

4.1.2 Governança clínica como modelo de gestão para a assistência domiciliar.

THAÍS BUENO DE FREITAS (1)

MARCIA MARIA DA GRAÇA COSTA (2)

(1)Especialista em Gestão de Serviços da Saúde, MBA em Gestão de Serviços da Saúde, Área da Saúde, Universidade Santo Amaro, Unisa, São Paulo-SP, Brasil. C.

(2)Mestre em Ciências Humanas, Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas, Área Interdisciplinar, Universidade Santo Amaro, Unisa, São Paulo-SP, Brasil. mmcosta@prof.unisa.br

COMO CITAR O ARTIGO:

FREITAS, T.B.; COSTA, M.M.G. **Governança clínica como modelo de gestão para a assistência domiciliar.** URL: www.italo.com.br/portal/cepep/revista_eletronica.html. São Paulo SP, v.10, n.1, p. 202-227, jan/2020.

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar as contribuições da Governança Clínica como um modelo de gestão centrado na qualidade e confiabilidade dos serviços prestados na Assistência Domiciliar. O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura. O levantamento da literatura se deu nos meses de dezembro de 2018 e abril de 2019, nos portais do Ministério da Saúde e cadernos de atenção e artigos científicos. As bases de dados utilizadas para pesquisa foram SciELO, BVS - Biblioteca Virtual de Saúde. As palavras chaves utilizadas na busca foram: Governança Clínica, Gestão Clínica, Assistência Domiciliar e Home Care. Em termos de resultados destaca-se que Governança Clínica possui como base seis pilares para a implementação de um modelo de gestão para Assistência Domiciliar, sendo eles: educação e treino, auditoria clínica, gestão do risco, abertura (transparência), efetividade clínica, investigação e desenvolvimento. A Governança Clínica apresenta-se como uma opção inovadora e confiável para formação de um modelo de gestão em excelência. Com esta pesquisa a Governança Clínica prova-se como uma opção eficaz para esta questão, pois coloca a qualidade como foco da gestão e a excelência como o objetivo a ser alcançado através do gerenciamento total do cuidado e envolvimento de todos os profissionais da instituição, buscando sempre a melhoria contínua dos serviços prestados.

Palavras-chave: Governança Clínica. Gestão Clínica. Assistência Domiciliar. Atenção Domiciliar. Home Care.

ABSTRACT

The objective of this article was to present the contributions of Clinical Governance as a management model focused on the quality and reliability of the services provided in Home Care. The present study is an integrative review of the literature. The literature review was made in the months of December 2018 and April 2019, in the portals of the Ministry of Health and care books and scientific articles. The databases used in the research were SciELO, BVS - Biblioteca Virtual de Saúde. The key words used in the search were: Clinical Governance, Clinical Management and Home Care. In terms of results, it stands out that Clinical Governance is based on six pillars for the implementation of a management model for Home Care, such as: education and training, clinical auditing, risk management, openness (transparency), clinical effectiveness, research development. Clinical Governance presents itself as an innovative and reliable option for the formation of a management model in excellence. With this research, Clinical Governance proves itself as an effective option for this issue, as it places quality as the focus of management and excellence as the goal to be achieved through total management of the care and involvement of all the institution's professionals, seeking always the continuous improvement of the services provided.

Keywords: Clinical Governance. Clinical Management. Home Assistance. Home Care.

INTRODUÇÃO

Os novos modelos de organização no contexto atual dos cuidados de saúde onde cada vez mais se busca qualidade de assistência e gestão, a governança clínica é o modelo mais adequado para as diferentes organizações em diferentes níveis de saúde. Sendo governança clínica um conjunto de práticas a serem aplicadas a todo o sistema de saúde. (GOMES, 2015).

A Governança Clínica foi definida por Scally e Donaldson, em 1998, como um sistema por meio do qual as organizações de saúde se comprometem em melhorar continuamente os seus serviços prestados, manter elevados padrões de cuidados, visando à excelência clínica as organizações prestadoras de cuidados de saúde.

A Governança Clínica surgiu nos anos de 1990 na Inglaterra no âmbito da *National Health Service* – NHS, e foi constituída sobre os pilares da qualidade clínica que sempre gerou uma multiplicidade de abordagens. A Organização Mundial de Saúde como órgão mundial de controle e gestão de saúde, é o mais habilitado para explorar a ideia de governança clínica. Divide a qualidade em quatro aspectos: Desempenho profissional (qualidade técnica); Uso de recursos (eficiência); Gestão de riscos (o risco de ferimentos ou doenças associadas ao serviço prestado); Satisfação do paciente com o serviço prestado. (SCALLY, DONALDSON, 1998).

Santos e Sá (2010) trazem oito princípios fundamentais da excelência sendo eles: 1) Orientação para os resultados. 2) Orientação para o cliente. 3) Liderança e coerência dos objetivos. 4) Gestão de

processos e atividades. 5) Desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores. 6) Aprendizagem, inovação e melhoria contínua. 7) Desenvolvimento de parcerias. 8) Responsabilidade social. Esses princípios complementam os quatro aspectos da qualidade descritos anteriormente.

Sendo a Governança Clínica um modelo de gestão, conjunto de práticas, que podem ser aplicadas a todo o sistema de saúde em todos os níveis, sendo a Assistência Domiciliar (AD) um modelo de atenção à saúde crescente no Brasil, é definida como um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, a AD envolve diferentes profissionais da área da saúde, bem como usuários e famílias. (BRASIL, 2013).

A AD é definida na Portaria do Ministério da Saúde nº 825, de 25 de abril de 2016, como

modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2016)

A mudança demográfica, envelhecimento da população e o aumento de pessoas portadoras de doenças crônicas tais como DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Grave e ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva e ainda pacientes sob ventilação mecânica e Paralisia Cerebral, ou até mesmo pacientes com condições agudas que possuem condições de recuperação em domicílio, associadas a necessidade de redução de custos fizeram com que a demanda de pacientes para a AD aumentassem de forma considerável a nível mundial.

O Atendimento Domiciliar, que é mais difundido em nosso país no

termo norte-americano “*Home Care*”, que teve o seu início desde os primórdios com os cuidados às doentes em seu próprio domicílio, mas a institucionalização dessa prática e a profissionalização do cuidado no domicílio originam-se nos Estados Unidos na década de 1940, motivadas pela necessidade de liberar leitos hospitalares e de criar um ambiente mais propício à recuperação dos pacientes. No Brasil a atenção domiciliar teve sua primeira notícia em 1949, realizada pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho e posteriormente incorporado à INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, mas somente a partir de 1990 observou-se a expansão do atendimento domiciliar. (BRAGA, 2015).

Em 2002, por meio da Lei 10.424 de Abril de 2002 foi incorporada a Lei Orgânica da Saúde – 8080/90, regulamenta a modalidade de Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar. E para preencher a lacuna ainda existe com relação a atenção domiciliar, em novembro de 2011, o Governo Federal lançou o programa Melhor em Casa, que é um dos componentes das RUE-Redes de Atenção às Urgências e Emergência. (BRASIL, 2012).

Quanto à Saúde Suplementar, a atenção domiciliar não é parte do rol de procedimentos obrigatórios nem é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por isso as operadoras utilizam-se deste tipo de atendimento como um fator de redução de custos e também como um apoio na liberação de leitos hospitalares, reservando para si mesmas os critérios de inclusão ou não dos usuários em programas de atenção que são oferecidos como “benefícios”. (SILVA, 2013).

As operadoras que optam por oferecer essa modalidade de atendimento estão sujeitas apenas à regulamentação da Anvisa, através

UnifalO em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11/2006 (Brasil, 2006), que explicita aspectos organizacionais da atenção domiciliar, porém não estabelece critérios de contratualização nem mecanismos de regulação.

Mesmo com a existência de leis e portarias que regulamentam a Assistência Domiciliar, a gestão deste tipo de atendimento ainda é um desafio em relação a saúde pública e suplementar devido à complexidade e a abrangência do cuidado que envolve diferentes níveis de complexidade e uma equipe multiprofissional que trabalha direta e indiretamente com a finalidade de oferecer um atendimento de qualidade ao paciente.

Sob tal enfoque, conclui-se que ainda não há um padrão observado para a gestão da Atenção Domiciliar. Dessa forma, existem dificuldades e preconceitos a serem superados acerca deste tipo de assistência como um modelo eficaz, rentável e seguro para o atendimento de paciente de todas as complexidades. Nesse contexto, o problema que norteia esta pesquisa é definido pela seguinte pergunta “quais as contribuições da Governança Clínica como modelo de gestão para Assistência Domiciliar?”.

Este artigo parte da hipótese de que a Governança Clínica, como um conjunto de práticas destinado a melhorar continuamente os serviços prestados por organizações de saúde, pode servir de base a um modelo de gestão que proporcione melhor acompanhamento, performance e ampliação da qualidade na Assistência Domiciliar. Por isso objetivou-se com este artigo apresentar as contribuições da Governança Clínica como um modelo de gestão centrado na qualidade e confiabilidade dos serviços prestados na Assistência Domiciliar.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura, desenvolvido com a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado. O estudo permeou as etapas preconizadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2011): formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado. Esta revisão teve como questão norteadora: “quais seriam as contribuições da Governança Clínica como modelo de gestão para Assistência Domiciliar?”.

O levantamento da literatura se deu no período de dezembro de 2018 a abril de 2019, nos portais do Ministério da Saúde e Cadernos de atenção e artigos científicos. As bases de dados utilizadas na para pesquisa foram SciELO, BVS - Biblioteca Virtual de Saúde. As palavras chaves utilizadas na busca foram: Governança Clínica, Gestão Clínica, Assistência Domiciliar e Home Care. Os critérios de inclusão de artigos foram: textos disponíveis online nas plataformas de busca sobre a temática do tema, publicados entre 2010 e 2018, nos idiomas português e inglês.

A pesquisa nos bancos de dados referidos resultou em 376 artigos, e após a leitura crítica de seleção pelo tema e resumo, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, sendo os critérios de exclusão os artigos que não atendiam a pergunta de pesquisa, que não possuíam o

Unifal em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

texto completo disponível, e os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados entre 2010 e 2018, nos idiomas português e inglês, com texto disponível na íntegra nas bases de dados utilizadas para pesquisa e que atendiam a pergunta de pesquisa, após análise prévia estabeleceu-se uma mostra de 18 artigos. Numa segunda fase, realizou-se uma análise criteriosa dos artigos selecionados, extraindo as evidências relativas a governança clínica como um modelo de gestão e também o sobre a constituição do home care. Com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva numa tabela previamente elaborada, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. GOVERNANÇA CLÍNICA

A palavra governação foi trazida do mundo comercial, e este definia a Governança Corporativa como um sistema pelo qual as empresas protegem os investimentos dos seus acionistas e minimizavam os riscos de fraude e má prática. No ano de 1997 a Governança Clínica foi introduzida pela primeira vez no livro branco da saúde do *National Health Service*(NHS) no Reino Unido, traduzindo uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde. (SANTOS, SÁ, 2010).

A governança clínica implantada no NHS influenciou outros sistemas de saúde de diversos países a definirem e implantarem políticas e diretrizes para assegurar a melhoria da qualidade da clínica,

Unifal em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

enfrentando, dentre outros fatores, a diversidade na prestação de cuidado em diferentes níveis e complexidade, sendo dois exemplos a Espanha, que traz como seu objetivo central a garantia de atenção integral, coordenada e centrada no paciente, e a Austrália que mostra a governança clínica com foco em quatro dimensões: desempenho clínico e avaliação; desenvolvimento profissional; risco e segurança; valores e envolvimento do paciente/usuário. (GOMES; LIMA, 2017).

No Brasil, a utilização do termo gestão da clínica é bem recente, embora a maior parte dos artigos e produções destinadas à discussão de sistemas de saúde, modelos de gestão e de atenção à saúde não utilizam esse termo, problematizam esses e outros elementos como os conceitos de cogestão e de clínica ampliada. (GOMES, 2015).

O estudo de Padilha e outros autores (2018) refere que a primeira menção ao termo gestão da clínica foi empregada por Mendes em 2011, embora as tensões relacionadas à gestão do trabalho em saúde aparecessem em publicações desde a década de 1980. Esse autor, Mendes, utilizou elementos da governança clínica e da atenção gerenciada, definindo-a como um conjunto de tecnologias de microgestão que, a partir de diretrizes clínicas visa prover e promover:

uma atenção à saúde de qualidade; centrada nas pessoas; efetiva; estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos aos pacientes e profissionais; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de modo a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2011).

A governança clínica, conforme Santos e outros autores (2013), é um modelo de gestão pela qual as organizações de serviços de saúde são responsáveis pela melhoria contínua e a manutenção de padrões elevados de atendimento aos pacientes, visando à excelência do cuidado. Assim, a governança clínica pode ser vista tanto nas estruturas

quanto nos processos organizacionais, com a expectativa de que melhores resultados para os pacientes serão alcançados.(GAULD, HORSBURGH, 2015).Esse tipo de governança clínica quatro aspectos principais: desempenho dos profissionais (qualidade técnica); adequada utilização dos recursos (eficiência); gestão do risco (prevenção e redução contínua dos eventos adversos e erros) e satisfação dos usuários com a atenção recebida. (SANTOS, 2013).

Nigel Starey,diretor do Centro de Cuidados Primários da Universidade de Derby, citado por Santos e Sá (2010), definiu os seis pilares constituintes da governação clínica: educação e treino, auditoria clínica, gestão do risco, abertura (transparência), efetividade clínica, investigação e desenvolvimento.

Entre os impactos positivos advindos da governança clínica, destacam-se: melhoria da qualidade assistencial e maior reconhecimento da autonomia profissional do enfermeiro. As dificuldades para implementação da governança clínica estão relacionadas à sobrecarga de trabalho dos profissionais, ao envolvimento das equipes de saúde com a busca de melhores práticas e aos custos elevados inerentes à implantação do modelo. Um dos maiores desafios da implementação da Governança clínica é fazer com que os profissionais de saúde vejam a governança e a liderança como uma “ligação importante”, acima e além da prestação de serviços de saúde. (SANTOS, 2013; GAULD, HORSBURGH, 2016). Em sua maioria, os estudos concluem que existem desafios consideráveis no desenvolvimento de modelos de liderança com envolvimento genuíno dos profissionais de saúde; eles também encontram oportunidades limitadas e apoio variável de gestão para a governança clínica.

Embora haja grande volume de informações sobre o que a

Unifal em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

governança clínica deve visar e por que é importante, ainda existe uma pesquisa limitada sobre o processo complexo de implementação de uma política de governança técnica no nível local de prestação de serviços. Para que isso aconteça, requer uma parcela de gerenciamento e a construção de parcerias de liderança com os profissionais envolvidos no processo; assim como exige parcerias entre profissionais e gestores de saúde, e também colaboração interprofissional, com diferentes grupos profissionais com potencial igual para contribuir para a tomada de decisão em torno da organização do trabalho.(GAULD, HORSBURGH, 2016).

2. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar ressurgiu nos últimos anos como uma tendência mundial em resposta às demandas resultantes da mudança demográfica e epidemiológica, caracterizadas especialmente no Brasil por: redução da mortalidade infantil; declínio acentuado da fecundidade; aumento da esperança de vida ao nascer; rápido processo de envelhecimento populacional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; tal situação de saúde em conjunto ao desenvolvimento de novas tecnologias, entre outros fatores, tem elevado os custos assistenciais, dos pacientes que necessitam de assistência contínua em diferentes níveis de complexidade. (BOAS, SHIMIZU, 2016).

A Atenção Domiciliar também definida na Portaria nº 2.527, de outubro de 2011 com um modelo de assistência à saúde, disponibilizado na residência do paciente caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado solicitada durante uma

internação ou acompanhamento médico. (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, classifica a Assistência Domiciliar (AD) em três modalidades, conforme indicação e organização, sendo elas AD1, AD2 e AD3, esta portaria ainda dispõe da indicação para esta modalidade de atendimento:

A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (BRASIL, 2016)

Incluindo-se, além dos critérios clínicos, a presença de cuidador apto aos cuidados do paciente elegido ao atendimento domiciliar. A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar (AD) é o consentimento da família para a existência do cuidador. (BRASIL, 2012).

Na modalidade AD 1, considera-se elegível o usuário que requeira cuidados com menor frequência e necessidade de intervenções multiprofissionais. Já na modalidade AD 2 o usuário é considerado elegível a fim de abreviar ou evitar hospitalizações, caso apresente ou tenha: afecções agudas ou crônicas agudizadas, afecções crônico-degenerativas, necessidade de cuidados paliativos e prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer uma das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) e/ou procedimento(s) de maior complexidade, demandando assim períodos maiores de acompanhamento domiciliar. (BRASIL, 2016). De acordo com a Resolução COFEN Nº 0464/2014, que normatiza a atuação da equipe

de enfermagem na AD, a mesma abrange as seguintes modalidades:

I – Atendimento Domiciliar: compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistências, desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares.

II – Internação Domiciliar – é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínuo e até mesmo ininterrupto, no domicílio, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

III – Visita Domiciliar: considera um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido. (COFEN, 2014)

Na saúde suplementar, como a demanda de pacientes é variada, as modelagens dos serviços também o são e a organização da assistência à saúde é determinada pelas operadoras seguindo diferentes critérios que implicam distintas contratualidades com os prestadores, fornecedores e beneficiários. Assim, estão incluídas na modalidade de atenção domiciliar situações tão díspares quanto o gerenciamento e monitoramento de casos, até a assistência domiciliar regular por equipe multiprofissional, com transferência de aparato tecnológico para o domicílio. De modo geral, os programas de atenção domiciliar são desenhados, preferencialmente, para atender pacientes com agravos e doenças crônicas, em sua maioria idosos. (SILVA, 2013).

Segundo Silva e Silva (2017), a AD traz consigo uma grande alteração no do modelo historicamente construído de assistência médico-hospitalar, no que se refere ao local do atendimento, que transpassa de uma instituição de saúde para o domicílio, e à inclusão do terceiro ente na produção do cuidado - o cuidador - como o responsável pelo cuidado diário ao paciente. Essas alterações tiram a centralidade

do cuidado atribuída aos profissionais especializados transferindo-a para a relação paciente/família/cuidador.

Considerada por Boas e Shimizu (2015) como inovação, a AD requer novas tecnologias de cuidados, pois pressupõe um cuidado humanizado e de vínculo entre equipe e família/paciente, com um plano assistencial centrado de natureza multidisciplinar, que nestas circunstâncias constitui-se um desafio constituir equipes de saúde com dimensionamento e tempo de atendimento e deslocamento adequados para prestar assistência de qualidade.

Uma das funções do enfermeiro na assistência domiciliar é a classificação dos casos através de avaliação presencial utilizando as tabelas NEAD de avaliação e a ABEMID de avaliação de complexidade assistencial, como critérios de elegibilidade para o deferimento do benefício de assistência domiciliar, sendo esta questão definida através da Resolução nº1 de Julho de 2017. Após esta avaliação, é definido o Plano de Assistência Domiciliar (PAD) o qual refere quais acompanhamentos o paciente receberá em sua residência e a composição do mesmo por uma equipe multiprofissional.

Dentro deste contexto assistencial, o enfermeiro é o profissional central deste processo sendo na gestão do caso ou na assistência direta ao paciente, exercendo diferentes funções desde gestão financeira, administrativa e assistencial até a assistência direta com realização de visitas domiciliares, procedimentos técnicos, supervisão e plantão. A esse respeito, a literatura demonstra que esse profissional é considerado fundamental na construção deste tipo de cuidado. (STAJDUHAR, et. al., 2010).

Mesmo a assistência domiciliar tendo como profissional central o enfermeiro, há múltiplos fatores que interferem no processo saúde–

Unifalop em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

doença, é de suma importância que o atendimento esteja pautado em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. (BRASIL, 2012).

Conforme estudo de Braga e outros autores (2016), dentre os principais desafios da AD estão o déficit de cuidadores formais, a sobrecarga dos cuidadores formais que advém ao assumir os cuidados cotidianos, as situações de estresse que envolvem o cuidar de forma continuada, as negociações e consequentemente todo o ônus envolvido no cuidado; o que por vezes interfere nas condutas adotadas pelos profissionais, seja por questões financeiras como pelo aceite do cuidador/responsável. Para que o atendimento ocorra de maneira satisfatória evidenciou-se que os cuidadores possuem um papel importante, pois atuam como elo entre a equipe e o usuário (SILVA, SILVA, 2017).

A equipe assistencial junto ao cuidador é de suma importância para que paciente e família se sintam seguros em relação à AD, no entanto, outro desafio é a escassez de profissionais das diferentes especialidades atuando na assistência domiciliar, além de por vezes ser observada a falta de preparo no contexto teórico e prático, o que traz insegurança aos familiares e ao próprio paciente.

Dentre os vários aspectos que envolvem essas articulações, os simbolismos familiares e organizacionais permeiam as interpretações entre os membros familiares, os cuidadores e a equipe multiprofissional, em torno das práticas sociais dos sujeitos no serviço de *home care*. A compreensão dessas interpretações e implicações possibilita a busca de caminhos para que profissionais, cuidadores e familiares envolvidos

contribuam para a própria realização do serviço. (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014).

3. APLICAÇÃO DA GOVERNANÇA CLÍNICA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Com base numa primeira aproximação conceitual de Governança Clínica, destaca-se como premissa a ser estudada, pois tem traduzido as tensões produzidas no diálogo entre: controle-autonomia e normalização-singularização na atenção à saúde. Nesse contexto, o desafio de ampliar o acesso e a disponibilização de ações e serviços de saúde mais qualificados permanece atual e continua demandando a produção de inovações nas práticas de gestão e de cuidado. (GOMES, 2015).

No contexto atual de saúde, a Assistência Domiciliar afirma-se como uma das alternativas à internação hospitalar, pelo potencial de inovação do modelo técnico-assistencial, compondo-se na integralidade e continuidade do cuidado, visando: qualidade e humanização da atenção; trabalho em equipe voltado para um olhar holístico; desenvolvimento de vínculo e participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção de projetos terapêuticos singulares; redução de internações e reinternações, com liberação de leitos hospitalares e, conseqüentemente, diminuição de custos da assistência.(BOAS, SHIMIZU, 2015).

Se a melhoria da qualidade é um objetivo da assistência atualmente a governança clínica pode ser vista como combustível organizacional para isso. Os efeitos desta estrutura, provavelmente, incluirá melhorias na experiência do paciente, segurança

no desempenho clínico e satisfação na força de trabalho, reduções nas readmissões hospitalares, mais serviços de saúde eficientes e apropriadamente localizados e, em última análise, melhorias no desempenho financeiro das instituições.(GAULD, HORSBURGH, 2015).

Baseado nos pilares da Governança Clínica, é possível estabelecer um modelo estrutural de gestão para a assistência domiciliar, para melhoria constante na qualidade dos serviços oferecidos neste modelo de assistência e maior segurança ao paciente e família. Sendo esta estrutura aplicável como um modelo de gestão para a atenção domiciliar fundamentada nos sete pilares da Governança Clínica:

I. Educação e treino

São considerados um elo crucial, íntimo e central da governança clínica. Funciona como uma alavanca para a melhoria da qualidade e correção do mau desempenho profissional. Como núcleos de sentido, destacam-se: compartilhamento de práticas; mudanças de práticas e de comportamento dos profissionais; disseminação cruzada de ideias; desenvolvimento profissional contínuo. O domicílio, como espaço de cuidado, potencializa novas práticas de assistência, nesse sentido, ampliam-se as perspectivas dos profissionais de saúde em relação à assistência domiciliar (AD), bem como o incremento na formação de profissionais capacitados para abordar o planejamento, coordenação e avaliação das ações, a fim de constituir um processo contínuo de articulação com demais setores, cujas ações estejam relacionadas ao paciente e à família. Dessa forma, as organizações de saúde devem responsabilizar-se por proporcionar aos seus colaboradores formação de qualidade de forma contínua baseada em evidências. (GOMES, 2015;

HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014; SANTOS; SÁ, 2010)

II. Efetividade Clínica

É a medida em que uma determinada prática clínica melhora o estado de saúde da população concreta que a recebe nas condições habituais. A efetividade clínica tem sido promovida através do desenvolvimento de normas de orientação clínicas baseadas em evidências, e além deste aspecto, os outros relacionados com a eficiência e com a segurança dos procedimentos devem ser observados pelos profissionais de saúde. Na assistência domiciliar tanto o paciente com as famílias estão vulneráveis à doença e à ação dos profissionais de saúde, especialmente porque o local da assistência foge ao comum, ao ambiente hospitalar onde há um aparato tecnológico e humano (profissionais), o que pode trazer insegurança à família e ao paciente quanto a qualidade e efetividade nas condutas adotadas pelos profissionais para a permanência do paciente no ambiente domiciliar. Nesse contexto, a efetividade clínica é de suma importância para a construção de uma relação de confiança entre paciente/família, profissionais e empresas de saúde (BORGES, et. al., 2016; SANTOS; SÁ, 2010).

III. Auditoria Clínica

Possui um ciclo que inicia com a identificação de um problema, continua com a definição de critérios ou indicadores de qualidade, coleta de informação, comparação do desempenho observado com os critérios de qualidade definidos e termina com a execução da mudança. Os propósitos da auditoria são direcionados à melhoria de desempenho, a partir da consciência da extensão e natureza do erro, assim como, da

Unifalco em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

necessidade de melhorar padrões de prática e processos de trabalho. (GOMES, 2015; SANTOS, 2010)

IV. Desenvolvimento e investigação

A governação clínica incentiva a investigação, a pesquisa e o desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos baseados na evidência de efetividade, de forma a melhorar continuamente os resultados nos usuários. Considerando a AD como uma inovação técnico-assistencial, como uma nova forma de assistência à saúde, torna-se essencial a busca por novos conhecimentos, bem como o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de novos saberes em saúde voltados para a AD. Mesmo sem existir atualmente um investimento específico das instituições de Saúde e Governos em relação à produção de novos modos de cuidar na atenção domiciliar, e reconhecendo as disputas no cotidiano do trabalho na atenção domiciliar, pôde-se identificar, inovação tecnológica sobretudo no campo das tecnologias leves. (SANTOS; SÁ, 2010; SILVA, 2013)

V. Transparência

A transparência na informação e comunicação com as pessoas, populações, mídia e sociedade está presente na tomada de decisões e na prestação de contas dos serviços e das instituições envolvidos na rede de atenção à saúde. A abertura das organizações, salvaguardando a confidencialidade do usuário e do prestador de cuidados, é uma parte fundamental da garantia de qualidade. (PADILHA, 2018; SANTOS; SÁ, 2010).

VI. Gestão do risco/ Segurança dos doentes

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os usuários, para os próprios profissionais de saúde e para a organização. A obtenção do máximo benefício, por meio da melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado, ocorre pela redução: (i) do risco inerente ao processo do cuidado para todos os envolvidos; (ii) do dano ao mínimo possível; (iii) da variabilidade das decisões clínicas segundo as melhores evidências e aumento da segurança. E mais uma vez volta-se na atenção domiciliar a necessidade de protocolos claros, bem definidos e devidamente implementados pelas organizações de saúde, seja esta pública ou suplementar, e de uma equipe experiente, preparada, e continuamente capacitada a prestação dos cuidados. A preocupação com segurança do paciente surge a partir da constatação da magnitude e natureza dos erros relacionados à prática médica e da necessidade de melhorar os padrões relacionados à prática e planejamento em saúde. (GOMES, 2015; PADILHA, 2018; SANTOS, SÁ, 2010).

Como na AD ainda não há um modelo de gestão instituído de forma universal, ou até mesmo padrão, apesar das resoluções e portarias do Sistema Único de Saúde, as instituições de saúde propõem conforme sua demanda as diretrizes que devem ser seguidas pelos profissionais que atuam nesta modalidade, sem que muitas vezes se estabeleça critérios e protocolos para que o atendimento aconteça com qualidade e segurança. A governança clínica apresenta-se como uma opção inovadora e confiável para formação de um modelo de gestão em excelência, mas para que a implementação da governança clínica ocorra de forma satisfatória nas instituições depende de profissionais os profissionais dispostos a se envolverem em atividades de liderança e na

Unifalco em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

mudança do sistema de saúde em que trabalham, sendo este além do financeiro o principal desafio deste modelo de gestão. (GAULD, HORSBURGH, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário atual de assistência à saúde o Brasil, onde a demanda sobrepõe a oferta de serviços, a Assistência Domiciliar reafirma-se como uma estratégia, uma saída, para atender melhor os usuários e fazê-lo de forma holística e centrada em sua necessidade envolvendo o seu círculo social, diminuindo assim os custos da assistência, uma vez que o próprio usuário e família são corresponsáveis no cuidado. Porém, ainda não há um modelo de gestão que beneficie e atenda de forma integral e com qualidade a demanda por este serviço seja na saúde pública ou suplementar.

Mesmo após a regularização e criação de diretrizes para o atendimento domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) através do Programa Melhor em Casa, o gerenciamento deste tipo de atenção não se concretizou em um padrão que atenda de forma efetiva e segura a população elegível a este serviço.

Na saúde suplementar (privada), apesar da disseminação dessa forma de assistência através dos beneficiários de planos de saúde, e supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não há um modelo de gestão que atenda a exigência de qualidade necessária a este modelo de atenção, pois ainda se cultiva o foco no modelo hospitalocêntrico⁵do cuidado. A Atenção Domiciliar, ainda

⁵ Modelo de assistência baseado nos cuidados da saúde em hospitais.
Unifal em Pesquisa, São Paulo SP, v.10, n.1 jan/2020

predominantemente vista como uma forma de redução de custo, e uma alternativa às internações prolongadas, pois propõem-se as condições para a concessão deste benefício pelos planos de saúde a depender de sua demanda.

Devido a esta falta de padrão na gestão, foi proposta esta pesquisa a qual traz a Gestão Clínica como uma opção de modelo de gestão com foco na qualidade e melhoria contínua na assistência, a qual através de seus seis pilares, prova-se como uma opção eficaz para esta questão, pois coloca a qualidade como foco da gestão e a excelência como o objetivo a ser alcançado através do gerenciamento total do cuidado e envolvimento de todos os profissionais da instituição, buscando sempre a melhoria contínua dos serviços prestados.

No entanto, para que a Governança Clínica seja incorporada como modelo de gestão para a assistência domiciliar é necessário que os líderes estejam inteiramente comprometidos e dispostos a estudar, compreender e implementar as diretrizes bases. E ainda que se haja investimento financeiro para a implementação, pois este modelo exige mudanças estruturais, que visam excelência na assistência, posterior diminuição de custos e lucro futuro. Porém para melhor compreender a incorporação da Governança Clínica como um modelo de gestão para a Assistência Domiciliar é necessário realizar-se estudos futuros em instituições que optem por este tipo de gestão para que possa se medir qualitativamente e quantitativamente os impactos deste modelo, pois ainda não há estudos deste assunto no Brasil.

REFERÊNCIAS

BOAS, Maria Leopoldina de Castro Villas; SHIMIZU, Helena Eri. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 32-40, fev. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100032&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BORGES, M. V., et. al. Implicações simbólicas na organização de um home care: interpretações entre a equipe de saúde e os cuidadores familiares. **REAd. Rev. eletrôn. adm.** (Porto Alegre), Porto Alegre , v. 22, n. 1, p. 52-76, abr. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112016000100052&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRAGA, P.P., et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.903-912, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília:Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRIGGS, J. Joanna Briggs Institute reviewers manual. Australia Edition 2011. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>. Acesso em: 14 de Abril de 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. PRÓ-SAÚDE. Resolução nº1 de 21 de Julho de 2017. Dispõe sobre a assistência domiciliar e os serviços de cuidador de que tratam os arts. 28 e 33 do Regulamento do PRÓ-SAÚDE Boletim Administrativo da Câmara dos Deputados - Página 2311, Brasília, 2017.

COFEN. Resolução COFEN n. 0464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília 2014.

GABINETE DO MINISTRO. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 -Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

GAULD, R., HORSBURGH, S. Healthcare professionals' perceptions of clinical governance implementation: a qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. **BMJ Open**. v. 5, New Zealand, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/270662174_Healthcare_professionals'_perceptions_of_clinical_governance_implementation_A_qualitative_New_Zealand_study_of_3205_open-ended_survey_comments>. Acesso em: 28 abr. 2019.

GAULD, R., HORSBURGH, S. Are some health professionals more cognizant of clinical governance development concepts than others? Findings from a New Zealand study, **Journal of Public Health**, Volume 38, Issue 2, June 2016, Pages 363–370. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/270662174_Healthcare_professionals'_perceptions_of_clinical_governance_implementation_A_qualita

tive_New_Zealand_study_of_3205_open-ended_survey_comments.>
Acesso em: 28 abr. 2019.

GOMES, Romeu et al . A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 8, p. 2431-2439, Aug. 2015 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2018.

GOMES, Romeu; LIMA, Valéria Vernaschi. Clinical Governance in question. **Sci. Med.** V.27, n.2, ID27698, abr-jun, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/27698>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

HERMANN, A. P., NASCIMENTO, J. D., LACERDA, M. R. Especificidades do cuidado domiciliar apreendidas no processo de formação profissional do enfermeiro.