumas reflexões sobre o modelo*
- *O futuro da gestão clínica*
- *Conclusões*
- *Referências bibliográficas*

Exige-se dos hospitais que realizem sempre a maior atividade possível com a melhor qualidade possível e com os recursos mais ajustados possíveis a essa atividade. Por isso, seu governo, sua gestão foi adaptando-se às exigências do ambiente no qual realizam seu trabalho, sem esquecer que a atenção ao paciente é seu motivo de ser. A gestão clínica parece que pode ser o modelo que permita dar a adequada resposta às exigências e demandas da sociedade atual.

Um pouco de História

No início do século XX foi criado, na Espanha, o Instituto Nacional de Previdência, implantando-se em 1919 o seguro maternidade e, em 1932, o de acidentes de trabalho. O Seguro Obrigatório de Doença (SOE), seguindo o modelo Bismark entra em vigência em 1944, estendendo-se progressivamente até atingir 85% da população em meados dos anos 70.

A Lei Geral de Saúde, promulgada em 1986, estabelece uma mudança transcendental na filosofia política da assistência médica de saúde, ao mudar o modelo de Assistência Social predominante até o momento (tipo Bismark) para um modelo de Sistema Nacional de Saúde (tipo **Beveridge**) baseado na

A Constituição espanhola de 1978 estabelece, no artigo 43, que o direito à proteção da saúde não esteja ligado ao trabalho ou ao nível de renda, mas que seja um direito de todos os cidadãos espanhóis (cobertura universal).

universalização do direito à assistência de saúde que é o nosso modelo atual.

A Constituição espanhola de 1978 estabelece, no artigo 43, que o direito à proteção da saúde não esteja ligado ao trabalho ou ao nível de renda, mas que seja um direito de todos os cidadãos espanhóis (cobertura universal). Por isso eles têm direito à prevenção, tratamento, reabilitação, promoção da saúde (modelo integral) independentemente de qual seja a sua situação econômica.

O financiamento dos serviços de saúde é feito com recursos públicos obtidos por meio dos impostos gerais do Estado complementados pelas contribuições à Assistência Social pagas pela população. A previdência é pública e a cobertura universal, mas com restrições na liberdade de escolha do usuário. Esse não pode ir onde ele quer, mas onde o sistema indicar. É um sistema que prima pela equidade, todos os cidadãos têm o mesmo direito de ser atendidos no serviço de saúde independentemente de onde morem ou de seu status social ou econômico, mas no qual a limitação do gasto comporta limitações na acessibilidade. Nem todos podem receber atendimento ao mesmo tempo. Isso depende da demanda e dos serviços disponíveis no sistema; dessa maneira são criadas listas de espera. Os serviços disponíveis dependem do orçamento que o Estado destina para os mesmos.

Esse modelo faz com que os hospitais públicos na Espanha sejam administrados por dirigentes eleitos e nomeados pelo poder político, visto que eles têm a responsabilidade de governá-los.

Este governo baseado numa organização hierárquica piramidal, tem desde seus inícios duas áreas bem definidas: a área da saúde e a área administrativa. Assim - e generalizando -, nomeava-se um Diretor Médico que regesse a área da saúde e um Administrador que governasse a área administrativa e se ocupasse da gestão contábil do Centro.

Posteriormente, a partir da Lei Geral de Saúde, foram criadas as figuras dos Gerentes dos centros. Alguém que tinha o poder de governar tanto a área médica como a administrativa, visto que, hierarquicamente, era quem ocupava o lugar mais alto no organograma do centro e era quem devia prestar contas à Administração do Estado que o tinha nomeado, mais tarde para a Autonomia correspondente, assim que comesçassem a ser transferidas as competências em saúde.

A partir da Lei Geral de Saúde, foram criadas as figuras dos Gerentes dos centros.

Nesse mesmo período, a Direção de Enfermagem assumia um maior protagonismo ao situar-se no organograma dos hospitais no mesmo nível que a Direção Médica.

O **controle do gasto** e o **aumento da eficiência** dos hospitais já eram uma preocupação e um objetivo político.

Era a época em que, para enfrentar o poder médico (eu decido o que prescrevo segundo o estado da ciência médica), os especialistas em gestão pensaram que o ideal era aumentar o poder da enfermagem para que atuasse como amortecedor desse poder. Assim, o Gerente que não se acostumasse a ser em suas origens um bacharel em ciências da saúde, senão um economista ou semelhante (advogado, engenheiro industrial, etc.) podia ter um aliado que também tivesse conhecimentos em ciências da saúde (alguém que entendesse e alguém que também entendia do assunto que era administrado).

Posteriormente, foram implantados nos centros contratos-programa e direções por objetivos com a finalidade de que os hospitais alinhassem com a sua produtividade aquilo que a Administração de Saúde precisava segundo o Planejamento e os Planos de Saúde que iam desenvolvendo em cada comunidade Autônoma.

E assim chegamos à terceira onda, a da **gestão clínica**.

Tabela 1: Possíveis etapas na gestão hospitalar

Etapas na Gestão de Hospitais	Tipo de Organização	Quem administra
Primeira Onda	Hierárquica Piramidal centralizada porem desdobrada	Duplo Poder: Administrador – Diretor Médico
Segunda Onda	Hierárquica Piramidal centralizada	Gerente
Terceira Onda	Hierárquica Piramidal descentralizada	Diretor de Instituto de Gestão Clínica (DIGC)
Quarta Onda (hipótese)	Hierárquica Piramidal descentralizada	Duplo Poder: DIGC - Cidadãos
Quinta Onda (hipótese)	Plana, por responsabilidades	Comitê Misto Hospital-Área da população de Saúde

Da Gestão por Processos à Gestão Clínica

Na história moderna dos centros de saúde espanhóis, a partir da promulgação da Lei Geral de Saúde de 1986 observa-se que as tentativas de modernização das estruturas de gestão dos hospitais tiveram como objetivo melhorar a eficiência dos mesmos, visto que foi constante o aumento nos orçamentos de funcionamento e do gasto de saúde em geral, exceto em períodos em que a economia ficou estagnada ou diminuiu, como o momento que estamos vivendo desde 2010.

Essa busca da **eficiência** (fazer mais com menos ou com os mesmos recursos) passou por duas ideias: conseguir melhorar as formas em que as pessoas trabalham, evitando passos desnecessários, duplicidades, erros, conseguindo que cada profissional faça o que corresponda em todo momento e o faça corretamente (conceito de gestão por processos) e conseguir que o profissional da saúde (médico principalmente, mas também a enfermagem) não gere mais gastos do que o orçamento do centro pode suportar.

A **gestão por processos**, também chamada em seus inícios reengenharia de processos, chegou ao setor de saúde na década de 90 a partir do setor industrial, e ainda é uma metodologia de gestão muito utilizada porque permite melhorar os processos de saúde eliminando tudo aquilo que não gera valor para o produto final. Com isso procurou-se baratear os custos dos processos, melhorar a qualidade e dar uma maior satisfação para o cliente final, o cidadão que [recorre / vai] ao hospital ou centro de atendimento primário para que resolvam seu problema de saúde.

Tabela 2: Objetivos da Gestão por Processos

1. Situar o paciente no centro da organização; devido a isso todos os processos de saúde estão orientados a cobrir as suas necessidades.
2. Descentralizar e nivelar a estrutura organizacional dos hospitais para aproximá-la das necessidades do paciente.
3. Melhorar a eficácia, a eficiência e a qualidade dos processos produtivos através da padronização de processos e da protocolização de procedimentos baseados nas melhores práticas que a evidência científica reconhece.
4. Implicar e responsabilizar os profissionais de saúde na gestão dos serviços.

Dada a variedade de processos que ocorrem nos centros de

A gestão por processos, também chamada em seus inícios reengenharia de processos, chegou ao setor de saúde na década de 90 a partir do setor industrial,

saúde e dada a sua complexidade que aumenta, quanto mais especializado for e quanto mais tecnologia tiver um centro, significa que a sua implantação foi irregular.

A gestão por processos cria uma figura básica para que um processo funcione adequadamente e os objetivos perseguidos sejam alcançados, a figura do proprietário de processos, que pode ser um profissional médico ou de enfermagem e que não tem por que ser nem o máximo responsável pela unidade onde é realizado o processo nem tem por que ser um responsável hierárquico.

Ou seja, a gestão por processos tenta romper ou mudar a rígida estrutura hierárquica para conseguir, por meio do envolvimento dos profissionais, uma maior eficiência nos processos produtivos do hospital. Ao passo que empodera os profissionais para que eles sejam os responsáveis de que o processo seja realizado adequadamente, sem necessidade de que uma estrutura de controle alheia à unidade produtiva indique se isso está certo ou errado, no máximo eles recebem informação para adequarem o seu trabalho aos objetivos previstos no processo.

A **gestão clínica** é uma evolução lógica da gestão por processos que continua aprofundando-se na descentralização da estrutura organizacional e dá todo o poder ao clínico para que administre os processos de saúde que ocorrem na sua unidade ou serviço.

O objetivo é o mesmo que se tinha nas origens da história moderna dos centros de saúde, controlar os gastos. Gastar o que se deve gastar para prestar o serviço adequado, no momento adequado, com os recursos adequados e de acordo com o que o conhecimento médico reconhece como de boa prática.

A evolução do pensamento nas ciências da organização de empresas de saúde chegou a esse ponto de raciocínio, visto que ele/ela é o(a) médico(a) que decide que gasto realizar (prescrição do teste complementar, tratamento a seguir, intervenção cirúrgica etc.), pois ele é que possui os conhecimentos técnicos, o conhecimento de qual é a melhor boa prática. Então, por que não dar-lhe a responsabilidade de administrar o gasto que ele decidir?

Uma vez chegada à maioria na evolução da gestão dos

A gestão por processos tenta romper ou mudar a rígida estrutura hierárquica para conseguir, por meio do envolvimento dos profissionais, uma maior eficiência nos processos produtivos do hospital

A gestão clínica é uma evolução lógica da gestão por processos

centros de saúde, a figura do gestor externo, especialista em Management ou em Economia ou em Engenharia já não deve ser tanto a figura do chefe supremo ao qual é preciso obedecer e que controla o que é feito, aquilo em que se investe e aquilo que se gasta, mas também a figura do especialista, de outro tipo de especialista que pode ajudar o profissional de saúde a administrar sua unidade de negócio, facilitando a informação, as ferramentas e os conhecimentos que ele não possui.

Objetivos do modelo de Gestão Clínica

O modelo tem como objetivo administrar de forma eficaz, eficiente e com equidade, os escassos recursos destinados aos serviços de saúde, de maneira que seja possível oferecer um serviço satisfatório e seguro para a cidadania, cumprindo com os padrões conhecidos e reconhecidos de boa prática clínica.

O modelo de Gestão Clínica

O modelo coloca nas mãos do profissional de medicina a gestão das unidades produtivas, quer seja um centro de saúde, quer seja um serviço clínico ou cirúrgico hospitalar, um serviço central de diagnóstico ou uma unidade de diagnóstico ou tratamento especializado. Facilitando-lhe informação, conhecimento e ferramentas técnicas de gestão que, junto àquelas que o especialista tem em determinada área da medicina, deve fazer com que os objetivos do modelo sejam cumpridos, por quem melhor do que um especialista médico para decidir como, quando e de que maneira deve ser oferecido um determinado serviço de saúde. Por isso são dados os recursos, informação, suporte técnico, autoridade e responsabilidade.

A Gestão Clínica é, portanto, o governo dos serviços de saúde pelos profissionais da medicina que se responsabilizam pela sua gestão; para isso reestrutura-se a organização dos processos produtivos e administrativos do hospital para facilitar esta governabilidade que tenta minimizar o eterno conflito de interesses entre médicos e gestores com o objetivo de oferecer serviços eficazes, eficientes e de qualidade para os pacientes.

A Gestão Clínica é, portanto, o governo dos serviços de saúde pelos profissionais da medicina que se responsabilizam pela sua gestão

Condição para a Implantação e Desenvolvimento da Gestão Clínica

A Gestão Clínica é uma evolução dos modelos de gestão dos hospitais e por isso sua implantação deve ser realizada quando a organização onde se quer implantá-la esteja suficientemente madura para que isso tenha as mínimas possibilidades de sucesso.

Se for implementado quando a organização não estiver preparada, apenas porque é moda, cabe falar sobre isso e dizer que em nossos hospitais administramos por gestão clínica, mas é bastante certo que não serão alcançados os objetivos que esse modelo permite e que sua efetividade estará abaixo do que teria sido possível em outras circunstâncias.

Por isso é recomendável que o hospital seja maduro em:

1. Participação e Implicação dos profissionais da saúde na gestão do hospital e isso significa na tomada de decisões, não apenas clínicas ou de enfermagem.
2. Responsabilização dos chefes clínicos na gestão das unidades de saúde.

Isso é possível se o modelo de gestão existente antes da implantação do novo modelo o permitir; por exemplo, a Direção por Objetivos ou o Modelo Europeu de Qualidade (EFQM).

É preciso percorrer um caminho até chegar à implantação da Gestão Clínica, e esse caminho implica que no hospital tenha sido implantado e desenvolvido:

- Um **Modelo de Carreira Profissional** com critérios de avaliação claros e explícitos que permitam o crescimento e o reconhecimento dos profissionais com valia e de todo aquele que se esforça na organização.
- Um **Programa de Formação em gestão empresarial** para os comandos de saúde visto que serão os futuros responsáveis pelas Unidades de Gestão Clínica.
- Um **Sistema de Informação** potente e confiável, que

permita tanto o trabalho diário como poder dispor com facilidade de dados para a tomada das decisões adequadas, no momento oportuno.

- Uma **Reorganização funcional do organograma** do hospital para ir adequando-o à nova realidade organizacional.
- Uma série de **Mudanças na Cultura** da organização para ir facilitando a mudança que vai sendo proposta, quanto à implicação, responsabilização e participação dos profissionais na gestão do hospital.
- A **Gestão por Processos**, tendo o paciente como centro dos mesmos.
- Uma **Política de Comunicação** orientada a tudo isso.

O objetivo da Gestão Clínica é conseguir um maior engajamento do profissional de saúde na tomada de decisões não apenas clínicas, mas também de distribuição de recursos, isto é, que o médico compartilhe riscos, tanto na micro como na meso gestão.

Tabela 3. Aspectos da meso e microgestão hospitalar que devem ser desenvolvidos antes de implementar a Gestão Clínica

- Coordenação clínica e funcional, entre serviços e profissional.
- O paciente centro da organização, garantindo a continuidade do atendimento uma vez que tenha sido dada a alta hospitalar.
- Processos cada vez mais complexos, intervindo diferentes profissionais e até mesmo diferentes Instituições.
- Mudanças na estrutura organizacional das organizações para facilitar a tomada de decisões no nível onde é dada a assistência.
- Sistemas de Informação orientados a gerar conhecimento e facilitar a tomada de decisões.
- Empoderamento dos profissionais, delegação de responsabilidade.
- Qualidade e Segurança Clínica nos processos de saúde.
- Epidemiologia clínica, medicina baseada na evidência científica.
- Ética na tomada de decisões e na gestão dos processos de saúde.
- Responsabilidade na utilização de recursos disponíveis e na atribuição de novos recursos.
- Eficiência e Eficácia dos processos de saúde.
- Garantir a Equidade que rege o sistema de saúde.
- Satisfação dos pacientes.

O objetivo da Gestão Clínica é conseguir um maior engajamento do profissional de saúde na tomada de decisões não apenas clínicas, mas também de distribuição de recursos, isto é, que o médico compartilhe riscos, tanto na micro como na meso gestão.

Para isso é necessário gerar marcos de trabalho com dois atributos:

- **Máxima autonomia** - o gestor clínico tem que poder tomar decisões sem precisar ter de pedir permissão para isso, no marco de regras de jogo perfeitamente delimitadas pelo orçamento que administra, dos objetivos a serem alcançados e da qualidade do serviço que deve proporcionar.
- **Máxima responsabilidade** - o poder de tomar decisões implica ser responsável pelas mesmas. Responsabilidade no cumprimento do orçamento. Responsabilidade nos objetivos a serem alcançados. Responsabilidade na qualidade do serviço a ser dado.

Isso exige dois novos atributos que o gestor clínico deve ter:

- **Liderança** - a gestão clínica deve estar sob a responsabilidade de um líder clínico, alguém que reúna uma inquestionável categoria técnico-profissional (assistencial, científica, docente), uma inquestionável capacidade de gestão de profissionais qualificados com alto nível de conhecimentos.
- **Capacidade de Gestão de Equipes de Trabalho Especializadas** - o desenvolvimento de equipes de trabalho é fundamental para o bom funcionamento de uma Unidade de Gestão Clínica, seja um departamento, um serviço ou uma unidade de negócio. O líder é fundamental, pois ele é o elemento aglutinador e que traça o caminho a seguir, mas junto ao líder deve haver uma equipe que garanta o bom andamento da organização e a boa realização dos processos. A existência de uma boa equipe de trabalho é um indicador da bondade da liderança e da segurança na continuidade do caminho iniciado.

Desenho organizacional e funcional das Unidades de Gestão Clínica

A gestão clínica é um processo de descentralização da gestão, procurando a maior implicação do profissional de saúde na obtenção dos objetivos de gestão do hospital, para isso nivela-se a estrutura organizacional e é dada a responsabilidade na

direção dos serviços de saúde para os clínicos (as Unidades de Gestão Clínica).

O desenho organizacional e funcional dessas Unidades dependerá do tamanho, complexidade e características do hospital.

Uma Unidade de Gestão Clínica (UGC), pode ser desde uma Unidade de Diagnóstico ou Tratamento até um Serviço ou um agrupamento de Serviços, os denominados Institutos.

Idealmente, é preciso tratar que a implementação das UGC seja realizada em conjunto com os serviços de saúde do hospital, tanto médicos, quanto cirúrgicos, como nos serviços de apoio de tratamento e diagnóstico.

A existência das premissas já comentadas para o sucesso do modelo (carreira profissional, formação em gestão, sistema de informação, reorganização funcional, gestão por processos, comunicação, mudança cultural), junto com a existência de líderes clínicos capazes de tomar e aceitar essa responsabilidade, são as variáveis fundamentais a serem consideradas no momento de realizar a implementação das UGC.

As UGC devem ser desenvolvidas em um modelo de gestão descentralizado; por isso será nomeado Diretor quem tiver a autonomia e responsabilidade da gestão do orçamento do hospital que corresponde aos serviços que corresponde gerir. Isso incluirá todas as linhas correspondentes para o orçamento de: Pessoal, Farmácia, Material de Saúde, Material de Escritório, Gastos Gerais, Manutenção e Investimentos.

Da mesma maneira, serão designados os objetivos a serem cumpridos, que deverão estar alinhados com os objetivos do hospital, os quais por sua vez deverão estar alinhados com os objetivos que a Administração de saúde tiver definido para o Hospital.

Nem orçamentos nem objetivos de gestão devem ser impostos, mas devem ser frutos do diálogo e do conhecimento do ambiente no qual deve ser gerido o hospital (Objetivos da Administração de Saúde, Plano de Saúde da Área Populacional de Referência, Acreditação Hospitalar, Projetos de Segurança Clínica, Orçamento do Hospital, Características epidemiológicas do Setor ou Área de

As UGC devem ser desenvolvidas em um modelo de gestão descentralizado;

Saúde na qual trabalha o Hospital, Associações de Pacientes, Fornecedores, Compromissos Docentes, Projetos de Pesquisa) e, portanto, a UGC. É por isso que não pode ser improvisada a criação dessa figura que ocupa o cargo de Diretor da UGC; ele deve ter conhecimentos suficientes sobre a realidade da gestão do hospital e deverá estar envolvido na mesma.

O Orçamento da UGC incorporará também o que implica o funcionamento dos recursos estruturais da UGC, tais como unidades de hospitalização, consultórios, salas de exames.

O Diretor da UGC administrará os recursos humanos designados para a mesma, tanto o pessoal médico, como o de enfermagem, como o administrativo ou o de trabalho social ou qualquer outra categoria que em um determinado momento seja considerado adequado atribuí-la à UGC, com a finalidade de obter uma maior eficiência em seu funcionamento.

O Diretor, máxima autoridade da UGC, para o bom governo da mesma contará com o apoio de um responsável pela gestão da enfermagem e de um responsável pela gestão administrativa.

O Chefe de Gestão de Enfermagem administrará especificamente o pessoal da enfermagem (enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde ou zeladores), assim como os processos ou cuidados de enfermagem.

O Chefe de Gestão Administrativa administrará o pessoal administrativo, assim como os processos administrativos incluindo o controle de gestão da UGC.

O modelo descentraliza a gestão do hospital e também desenvolve ao máximo a participação dos profissionais na mesma, por isso a Equipe de Direção da UGC deverá contar com o apoio do resto dos profissionais de saúde da mesma, por isso será criado um Comitê de Direção (CD), cuja composição pode variar em função do tamanho da UGC. Se essa for um Instituto (agrupamento de serviços), no CD estarão os Chefes dos Serviços que formam o Instituto. Se a UGC for um Serviço, estarão os Chefes de Seção ou de Unidade. Também estará como mínimo um representante do corpo médico e do corpo de enfermagem. Se for um hospital Docente, estará também no CD o responsável pela Docência da UGC, assim como o responsável da Pesquisa.

O Orçamento da UGC incorporará também o que implica o funcionamento dos recursos estruturais da UGC, tais como unidades de hospitalização, consultórios, salas de exames.

Tabela 4. Componentes Básicos de uma Unidade de Gestão Clínica (UGC)

- Líder Clínico que atua como Dirigente
- Líder de Enfermagem que atua como Chefe de Enfermagem
- Líder Administrativo que atua como Chefe Administrativo
- Comitê de Direção formado pelos líderes e representantes significativos das categorias que compõem a UGC
- Orçamento de funcionamento combinado com a Direção do Hospital (o Orçamento inclui os objetivos a serem cumpridos e os recursos da UGC)

Um Instituto de Gestão Clínica (IGC) é um agrupamento de serviços médicos e cirúrgicos feito com critérios de afinidade no tipo de pacientes que são tratados.

Essa estrutura de gestão deverá redesenhar os processos de saúde da UGC de acordo com a nova realidade organizacional. Esta realidade organizacional pode abranger um serviço de saúde. Uma unidade funcional, uma unidade de apoio, um serviço central de diagnóstico ou pode abranger um agrupamento de serviços, nesse caso a UGC é denominada Instituto.

Um Instituto de Gestão Clínica (IGC) é um agrupamento de serviços médicos e cirúrgicos feito com critérios de afinidade no tipo de pacientes que são tratados. Exemplo: IGC do Coração, abrangeria os serviços de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular.

Nos IGC busca-se que a integração de especialidades médicas tenha uma lógica médica; por exemplo, os serviços de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular podem estar junto aos serviços de Pneumologia e Cirurgia Torácica e formar o Instituto do Tórax. Nesse caso, a afinidade não é apenas por tratar do mesmo órgão ou sistema, mas sim por tratar pacientes com patologia na mesma área do corpo humano.

A ideia ao organizar um IGC é que o paciente deva mover-se o menos possível dentro do hospital, pois o Instituto organiza seus processos e circuitos de saúde para atendê-lo da maneira mais eficiente e eficaz possível; por isso é um modelo centrado no paciente em que a estrutura organizacional dos diferentes serviços que formam o IGC se adapta às necessidades do mesmo, facilitando a coordenação entre profissionais ao compartilhar o mesmo processo assistencial e a mesma informação, independentemente de ser o serviço médico ou cirúrgico, de diagnóstico, de tratamento ou de reabilitação.

Para que um hospital conte com o IGC que cumpra com sua

função deve organizar-se com base em agrupamentos de tipos de pacientes, em função dos Grupos Relacionados pelo Diagnóstico (GRD) ou dos Códigos de Diagnóstico para a Alta da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Essa informação deverá permitir conhecer a dimensão do Instituto que está sendo configurando, visto que esse estará condicionado pelo número e complexidade dos pacientes que tratarão.

É preciso lembrar que o objetivo não é criar IGC ou UGC, mas ampliar a eficiência do hospital sem perder a eficácia, melhorando a qualidade assistencial e a segurança clínica; por isso, além das condições e requisitos já comentados para formalizar essas estruturas organizacionais, também é preciso considerar que exista uma demanda que justifique a sua criação. Essa demanda será definida pela população que morar na área geográfica de referência para o hospital e pela patologia prevalente nela. Isso formará a frequência hospitalar e nos indicará que o IGC é conveniente e que será desenvolvido com prioridade por estar perfeitamente justificada sua criação; também deverão ser estudados e ponderados outros fatores, visto que talvez não seja necessário criar um Instituto e seja suficiente organizar uma UGC.

Quando falamos de agrupamento, esse não só deve ser plasmado no plano teórico de um organograma; o hospital deverá estruturar os seus espaços para que fisicamente os serviços agrupados convivam juntos.

As UGC e os IGC terão plena autonomia de gestão, sem que o hospital perca sua pessoa jurídica. Não se trata de criar mini hospitais dentro do hospital, pois se correria o risco de que sejam criadas estruturas duplicadas, aumentando-se o organograma, e assim a eficiência buscada não será obtida. Os serviços de apoio podem variar em função do tamanho do hospital, tais como Sistemas de Informação, Manutenção, Recursos Humanos, Comunicação ou as próprias Direções Funcionais. Também varia em função do tamanho do hospital, tais como Direção Geral, Médica, Enfermagem, Econômico-financeira, Recursos Humanos, Engenharia, Qualidade, também terão que modificar o seu modus operandi, sua uma mentalidade terá de ser a de prestar serviço para as UGC, porque estas, com sua orientação para o paciente, são o núcleo do hospital e o resto dos serviços e direções deve estar a seu serviço para facilitar seu bom funcionamento.

As UGC e os IGC terão plena autonomia de gestão, sem que o hospital perca sua pessoa jurídica

Os Serviços Centrais de Saúde, tais como Diagnóstico por Imagem, Laboratórios, Centros cirúrgicos, também deverão adequar-se à nova realidade organizacional, o que deverá orientá-los a estruturar-se para dar serviço às UGC e IGC que existam no hospital.

As UGC desenvolvidas de acordo com os pontos explicados têm, *a priori*, uma série de vantagens que os outros modelos existentes não possuem.

Tabela 5. Potenciais Vantagens das Unidades e Institutos de Gestão Clínica

• Conseguir sinergias positivas entre os serviços integrados, ao complementar-se e minimizar suas fraquezas individuais.
• Conseguir reduzir custos operacionais e de transação por economias de escala, ao compartilhar recursos materiais e humanos.
• Reduzir os tempos de espera, ao poder programar atividade de forma coordenada com maior facilidade.
• Poder otimizar os custos dos processos, mediante o uso dos recursos necessários e evitando utilizar aqueles que não são.
• Aumentar a capacidade de resolução de problemas de saúde, complementando o trabalho e a experiência de diversos especialistas e profissionais.
• Melhorar a qualidade recebida pelo paciente, graças à melhoria na coordenação entre profissionais e serviços e também pela melhora na informação e comunicação com esse.
• Melhorar a eficácia, a eficiência e a qualidade dos processos de saúde, como objetivo primário do Modelo.
• Melhorar as condições de trabalho dos profissionais, com a criação de equipes interdisciplinares complementares, mediante sistemas de incentivos e com o desenvolvimento da carreira profissional por categorias.
• Melhorar o clima de trabalho devido à maior implementação e participação dos profissionais na gestão e organização do Centro.

Mas se não forem implantados de forma adequada também podem ter inconvenientes.

Tabela 6. Possíveis Inconvenientes das Unidades e Institutos de Gestão Clínica

<ul style="list-style-type: none"> • Perigo de choque entre culturas ao permitir a incorporação do modelo de Gestão Clínica se integrarmos os serviços com culturas muito diferentes ou serviços pertencentes a um hospital com uma cultura não adequada.
<ul style="list-style-type: none"> • Risco de confronto entre profissionais pelas mudanças nos papéis que são estabelecidos na nova realidade organizacional.
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ineficiências em vez de eficiências por um inadequado desenho da UGC ou do IGC, que comporte realizar menos atividades das previstas ou um consumo maior de recursos.
<ul style="list-style-type: none"> • Geração de resistências à mudança a esse modelo por ser percebido pelos clínicos como um modelo de custo/benefício negativo.
<ul style="list-style-type: none"> • Erros na interpretação dos novos papéis que devem desenvolver as direções funcionais do hospital como unidades de apoio às UGC

Algumas reflexões sobre o Modelo

A Gestão Clínica é um conceito novo que ainda não está perfeitamente estudado e que tem diferentes pontos de partida. Assim, no Reino Unido, aparece pela primeira vez o termo “Clinical Governance” no ano 1998, quando a qualidade dos serviços de saúde estava em dúvida; por isso, esse modelo gira em torno da qualidade assistencial dos centros, responsabilizando os Gerentes e os Órgãos de Governo pela mesma, reforçando a melhora contínua da qualidade e a utilização de guias de prática clínica e padrões de qualidade. Isto é, é um modelo que surge como resposta a um problema de qualidade dos serviços de saúde britânicos.

No caso da Espanha, começa-se a falar de Gestão Clínica a partir de um problema orçamentário e não de um problema de qualidade. A linha correspondente à saúde nos orçamentos do Estado é uma das mais volumosas, portanto, uma das mais passíveis de melhorar a gestão, principalmente evitando consumos de recursos ineficientes e melhorando a eficiência dos serviços de saúde; é nesse ponto em que aparece a opção de que seja o médico o responsável por isso, visto que ele é, principalmente, quem toma as decisões clínicas que geram o gasto. *No âmbito macroeconómico, são os governos, por meio de sua política de saúde, que definem o ponto de equilíbrio entre recursos, cobertura e carteira de serviços. No âmbito microeconómico, é o médico que, com sua decisão clínica, define o ponto ótimo de serviço,*

No caso da Espanha, começa-se a falar de Gestão Clínica a partir de um problema orçamentário e não de um problema de qualidade.

clínica, define o ponto ótimo de serviço, e isso o torna corresponsável pela eficiência da organização e do sistema

Outro elemento já aparece no horizonte há muito tempo: a participação efetiva dos pacientes, dos cidadãos, no governo dos hospitais.

e isso o torna corresponsável pela eficiência da organização e do sistema. Isto é, um modelo que surge como um problema econômico na gestão dos serviços de saúde espanhóis.

O Futuro da Gestão Clínica

A Gestão Clínica é um modelo muito jovem que precisa de tempo para ser modelado e melhorado, em função das diferentes experiências e dos resultados que vão sendo conhecidos.

O envolvimento dos clínicos na gestão hospitalar não é a panaceia, como também não é nenhum modelo de gestão; apenas é a resposta que a ciência do Management desenvolveu para enfrentar os desafios atuais do governo dos hospitais e dos centros de saúde em geral.

Como modelo, possui pontos que parecem fortes, como já vimos, pois os profissionais decidem o uso dos recursos implicados na tomada de decisões, como e em que utilizar esses recursos; mas também tem pontos que parecem fracos: esses profissionais que decidem, desenvolveram seu conhecimento a partir das ciências médicas que são diferentes das ciências do Management. Em um ambiente recessivo como o que está sendo vivido em 2013, como responderá um gestor clínico diante da disjuntiva de ter de tomar decisões que podem ser contrárias à natureza da ciência médica? Porque a disjuntiva entre os avanços da medicina que exigem mais recursos e a disciplina orçamentária que exige o controle do gasto não desaparece em um passe de mágica, por muito que se mude de modelo.

Outro elemento já aparece no horizonte há muito tempo: a participação efetiva dos pacientes, dos cidadãos, no governo dos hospitais. Esse parece ser o elemento a ser incorporado no futuro nesse modelo, e pode ser que influencie sua evolução (hipotética quarta onda colocada na tabela 1). Serão os clínicos capazes de integrar os cidadãos ao governo das UGC?

Conclusões

A Gestão Clínica é um modelo fruto do desenvolvimento das ciências da gestão empresarial, evoluindo dos diferentes modelos implantados até a data e que em sua maturação levaram a esse novo modelo.

A Gestão Clínica coloca o paciente no centro do modelo e transforma o Profissional da Saúde, principalmente o médico especialista numa área do conhecimento da medicina, em gestor do processo do atendimento a esse paciente. Para isso lhe são dados a autoridade, a responsabilidade e os recursos necessários a fim de aumentar a eficiência do Sistema de Saúde, sem perder eficácia e melhorando a Qualidade e Segurança Clínica do mesmo.

Referências bibliográficas

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en [BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986](#).
2. Belenes R. *Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud*. *Gac Sanit* 2003; 17:150-156.
3. Font D. *Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria*. *Med Clin (Barc)* 2008; 130:351-6.
4. Beguiristain JM, Arrazola A, Elizalde B, Alkiza M. *Singularizar procesos: una propuesta de continuidad entre la actividad clínica y los objetivos de salud de las políticas sanitarias* *Gac Sanit* 2005;19:168-71.
5. Guerrero Fernández M, Alonso Sánchez JL, Bixquent Motegud V, Fernández Gomis M. *Las premisas para la gestión clínica*. *Gestión Hospitalaria* 2001;12:150-4.
6. Asenjo MA (Edit). *Gestión diaria del hospital*. 3ª edición. Editorial Masson, Barcelona; 2006.
7. Ruiz D. *¿A que nos referimos cuando hablamos de gestión Clínica*. *Inv Clin Farm* 2004;1: 24-34.
9. Ortún V. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Editorial Masson. Barcelona; 2003.
10. Del Llano J, Martínez-Cantarero J.F, Gol J, Raigada F. *Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles*. *Gac Sanit* 2002; 16: 408-16.
11. Scally G, Donaldson LJ. *The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. *BMJ* 1998; 317: 61-65.
12. Rodes J, Font D, Trilla A, Piqué JM, Gomis R. *El futuro de la gestión clínica como consecuencia del progreso científico técnico en biomedicina*. *Med Clin* 2008;130: 553-6.
13. Rodés J, Trilla A (Edit). *El futuro de la gestión clínica*. Editorial Ars Medica. Barcelona;2009.