



Gestão do corpo clínico enquanto instrumento de diferenciação organizacional

Medical staff management as an instrument for organizational differential

Sandro Márcio Frizzera Scárdua¹

Palavras-chave

Corpo clínico
Gestão clínica
Administração hospitalar
Recursos humanos

Keywords

Medical staff
Clinical governance
Hospital management
Human resources

RESUMO

As organizações de saúde no Brasil vêm apresentando transformações no seu modo de agir, em função de um cenário altamente competitivo. Marcadas pela excessiva atenção direcionada a fatores periféricos como tentativa de diferenciação, é possível que o momento atual exija a necessidade de rever a maneira como os processos internos encontram-se situados, em uma perspectiva diferente daquelas utilizadas historicamente. Neste contexto, o exercício da boa gestão do corpo clínico pode ser o ponto de partida para algumas das transformações necessárias na direção da diferenciação, partindo do pressuposto de que a adequada condução dos processos relacionados à assistência global pelos profissionais de saúde, notadamente o médico, pode ser um fator determinante entre a vitalidade da organização ou o caminho para uma gradual exclusão funcional. Este artigo pretende trazer uma reflexão acerca destas considerações, tendo como núcleo o papel do corpo clínico e o adequado gerenciamento da prática para a obtenção de melhores resultados dentro das organizações de saúde, principalmente os hospitais.

ABSTRACT

The Brazilian health care organizations have been presenting transformations in their way of performing, because of a highly competitive scenario. Characterized by the excessive attention given to peripheral factors in their attempt of uniqueness, this moment seems to demand the necessity of re-evaluating the way their intern processes find themselves, in a different perspective from those historically defined as vitals. In this context, the exercise of the medical staff good management can be the starting point for the needed transformations for a differential, assuming that the adequate lead of the processes related to the global assistance by the health professionals, notoriously the doctor, can be a crucial factor between the vitality of the organization or their functional exclusion. This article intends to provoke thinking about those considerations, having as its nucleus the role of the medical staff and its adequate management for the obtainment of better results in health organizations, especially hospitals.

Recebido em:
05/04/2010

Aprovado em:
05/04/2011

Conflito de interesse:
Nenhum declarado

Fonte de financiamento:
Nenhuma declarada

1. Médico Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM); Especialista em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA); Mestre em Medicina Interna pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, filiado à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Membro do Comitê Gestor da Rede InovarH – Rede de Aprendizado em Gestão Hospitalar – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Coronel Messias – Condomínio Águas Finas – quadra E – lote 11 – Bairro Fazenda Caji – CEP: 42700-000 – Lauro de Freitas (BA), Brasil – E-mail: sandro.scardua@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Fatores relacionados ao desempenho da assistência à saúde em geral e, em particular, ao desempenho do setor hospitalar no campo econômico-produtivo, passaram a ser mais estudados há poucos anos. As transformações econômicas e demográficas em escala global percebidas com maior intensidade ao longo da última década podem ter contribuído para alterar as relações entre os diversos atores envolvidos na elaboração e condução das políticas de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. Como resultado disso, várias tentativas para serem estabelecidos melhores padrões na assistência, a fim de obter-se o máximo de desempenho sem perda da qualidade, passaram a ser discutidas e experimentadas.

O tema em questão, gerenciamento do corpo clínico, pode ser considerado importante, dependendo do grau de conhecimento a respeito do assunto, mas ainda carece de relevância para a maioria dos gestores. Os motivos para isso talvez se expliquem pela presença de inúmeros fatores, os quais podem obscurecê-lo ou torná-lo secundário dentro da rotina de trabalho nas organizações de saúde, dentre os quais estão as urgências cotidianas e as preocupações orçamentárias.

Um fator explicativo para o pouco conhecimento do público, em geral, e dos gestores em saúde, em particular, quanto aos benefícios advindos da disseminação destas práticas, reside no fato destas discussões ainda serem de uso restrito a círculos técnicos relativamente fechados. Ainda assim, se para os que lidam com temas como qualidade na assistência ainda reina certa indefinição de conceitos, para o público leigo, a abstração é ainda maior.

Em que medida o gerenciamento adequado das atividades do corpo clínico de uma organização de saúde pode trazer benefícios na atividade dos próprios profissionais que dela fazem parte e da organização como um todo? Trazer esta percepção para um plano concreto não é uma tarefa fácil, uma vez que referenciais teóricos que aprofundem esta questão são escassos, e os relatos de experiências que dizem respeito a situações pontuais nem sempre podem ser extrapoladas.

As organizações de saúde são multifacetadas com relação à sua composição, princípios, público-alvo, graus de diferenciação tecnológica e modelos de gestão, o que torna esta missão ainda mais complicada. Cada uma delas tem diferentes maneiras de enxergar as oportunidades de aprimoramento, e copiar modelos nem sempre é uma estratégia bem-sucedida, já que as peculiaridades e o

contexto histórico em que cada uma delas está inserida as tornam únicas. Entretanto, algumas considerações de cunho geral podem ser assimiladas.

Gestores da área de saúde buscam soluções para os diversos problemas relacionados ao setor, muitas vezes privilegiando questões periféricas, sem se darem conta de que um olhar mais atento para dentro das organizações que eles representam poderia trazer enormes contribuições para um planejamento estratégico mais eficiente. Nesse sentido, o ponto de partida para a elaboração de caminhos mais consistentes para um sucesso organizacional talvez tenha como núcleo o interior da própria organização nos seus aspectos mais elementares e, frequentemente, relegados a um segundo plano.

Nesse sentido, o cuidado com os processos básicos de condução diária das atividades profissionais e a busca das métricas de atuação no campo técnico-operacional, que reflitam da forma mais próxima possível as recomendações emanadas pela melhor evidência, passam a assumir relevância no trabalho diário de funcionamento da organização. Um paralelo pode ser traçado com relação aos processos de Acreditação Hospitalar no seu nível mais elementar, no qual os itens mais básicos de segurança são os mais exaustivamente lembrados. No terreno da tecnologia da informação, a lógica também é parecida: um retorno aos registros sistemáticos de todas as informações relevantes do ponto de vista organizacional é o passo obrigatório para o adequado planejamento estratégico da organização. Dentro das organizações, o prontuário eletrônico do paciente (PEP) apenas reflete a extensão deste fenômeno, e não é – como muitos acreditam – a inovação em si.

Os princípios que regem a gestão do corpo clínico não se diferem dos básicos da administração em geral: planejar, implantar, quantificar e avaliar processos são atributos técnicos essenciais. A diferença fundamental reside no cenário aonde serão inseridas, neste caso, as organizações de saúde, cujas características peculiares e suas assimetrias de informação tão próprias conferem propriedades únicas e muitas vezes de difícil compreensão para aqueles que não são familiarizados com o ambiente.

O bom exercício da gestão do corpo clínico pode vir a interagir com diversos setores de forma harmônica, transformando-se numa poderosa força de coesão, desde que esteja dentro dos princípios da ética profissional e dos regimentos organizacionais. A implantação de ações de relacionamento, as quais envolvam o corpo clínico, agregadas à formatação de diretrizes interna (clínicas e

operacionais), estas, por sua vez, lastreadas em documentos consensuais e universalmente aceitos, com o processo sendo conduzido por pessoas que exerçam forte liderança; pode significar um avanço considerável no estabelecimento das bases para parcerias saudáveis entre a organização e os demais componentes do setor.

CENÁRIO ECONÔMICO E MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS

Em paralelo às tentativas de se estabelecer no país um modelo assistencial na saúde pública que contemplasse os estratos populacionais de forma equânime, ao longo da última década, percebe-se que o crescimento do setor suplementar, composto por prestadores de serviços privados (hospitais, policlínicas, laboratórios, centros de reabilitação e clínicas de imagem) e empresas que comercializam planos de saúde, não vem ocorrendo da forma esperada. Um dos fatores explicativos talvez seja o não-crescimento na mesma proporção do mercado consumidor desses mesmos serviços.

Além disso, num contexto de acelerada incorporação tecnológica aliada a um envelhecimento populacional crescente, acrescida do fenômeno da regulação pelo estado em várias atividades, encontrar formas de viabilizar um sistema de saúde suplementar eficiente pode ser um grande problema. Alguns dados ajudam a entender o momento:

- a tendência de endividamento dos hospitais privados é três vezes maior em 2010, quando comparada a 2005;
- a inflação da saúde tem sido, nos últimos 20 anos, de duas a duas vezes e meia maiores do que a inflação geral;
- há notável dissociação entre os preços e custos de serviços, com concentração de ganho em atividades não-assistenciais e ênfase na comercialização de materiais/medicamentos como base de sustentação do negócio;
- parece haver má utilização dos recursos disponíveis para a saúde, apesar de uma taxa de investimento em saúde semelhante a alguns países da Europa (em torno de 8,0% do produto interno bruto – PIB);
- ocorre evidente desperdício e superutilização tecnológica (utilizada como fonte de receita) em substituição à melhor relação médico com o paciente;
- distorção curricular grave nas faculdades de Medicina, por patrocinar a difusão da especialização em contraposição à formação generalista;

- tendência continuada do aumento de custos em função do envelhecimento e maior sobrevivência da população, inevitavelmente atrelada à superposição de patologias crônicas e degenerativas;
- mudança na percepção dos clientes em relação à qualidade, levando a um consumismo baseado em modismo;
- competição mercadológica sem análise de valor agregado, levando as organizações a ampliarem sua base dos serviços de forma pulverizada, na expectativa de maximizar ganhos.

A despeito de tantas mudanças, a maioria dos integrantes do setor vem tentando se adaptar a este momento de forma mais ou menos rápida, principalmente as empresas de planos de saúde, as indústrias de equipamentos e materiais hospitalares e a indústria farmacêutica. De todos os pilares de sustentação do sistema, as organizações prestadoras de serviços em saúde foram as que mais demoraram a perceber essas transformações e que mais lentamente começaram se movimentar na direção de um novo ponto de equilíbrio. Muitas organizações hospitalares, algumas com tradição histórica de excelência em serviços ao longo de muitas décadas, colocaram-se em uma situação de acomodação ou mesmo resistência a movimentos de transformação interna. Ignorando essa nova realidade, passaram – e ainda passam – a experimentar impactos negativos na receita operacional.

REGULAÇÃO DA ATIVIDADE DO CORPO CLÍNICO: QUAL A RELEVÂNCIA?

Várias são as formas de como as organizações com os mesmos propósitos se alinham. Ao tratar-se das organizações de saúde, notadamente as hospitalares, alguns aspectos devem ser ressaltados.

O médico sempre foi considerado a figura central do processo. Por muito tempo, gozou de total autonomia em suas ações, sendo apanágio de sua conduta a liberdade para avaliar e preconizar (prescrever) o tratamento que julgar mais apropriado, sem maiores questionamentos por quem os recebe (o paciente), os aplica (organização de saúde) e os viabiliza (fonte pagadora). Não havia até recentemente a figura do avaliador desta prática. Até meados do século passado, a preocupação com os resultados dessas interações pouco importava, uma vez que o cenário era de: um ambiente de baixa complexidade tecnológica; pouca inovação na produção de novas drogas

e demais insumos em saúde; difusão das inovações científicas restrita a círculos muito pequenos de profissionais; relações entre quem presta o serviço médico e quem paga por ele em um nível direto e elementar, ou seja, sem uma “terceira pessoa” (habitualmente identificada como o plano de saúde do paciente); práticas isentas de regulação de qualquer natureza e cultura de fiscalização da prática médica quase inexistente.

A mudança inexorável propiciada pela revolução nos meios de comunicação e disseminação/democratização da informação, aliada às novas bases conceituais dos relacionamentos entre produtores e pagadores de serviços, levou as organizações de saúde a repensarem os métodos de trabalho e papéis perante a sociedade, sob a ótica da qualidade na prestação de serviços e a pressão dos custos crescentes que passaram a assumir como parte integrante destas transformações. Algumas não resistiram e tiveram que interromper suas atividades, e aquelas que subsistiram passaram por grandes ajustes.

Passada essa fase, e pressionada pela necessidade de aquisição de novas e modernas tecnologias para um arsenal diagnóstico e terapêutico mais amplo, resolutivo e de melhor “valor agregado” (como parte de uma estratégia de diferenciação competitiva no mercado), muitas organizações de saúde privadas passaram a vivenciar um período de relativa ascensão. O custo de incorporação era arcado pelos agentes intermediadores dos serviços médicos, os quais à época se disseminavam sem restrições, mais notadamente as empresas que comercializavam planos de saúde para usuários comuns ou empresas. Estes, por sua vez, necessitavam repassar a conta dessa aparente modernização àqueles que efetivamente pagavam pela prestação dos serviços, ou seja, os usuários.

Com o advento da Agência Nacional de Saúde (ANS) e a promulgação da Lei 9.656/98¹, houve uma evidente quebra do ciclo. Sob a égide da proteção contra abusos sobre o consumidor final, o estado passava a interferir diretamente nos percentuais de reajustes repassados a estes usuários e passava a normatizar sobre exigências fundamentais para a adequação das empresas dos planos de saúde a parâmetros comerciais, financeiros, técnicos e operacionais, entendidos como minimamente adequados. Na prática, um paradoxo, justamente num momento de maior influência dos mecanismos neoliberais de ordenamento de mercado, que preconizavam a livre concorrência e o estado mínimo.

O repensar na forma de atuação das empresas operadoras dos planos de saúde passou a ter como ponto de partida a elaboração de estratégias que resultassem na redução do custo assistencial ascendente imposto pelas organizações prestadoras, principalmente hospitais, no tratamento aos seus usuários. A partir daí, uma série de mudanças foram implantadas na expectativa de manter a viabilidade do negócio tanto para essas empresas quanto às organizações prestadoras, tentando ao máximo reduzir o impacto no custo sem perda da qualidade para o paciente, dentre as quais:

- redesenho do setor de auditoria, por meio da contratação maciça de profissionais especializados e valorização da profissão;
- revisão das regras contratuais com as organizações prestadoras, na expectativa de fixar valores de pagamento menores pelos mesmos serviços;
- resistência à implantação de resoluções emanadas por entidades de classe, tais como as sucessivas tabelas de parametrização dos honorários de procedimentos médicos;
- estabelecimento de regras rígidas para utilizar tecnologia de alto custo e liberar procedimentos intervencionistas em geral;
- privilegiamento das vendas dos planos de saúde para empresas em detrimento às vendas para pessoas físicas, pela possibilidade de compartilhamento de custos;
- criação de centros diagnósticos próprios, com profissionais contratados diretamente, nos quais mecanismos de controle e remuneração poderiam ser aplicados de forma mais rígida;
- estruturação das equipes de promoção à saúde como forma de minimizar sinistros caracterizados pelo adoecimento ou complicações de patologias existentes, na população assistida;
- elaboração dos princípios da racionalidade e equidade como forma de disseminar os ideais da boa prática médica, por meio da criação de diretrizes e protocolos clínicos referendados pela literatura universal;
- formatação de novos meios de relacionamento com as organizações prestadoras, dentre elas a proposição de políticas de compartilhamento do risco na realização de procedimentos, principalmente cirúrgicos, usualmente chamados “pacotes”;
- incentivo à criação dos indicadores de gestão como forma de aferir a saúde institucional no contexto dessas novas transformações².

Dentro das organizações de saúde, um fator importante nesse momento foi a constatação de que na maioria das vezes o gestor hospitalar não possuía a capacitação necessária para lidar com aspectos considerados pelo mesmo tão pouco tangíveis. Em boa parte das vezes, este gestor era um médico experiente e geralmente alçado a este posto em reconhecimento por sua trajetória como profissional da medicina e não como administrador, não tendo uma compreensão estendida da situação ou o instrumental necessário para propor e executar ações consideradas necessárias.

O corpo clínico, resumido a um grupamento de profissionais que estava acostumado à prática sem grandes sobressaltos e, principalmente, sem a necessidade de adaptar-se a um novo papel de gerenciador da doença, do doente e da sua prática em si passa a ser exigido em uma série de requisitos burocráticos para exercer a profissão. Relatórios, pedidos de autorização, justificativas, limite de procedimentos, restrição a determinadas ações, vigilância das novas normas sanitárias, credenciamentos, enfim, uma série de condições impositivas e cerceantes são incorporadas à sua rotina. As organizações, por sua vez, forçadas a um novo formato de relacionamento com fontes pagadoras, passam a exercer pressão cada vez maior sobre os colaboradores, aumentando a ação fiscalizatória com o objetivo de evitar perdas financeiras. Até então, o corpo clínico permanece alheio a essa abordagem em função da condição de quase “imunidade respeitosa”. A sobrevivência da organização passa a ser uma preocupação real.

Uma vez alinhados com essa nova realidade, gestores de organizações e de empresas de planos de saúde passam a seguir na direção da racionalidade (e algumas vezes do racionamento) e na criação de um ambiente de negociação contínua, no qual os elementos materiais e processuais mais insignificantes de outrora começam a adquirir grande relevância. O profissional de saúde (principalmente o médico), no entanto, nunca esteve totalmente a par dessas transformações, a não ser que a figura do gestor e do médico se fundisse em uma só. De fato, ainda hoje pode-se perceber profissionais que exibem grande resistência à compreensão deste cenário. Por isso, a etapa mais árdua deste processo está na dificuldade de sensibilizá-los da necessidade de adequar as suas práticas a uma nova realidade administrativa e técnica, na qual ele é o principal agente catalisador e sobre ele recai, inexoravelmente, quase toda a responsabilidade de manter a reputação e saúde financeira da organização.

O trabalho de doutrinação deste grupo, dentro das perspectivas do mercado num sentido mais amplo e no microambiente organizacional, assim como a promoção da difusão do conhecimento técnico dimensionado à realidade local e o incentivo às iniciativas que privilegiem a normatização da prática profissional, forma o arcabouço básico daquilo que se convencionou chamar de gestão do corpo clínico.

GESTÃO DO CORPO CLÍNICO E IMPACTO NO DESEMPENHO HOSPITALAR

Algumas organizações hospitalares já conseguem mostrar que seu desempenho melhora quando os aspectos relacionados à atuação do corpo clínico são valorizados. A maioria delas gera conclusões a partir de intervenções focais, pelo método da tentativa e erro, observando e quantificando resultados práticos. Estes, por sua vez, variam de acordo com o perfil assistencial, grau de complexidade, composição de seu corpo de profissionais e pacientes. Não há, portanto, nenhuma uniformidade na aplicação dessas estratégias entre as organizações, e o motivo principal reside nas peculiaridades de cada uma e na diferença na medida de impacto para uma mesma ação.

Entretanto, pode-se antever que essa abordagem poderia trazer benefícios diretos e indiretos, tais como: o reconhecimento pela comunidade em que está inserida (e conseqüentemente maior quantidade de pacientes); melhores margens de negociação com fornecedores (na medida em que processos de compra poderiam ser melhor negociados em função do aumento das necessidades – economia de escala); acolhimento por parte das fontes pagadoras a iniciativas que redundem em melhor assistência ao seu usuário e melhor margem financeira à organização contratante; estabelecimento de relacionamentos baseados na confiança mútua entre o corpo clínico e a organização (trazendo incentivos à boa prática para o profissional, por um lado, e a fidelização da clientela à organização, por outro); dentre tantos outros.

As medidas preconizadas para que sejam alcançados todos esses objetivos são ao mesmo tempo elementares e difíceis. Isso por que médicos, de uma forma geral, se vinculam com pouca aderência e sem a preocupação de interagir de maneira mais íntima com a organização que o acolhe, geralmente sem a preocupação de apresentar alguma contribuição para o crescimento desta, talvez por causa dos múltiplos vínculos de trabalho e pela necessidade de gerenciar muitos pacientes. Alguns, porém, costumam

ter maior afluência, seja por terem contratos de trabalho que privilegiam a atividade diária na organização, seja por preferências pessoais para desenvolver sua atuação nesta (ou por preferência de seus pacientes). É sobre esses profissionais que os gestores devem focar suas abordagens inicialmente: nesse plantel recai a responsabilidade de cuidar da grande maioria dos pacientes atendidos, principalmente aqueles internados. Sua receptividade a novas ideias é maior que a dos demais, desde que possam ajudar a melhorar o ambiente de trabalho e que se cristalizem na sensação subjetiva de bem-estar no desempenho técnico e na melhora do estado dos pacientes.

Uma vez traçado um perfil básico dos integrantes desse grupo selecionado, cabe ao gestor clínico iniciar uma aproximação com os mesmos e apresentar o projeto para a implantação das mudanças que julgue necessária. Estas, por sua vez, poderiam ser sintetizadas de forma genérica em 11 pontos:

1. Criação do Regimento Interno e das Comissões Obrigatórias discriminadas pelo Conselho Federal de Medicina, principalmente Comissão de Ética Médica, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuário e Comissão de Revisão de Óbitos: não existe a possibilidade do exercício da gestão clínica sem o estabelecimento de regras básicas de relacionamento entre os participantes.
2. Criação de um foro permanente de compartilhamento das decisões de cunho organizacional, as quais façam referência à atuação do corpo clínico (por exemplo, reuniões periódicas, Câmaras Técnicas, Conselho Técnico, dentre outros).
3. Incentivo à criação de rotinas de trabalho que envolva a maior quantidade possível de profissionais de outras áreas, na discussão dos aspectos relacionados à assistência dos pacientes, tais como: visitas multiprofissionais ou sessões clínicas.
4. Estímulo à criação de logística interna que propicie espaço e tempo para a elaboração, discussão, aplicação e controle dos procedimentos operacionais e diretrizes técnicas, envolvendo demais profissionais (principalmente o Serviço de Enfermagem).
5. Busca permanente da implantação de ferramentas gerenciais baseadas na informação com qualidade dentro da organização, tais como: o PEP.
6. Cadastramento (ou recadastramento) dos médicos que prestam serviço na organização, por categorias (a serem definidas pelo gestor).
7. Formatação e acompanhamento de indicadores gerais e específicos para cada atividade desempenhada por grupos de especialistas, gerando um banco de dados que sirva como base futura para comparações intra e extraorganizacionais (“*benchmark*”)³.
8. Mapeamento dos grupos de profissionais envolvidos na adoção de boas práticas de condução na assistência, com implantação de políticas de concessão de privilégios, de acordo com o alcance de metas operacionais bem estabelecidas.
9. Elaboração de políticas racionais, e amparadas na boa prática, de abordagem aos pacientes internados, visando minimizar a permanência na organização e privilegiando a resolução objetiva do problema: elaboração de diretrizes e protocolos assistenciais.
10. Gerenciamento rígido de eventos adversos dentro da organização.
11. Políticas de relacionamento amplas e objetivas com empresas de auditoria externa, assim como a estruturação do setor de auditoria interna, tornando-a forte e atuante.

Outras iniciativas podem ser incorporadas a esta lista, que não tem limite quanto ao tamanho, mas que está condicionada a particularidades de cada organização. Como afirma Kaemmerer *apud* Salvador⁴: “[...] a estratégia de se reorganizar vale para todos os tipos de setores e a saúde não poderia ser diferente. Assim sendo, remodelar a organização, investir em processos de gestão, aprimorar contratos e gerenciar processos com eficácia e constância são ações que podem garantir a continuidade do hospital no tempo. Implementar essas mudanças, ainda que para isso seja necessário algum sacrifício financeiro momentâneo, é uma postura que demonstra visão e responsabilidade”.

É POSSÍVEL CONCILIAR A GESTÃO DO CORPO CLÍNICO AO MERCADO DE SAÚDE?

O mercado de saúde no Brasil tem uma característica interessante: ninguém que faz parte dele está satisfeito com o quadro atual, e todos preconizam mudanças. Fora um ou outro movimento na direção de algumas ideias aparentemente inovadoras, pouco foi alterado na regra de prestar serviços e a receber por eles da mesma forma que antes, numa lógica estática e pouco flexível⁵.

Entretanto, o amadurecimento de algumas reflexões a respeito do tema, motivada por uma forte retração

econômica no setor, vem forçando algumas organizações a se movimentarem na direção de uma alternativa, num modelo de atuação que contemple o equilíbrio e bom senso no relacionamento com os parceiros. Boa parte das discussões tem suas conclusões recaindo sobre a necessidade de maior aproximação com o corpo clínico.

Dessa forma, a aplicação de estratégias de sensibilização dos profissionais do corpo clínico, assim como a assimilação das recomendações, pode resultar na geração de um ambiente de cumplicidade e fidelização, que seja altamente desejável aos gestores das organizações de saúde, criando condições necessárias para adotar um novo caminho, no qual toda a cadeia produtiva do setor, acrescida pelas empresas dos planos de saúde, indústria de insumos e usuários do sistema, consiga enxergar um horizonte de benefício mútuo.

EXPECTATIVAS PARA O FUTURO

A falência do modelo do sistema de saúde vigente no Brasil é objeto de especulação. Por um lado, foram incorporados modelos excludentes aplicáveis à lógica da medicina suplementar baseado nas experiências de países mais ricos, e ao mesmo tempo adotou-se como princípio constitucional um sistema público de saúde universalista e fortemente socializante. Os Estados Unidos da América investem em torno de 15% do PIB na saúde (o maior percentual do mundo), mas oferece aos cidadãos uma qualidade na assistência médica geral que não ultrapassa a 37ª posição entre os países desenvolvidos (segundo a Organização Mundial de Saúde). A maioria dos países europeus oferece acesso e resolutividade de bom nível, mas investindo em média 8% do PIB⁶.

O Brasil tem um cenário socioeconômico bastante diferente dos exemplos anteriores, com um grau de investimento semelhante aos países da União Europeia (7,5 a 8,0% do PIB, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2007). Mas, não bastasse o abismo existente entre o ideal e o possível, o sistema de saúde suplementar experimenta uma fase de pouco crescimento, motivada por diversos fatores, dentre eles a inviabilidade do acesso pelo crescimento econômico insuficiente e pouco sustentado. A fração populacional com acesso a um plano de saúde não ultrapassa 25%, mesmo percentual observado nos últimos dez anos.

As organizações de saúde independente do porte e classificação, têm diante de si um grande problema: como crescer e oferecer ao mesmo tempo serviços de qualidade?

Fórmulas simplistas já demonstraram ineficácia ou tiveram efeitos de qualidade duvidosa. A implantação pela alta direção de práticas periféricas, onerosas, midiáticas e pouco contributivas para o desempenho organizacional deve ser repensada em bases racionais, considerando o real impacto em ganhos para a comunidade e para o processo assistencial. A adoção de um olhar mais atento ao cotidiano das organizações, principalmente hospitais, pode trazer um grande diferencial. E a Gestão do Corpo Clínico é mais uma vez ressaltada como elemento fundamental e urgente para catalisar essas mudanças. Jacques e Gonçalo⁷ acrescentam que: “[...] são inequívocas as oportunidades de melhorias do processo estratégico em relação: (1) ao envolvimento da alta direção com os interesses das especialidades médicas no sentido de explorar a gestão dos protocolos médico-assistenciais como recursos estratégicos inquestionáveis; (2) às formas de promover de modo mais eficaz o compartilhamento das idealizações das equipes assistenciais; (3) à agilidade da TI; (4) e, indiscutivelmente, ao compartilhamento de ideias com quem “paga as contas” – as operadoras de planos de saúde”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gestão do corpo clínico é um novo conceito que ressalta a importância de uma adequada sintonia entre a atuação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência, principalmente os médicos, e a organização de saúde da qual ele faz parte, objetivando melhoria nos processos assistenciais. Estes, por sua vez, devem ser feitos respeitando os pressupostos básicos de condução da assistência ao paciente, e o seguimento de padrões técnicos e operacionais consagrados pela literatura universal, éticos e adaptados à realidade organizacional. Nesse contexto, não considerá-lo como parte essencial e, pior, não reconhecê-lo como de importância capital ao bom desenvolvimento organizacional, pode ser um impedimento à boa saúde da organização. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de habilidades pelo gestor que privilegie a competência, a liderança, o senso de justiça e um profundo acolhimento aos conceitos de transparência emanados pela governança corporativa. As organizações, que não conseguirem identificar esse profissional dentro de suas fileiras para estar à frente deste processo, devem buscá-lo no mercado e privilegiá-lo com as ferramentas necessárias à implantação destes conceitos.

Ainda assim, em função das peculiaridades relacionadas ao modelo de assistência, ao histórico institucional, a

mecanismos de divisão do poder e parcerias comerciais, entre outros, estabelecer uma obrigatoriedade de resultados em curto prazo pode ser frustrante para a alta direção. A aplicação dos princípios e normas para esta finalidade é talvez um dos meios mais importantes para alcançar-se um status organizacional ideal, no qual cada profissional de saúde, principalmente o médico, seja um parceiro colaborativo, em que possa vislumbrar naquele ambiente a possibilidade de crescimento profissional qualificado e uma remuneração justa. Mas, no caso em questão, os médicos devem enxergar no gestor os atributos de um líder, que seja capaz de promover as transformações necessárias ao bom andamento dos processos relacionados à assistência e suas consequências. A liderança nesse ambiente é uma construção de longo prazo, sem perspectiva de alcançar os objetivos se não for apoiada por aqueles que nele acreditam.

Problemas sucessivos e não-excluídos acumulados ao longo de anos, muitas vezes décadas, não podem ser erradicados em curto espaço de tempo, mesmo que prioritários: a duração indefinida de um problema dentro de uma organização de saúde é, para uns, a manutenção de um estado de conforto e/ou benefícios. Exigem, antes de tudo, disciplina, inteligência e política na abordagem. Ignorar estes fatos pode ser a diferença entre uma gestão com boas intenções e outra com bons resultados.

A partir destas reflexões, espera-se poder contribuir para que as organizações passem a considerar o corpo clínico como um ente vivo e pulsante, determinante sobre

a direção que uma instituição tomará no futuro. Talvez a grande ironia nos sistemas corporativos seja que, contrariando os paradigmas da incorporação tecnológica de alto custo, de processos mais que modernos, adesão a modelos criados por gurus da administração contemporânea, uso do *marketing* agressivo e a aquisição de ferramentas complicadas de gestão da qualidade e informação; o bem intangível, simples e elementar, personificado por meio do desempenho do corpo clínico, ainda relegado a um plano secundário na maioria dos lugares, pode ser o grande diferencial de sobrevivência das organizações de saúde no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Medida provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. [cited 2010 jun 18]. Available from: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm
2. Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde*. 2008;10(40):87-93.
3. Schout D, Novaes, HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Cienc Saúde Col*. 2007;12(4):935-44.
4. Salvador H. Gestão do Corpo Clínico – experiência dos hospitais da ANAHP. Rio de Janeiro: Medbook; 2008.
5. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Cienc Saúde Col*. 2007;12(4):825-39.
6. Cechin J. Melhores Práticas: Um Levantamento de Oportunidades para o Setor de Saúde Suplementar – Série Instituto de Estudos de Saúde Suplementar IESS. [cited 2007 april 14]. Available from: www.iess.org.br/html/TD20060003-melhorespraticas.pdf.
7. Jacques EJ, Gonçalo CR. Gestão Estratégica do Conhecimento Baseada na Construção de Protocolos Médico-Assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. *Rev Adm Inov*. 2007;4(1):106-24.