

Editorial

Engajamento médico: Grupos Médicos Assistenciais

Physicians' engagement: Medical Care Groups

Sidney Klajner¹

PROJETO CORPO CLÍNICO

Introdução

A relação entre o Hospital Albert Einstein e seu corpo clínico data do início de suas atividades. O convite a médicos, para atuarem no hospital, feito pelo próprio Presidente, modelo inicial de atração de médicos, foi seguido pela instrumentalização da forma de cadastramento, quando houve a necessidade de comprovação de titularidade e de habilidades, até chegarmos ao modelo atual, no qual, além do credenciamento, o profissional é acompanhado, e sua prática é monitorada.

Durante essa jornada de mais de 40 anos, o contexto no qual a atividade médica se desenvolveu, dentro e fora do hospital, influenciou sobremaneira na forma de organização de nossos médicos. Além disso, a própria relação médico-paciente constituiu em influência na atividade e no relacionamento entre médicos, já que passamos de uma postura paternalista exercida pelo médico, que julgava, de forma isolada, aquilo que devia ou não fazer parte do tratamento, para uma situação na qual o poder de decisão é compartilhado com o paciente. De fato, hoje o acesso à informação é facilitado pela Internet, por meio de fontes de informação, comu-

nidades de pacientes, redes sociais, dispositivos móveis, entre outros. Prova recente foi a parceria entre o Hospital Albert Einstein e o Google, para prover informação relevante em saúde ao internauta em sua pesquisa.

A maior complexidade da medicina que hoje observamos, com a superespecialização dos médicos e da equipe multiprofissional; o surgimento, de forma crescente, de dispositivos tecnológicos que agregam valor ao resultado do tratamento; a necessidade da interação entre as diversas especialidades para trazer um melhor desfecho ao paciente; e, principalmente, o custo agregado ao diagnóstico e ao tratamento, resultados do incremento de profissionais, de estrutura física e tecnológica obrigam a nos prepararmos para um futuro próximo no qual não haverá espaço para complicações “evitáveis”, desperdício de recursos, mecânicas de remuneração apoiadas na utilização de materiais e medicamentos. Não haverá como exercer nossa missão, de excelência do atendimento, sem oferecer o melhor disponível para nosso paciente.

Diante dos desafios para o futuro da nossa organização, vimos que não há como desenvolver a melhor atividade médica

¹ Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Sidney Klajner – Avenida Albert Einstein, 627, bloco A1, consultório 208 – Morumbi – CEP: 05652-000 – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: (11) 2151-0112 – E-mail: klajner@einstein.br

DOI: 10.1590/S1679-45082016ED3757



Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

sem que tivéssemos um corpo clínico extremamente organizado, engajado, alinhado com o melhor interesse da instituição e em prol do paciente. Para isso, é necessário organizarmos de forma diferente nossos médicos, atraindo e formando os mais jovens, agregando conhecimento e condições de trabalho em equipe, com a participação de outros profissionais da saúde, devolvendo a liderança da organização da atividade assistencial ao médico – agora informado e habilitado a exercer esse papel no contexto da medicina do século XXI.

Histórico

O Hospital Albert Einstein iniciou suas atividades em 1971 e, desde então, os fatos marcantes em torno de seu corpo clínico podem ser descritos como se segue.

Desde o sonho visionário de Manoel Tabacow Hidal e da fundação da Sociedade, em 1955, a atratividade de médicos ocorreu por convite de seus presidentes: o próprio Dr. Hidal, que vislumbrava a criação de uma estrutura de departamentos semelhante à da academia, e, posteriormente, o Dr. Josef Fehér, que passou a atrair e convidar médicos com base em um modelo de aquisição tecnológica jamais visto entre hospitais de nosso país.

Poucos médicos já estabelecidos como professores de universidades ou seniores com atividade na região central da cidade vieram a atuar no hospital, em razão da distância do Morumbi e do fato de se tratar de um hospital novo. Isso motivou a vinda de jovens médicos, que enxergaram no Hospital Albert Einstein uma forma de “plantar” suas carreiras.

Ao término da gestão do Dr. Josef Fehér e, principalmente, na gestão do Dr. Reynaldo Brandt, iniciou-se um movimento pela qualidade baseada em métrica, e não em reputação, processos e certificações. Fundamental foi a participação de vários médicos do corpo clínico para que, em 1999, obtivéssemos a primeira acreditação pela *Joint Commission International*.

A partir da década de 1990 é que teve início a profissionalização de alguns médicos das áreas mais estruturais de suporte da atividade da instituição, como unidade de pronto atendimento, unidade de terapia intensiva, laboratório e imagem.

Em 1996, com o aumento do número de médicos contratados, a sistematização do atendimento de emergência (*Advanced Cardiovascular Life Support – ACLS*, *Advanced Trauma Life Support® – ATLS*, e *Pediatric Advanced Life Support – PALS*), e os grupos de suporte formados por médicos do corpo clínico não contratado, observou-se uma “liderança médica” mais distribuída nas áreas. Neste momento foi criada a Diretoria Clínica Formal, hoje exigência do Conselho Federal de Medicina e exercida em primeira vez pelo Dr. Nelson Hamerschlak.

Esta organização inicial permitiu a escolha dos médicos para atuarem como suporte e na retaguarda do pronto atendimento, contribuiu para o fortalecimento do médico e do corpo clínico, e permitiu a criação de um indicador médico. Além disso, foram criadas as primeiras comissões médicas, o programa de Educação Médica Continuada e os fóruns de especialidades. No ano 2000, nasce o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa da forma como é hoje, desenvolvendo-se a partir do centro de estudos que já existia.

Em 2003, ocorreram a profissionalização da gestão da sociedade e a formação de lideranças, médicos gestores, havendo, com ela, o enfraquecimento do corpo clínico e de seu poder decisório. A mudança de princípios dessa gestão, representada por seu CEO (*Chief Executive Officer*), após consultoria externa, contribuiu para uma série de mudanças na forma de remuneração, corte de salários e demissões, que geraram grande impacto no ambiente de trabalho.

Foram ainda criados programas estratégicos, como o Programa de Relacionamento Médico, que vem se sofisticando até hoje e sempre tendo a meritocracia como seu alicerce. Incluíram-se, neste programa, o *feedback*, as metas de qualidade e o programa de segurança do paciente.

Deve ser lembrado também o início das parcerias governamentais, com a atividade nas Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA) e no Programa Saúde da Família (PSF), no Hospital Municipal Dr. Moisés Deutsch-M’Boi Mirim.

Ao final da década de 2000, observamos a transferência de parte das atribuições da Diretoria Clínica

para a Diretoria de Prática Médica, institucional, a revisão de indicador médico e retaguarda, a ocupação dos consultórios do Pavilhão Vicky e Joseph Safra, e outros benefícios e privilégios baseados em meritocracia.

A análise histórica daquilo que envolveu a relação entre a Sociedade e seus médicos permitiu algumas conclusões, que servem como ensinamentos e como norte na formulação de um novo modelo de relacionamento capaz de manter a posição de liderança médica que ocupamos até hoje.

Premissas para o projeto

- Crescimento exponencial da Sociedade, em todas as áreas (assistência, ensino e pesquisa), transformando-se em um verdadeiro sistema de saúde.
- Uma maior complexidade da medicina demanda trabalho em equipe, com interação entre especialista, equipe multiprofissional, áreas ou serviços. Exige também cooperação entre médicos, ao invés de apenas concorrência interna. A qualidade da relação entre médicos deve evoluir.
- Necessidade de uma nova mentalidade, com visão sistêmica pelos médicos, que inclua noções de gestão, economia da saúde, recursos, qualidade e segurança, bem como novos conceitos sobre ética.
- Ampliação das atividades de ensino.
- Necessidade de atração de jovens talentos e capacidade de *coaching* em face do envelhecimento do corpo clínico atual e da desmotivação do médico contratado pela falta de oportunidades de crescimento. Criação da oportunidade de Carreira Assistencial, Ensino, Pesquisa e Responsabilidade Social.
- Parcerias estratégicas com instituições internacionais de renome.
- Expansão de pacientes institucionais.
- Ameaça da influência das operadoras de saúde na atividade médica, por meio de incentivos e da própria verticalização dos serviços de saúde.
- Ameaça da influência da indústria de materiais e medicamentos na segurança do paciente e sob risco de abalar os pilares sólidos da ética médica e institucional.

- Suporte à formação do médico dentro do Hospital Albert Einstein (faculdade, residência médica, pós-graduação e *fellowship* internacionais).
- Valor agregado à relação médico-paciente na assistência (experiência do paciente).
- Amadurecimento dos indicadores de meritocracia no relacionamento com a instituição (engajamento médico).

Visão e diretrizes

A visão se ampara em ser modelo de atração, integração a uma estrutura multiprofissional, desenvolvimento e fidelização do corpo clínico ao Hospital Albert Einstein, para a excelência do atendimento a seus pacientes.

As 13 diretrizes estratégicas centrais, que nada mais são que aquilo que queremos para futuro do nosso hospital, são as seguintes:

1. Relação médico-paciente (*patients first*).
2. Mapear e desenvolver as redes de relacionamento profissional no corpo clínico.
3. Estabelecer novo modelo de liderança médica, baseado em intensa participação do médico e considerando a prática.
4. Organizar a relação e as atividades do corpo clínico por interesses afins.
5. Melhorar os suportes tecnológico e administrativo à prática e ao desenvolvimento médico.
6. Oferecer ao corpo clínico suporte para a realização de pesquisa clínica e translacional, com compartilhamento de resultados.
7. Assegurar a contínua atualização médica.
8. Oferecer oportunidades de desenvolvimento de uma visão ampliada das atividades relacionadas à saúde (educação).
9. Apoiar ativamente o desenvolvimento de uma abordagem transdisciplinar na prática médica, envolvendo áreas, serviços e profissionais.
10. Criar um modelo flexível de carreira médica, como forma de atração de talentos.
11. Fomentar a melhoria contínua do modelo de relacionamento com o corpo clínico.
12. Buscar a plena satisfação do médico com sua carreira e vida profissional no hospital.

13. Buscar remuneração atrativa e alinhada com os interesses da sociedade.

Estratégia

De início, optou-se por eleger 3 das 13 diretrizes estratégicas para que pudéssemos, de forma prática, iniciar o projeto de fato: (1) trazer de volta ao médico a liderança de sua prática; (2) organização do corpo clínico por interesses afins, e não mais por especialidades; (3) modelo flexível de carreira médica. A forma encontrada pelos médicos para organizar essas diretrizes foi por meio da criação dos Grupos Médicos Assistenciais (GMA).

O GMA é, então, o conjunto de profissionais da assistência organizados pelo Comitê de Qualidade e Assistência, da Diretoria e, em consonância com este, responsável pelos processos e pelas ações para melhorar a qualidade e a segurança da assistência ao paciente. Estes grupos podem ser organizados com base em doenças e condições específicas ou por terapias e tecnologias.

Os GMA têm por objetivo:

- Alinhar suas atividades aos princípios éticos e à estratégia da instituição.
- Promover a adesão de práticas baseadas em evidências.
- Desenvolver o atendimento com foco em equipe multidisciplinar.
- Desenvolver um atendimento centrado no paciente.
- Propor melhorias no suporte tecnológico e administrativo à prática e ao desenvolvimento médico.
- Estabelecer métodos e oportunidades de aprendizado.
- Desenvolver ensino e pesquisa.
- Aumentar o acesso de pacientes aos serviços da instituição.
- Dar suporte técnico dentro de sua área de atuação para as atividades institucionais junto aos órgãos reguladores, fontes pagadoras e prestadores de serviços de saúde.
- Participar nos processos de avaliação de desfecho, satisfação do paciente e eficiência.
- Identificar, atrair, reter e desenvolver talentos médicos.

- Desenvolver redes de relacionamento profissional no corpo clínico, para continuidade do tratamento e retenção do paciente no sistema Einstein.
- Propor novos serviços, modelos de remuneração e níveis de honorários.

Com a organização do corpo clínico em GMA e sua atuação de forma madura, em sinergia com os profissionais executivos da gestão, pretende-se incentivar, dentro de suas atividades, as dez diretrizes restantes, caracterizadas anteriormente.

Fase atual

Para início dos trabalhos, foram criados três GMA piloto, tendo sido convidados médicos do corpo clínico de várias especialidades, autônomos e contratados, bem como membros da equipe multiprofissional. Os convites foram baseados no Programa de Segmentação. Os grupos foram: Síndrome Metabólica, Hepatologia e Intervenções Endovasculares.

As atividades desses grupos permitiram o entendimento e a lapidação do *modus operandi* de cada um deles. Discussões acaloradas foram iniciadas, e todas elas culminaram com decisões e propostas de trabalho de impacto na prática, em ensino (simpósios) e em pesquisa. Além disso, houve participação e engajamento total da equipe multiprofissional.

A experiência adquirida com os GMA piloto impulsionou a ampliar o número de grupos, e optamos por transformar em GMA os grupos que já atuavam dentro dos programas das especialidades estratégicas (cardiologia, oncologia, neurologia, ortopedia, transplantes e cirurgia). Hoje contamos com 29 GMA em plena atividade e, destes, surgiram, até o momento, 55 macroações relacionadas à melhoria da assistência aos pacientes, da saúde populacional voltada à prevenção e à identificação precoce de riscos, e da redução de custo e desperdício. Estes três pilares da qualidade fazem parte da política por nós adotada, proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement*, do qual o Hospital Albert Einstein é parceiro estratégico. Somam-se a estes resultados benefícios intangíveis, como o comparti-

lhamento do conhecimento e o melhor relacionamento entre médicos do corpo clínico, e entre estes e a equipe multiprofissional.

Os coordenadores de GMA, eleitos pelo grupo, são preparados para o exercício de sua atividade em módulos de curso de formação de coordenadores elaborados pela Diretoria Médica, durante os quais se procura cobrir cada lacuna de formação, principalmente relacionada à gestão, às relações interpessoais e à governança da instituição. Periodicamente esses coordenadores participam da reunião do Comitê de Qualidade e Assistência para apresentarem as realizações mais significativas e os planos futuros de seus respectivos GMA, assim como para pedir suporte da instituição para projetos que demandam recursos ou mudanças importantes em algum processo ou prática organizacional.

Os GMA têm se mostrado também uma iniciativa estratégica para a atração e a retenção de jovens talentos, que são expostos à discussões complexas sem o peso da hierarquia, em um ambiente colegiado. O corpo clínico mais experiente, por sua vez, pode exercer sua capacidade de *coaching* e se atualizar com as ideias e as novas tecnologias propostas por todos os tipos de profissional. Os indicadores e os casos de padronização, as melhorias de processos e as inovações já implementadas mostram que os GMA são uma estratégia organizacional importante para a busca contínua de níveis sempre mais elevados de atendimento aos pacientes. Por fim, os GMA também têm se tornado um componente relevante para atração, integração e fidelização do corpo clínico, estando alinhado aos padrões meritocráticos de nossa instituição.

