

Relato de experiência: construção do modelo assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Experience Report: Model construction care Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Juliana Santos Amaral da Rocha¹
Andrea Diogo Sala²
Eduardo Baptista de Almeida³
Fabiana Cristina Mari Mancusi⁴
Fátima Silvano Furtado Gerolin⁵
Fernanda Torquato Salles Bucione⁶
Lara Cristina Viana de Almeida Bueno⁷
Luciana Mendes Berlofi⁸
Luciene Cristine da Silva Ferrari⁹
Michelle Bezerra¹⁰
Simone Moraes¹¹
Suzana Maria Bianchini¹²

¹Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina. Especialização em Enfermagem Oncológica pelo Hospital A.C. Camargo. Especialização em Gerenciamento de Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina. Mestranda do programa de pós-graduação em gerenciamento de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: jsamaral@haoc.com.br

²Fisioterapeuta. Graduação em Fisioterapia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: andreas@haoc.com.br

³Fisioterapeuta. Graduação em fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. Especialização em Pneumologia e fisioterapia Respiratória pela Universidade Federal de São Paulo. MBA em Administração Hospitalar e Gestão em saúde pela Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: edugra@uol.com.br

⁴Enfermeira. Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, pela Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. Especialização em Administração Hospitalar, pelo Instituto de Pesquisa Hospitalar-IPH. MBA em Gestão Empresarial, pela BBS Business School. São Paulo. Brasil. E-mail: fabiana.mancusi@haoc.com.br

⁵Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da USP. Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: fatima@haoc.com.br

⁶Enfermeira. Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. MBA Gestão da Saúde na Fundação Getúlio Vargas. Especialização em Gestão da Qualidade em Saúde pelo Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. Brasil. E-mail: ftsalles@haoc.com.br

⁷Farmacêutica. Graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade Bandeirante de São Paulo. Especialização em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica pela Universidade Gama

Filho. MBA em Administração Hospitalar e Gestão em Saúde pela Faculdade de Educação em Ciências da Saúde. São Paulo. Brasil. E-mail: laracvab@hotmail.com

⁸Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Clínica Médico Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo. Mestrado em Ciências pela UNIFESP. MBA em Gestão de Serviços em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. Brasil. E-mail: luciana.berlofi@haoc.com.br

⁹Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Especialização em Saúde Pública pela USP. Especialização em Transplante pela Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: luciene.ferrari@haoc.com.br

¹⁰Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho. Especialização em Urgência e Emergência pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: mibezerra@haoc.com.br

¹¹Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho. Especialização em Enfermagem em Cardiologia pela Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: simoraes@haoc.com.br

¹²Enfermeira. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Enfermagem pela Universidade Guarulhos. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: suzana.bianchini@haoc.com.br

RESUMO

Para modificar o cenário do processo de cuidar, visando uma assistência com qualidade e segurança e a participação do paciente e família, as instituições de saúde têm buscado modelos assistenciais interdisciplinares que atendam esta premissa. Este relato de caso experiência teve o objetivo de descrever a construção do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz. O time de trabalho foi composto por 20 profissionais assistenciais que em reuniões semanais discutiram os modelos existentes na assistência e construíram o modelo ideal para a instituição, com base em valores e melhores práticas. Cinco pilares foram estabelecidos e descritos para embasar e sustentar o *processo de cuidar* no Modelo Assistencial: comunicação; gerenciamento; educação do paciente e família; qualidade e segurança e desenvolvimento profissional e pessoal. O modelo foi dividido didaticamente em 6 fases: avaliação e investigação; planejamento; implementação; monitoramento; avaliação dos resultados e reintegração/ readaptação. O grupo elaborou o símbolo esquemático que representa os principais valores da assistência na Instituição, tendo como principal diretriz entregar o melhor cuidado para o paciente e família. A descrição do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz permitiu registrar a forma com que o processo de cuidar acontece na Instituição, entendendo que a assistência deve ocorrer de forma individualizada, integral e humanizada, baseada em evidências e centrada no paciente e família, considerando as histórias de vida e necessidades características dos indivíduos o que permite a construção de confiança entre o paciente e a equipe assistencial.

Palavras-chave: Modelo assistencial centrado no paciente e família. Continuidade da assistência ao paciente. Planejamento da assistência ao paciente. Qualidade da assistência à saúde. Assistência centrada no paciente. Humanização da assistência.

ABSTRACT

To modify the setting of the care process, aimed at quality and safety care and the participation of the patient and family, health institutions have looked for interdisciplinary care models that meet this assumption. This case report aimed to describe the construction of the Hospital Alemão Oswaldo Cruz Care Model. The work team that built this model was consisted of 20 healthcare professionals. They had weekly meetings to discuss care models and built the ideal model for the hospital, based on values and best practices. It was established five pillars to described, support and sustain the process of caring for the Hospital Alemão Oswaldo Cruz Care Model: communication; management; patient and family education; quality and safety, professional and personal development. The model was didactically divided into six phases: evaluation and investigation; planning; Implementation; monitoring; evaluation of results and reintegration / rehabilitation. The group prepared the schematic symbol representing the core values of care in the hospital, the main guideline to deliver the best care for patient and family. The description of Hospital Alemão Oswaldo Cruz Care Model allowed to record the way in which the care process takes place in the institution, understanding that care should take place in an individualized, comprehensive and humane way, evidence-based and patient and family centered care, considering the stories of life and characteristics needs of individuals which allows the building of trust between the patient and the care team.

Keywords: Patient and family centered care model. Continuity of patient care. Planning of patient care. Quality of health care. Patient-centered care. Humanization of care.

INTRODUÇÃO

Cuidar tem como significado assistir, administrar e ensinar, também é percebido como ajuda, zelo, ação e comportamento que busca manter o bem-estar (WALDOW, 2006). O cuidado, portanto, engloba atos, comportamentos e atitudes. Os atos realizados no cuidado variam, de acordo com as condições em que ocorrem as situações, e com o tipo de relacionamento estabelecido.

Existem tipos diferentes ou maneiras distintas de cuidar, que variam de intensidade. A maneira de cuidar depende da situação e da forma com que os profissionais se envolvem neste contexto, e com o sujeito, que é motivo de atenção do cuidado (WALDOW, 1998).

A dimensão humana e subjetiva que está na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem grande influência na eficácia dos serviços hospitalares.

A qualidade da relação humana é um dos pontos críticos do sistema hospitalar. É preciso mudar a forma de se posicionar frente ao seu principal objetivo de trabalho: a vida, o sofrimento e a dor de pessoas fragilizadas pelas doenças.

Neste contexto, o processo de cuidar nas instituições de saúde ocorre em um ambiente físico e social no qual interagem os profissionais da equipe interdisciplinar, pacientes e família, com expectativas e valores característicos; constituindo o chamado ambiente do cuidado (MANTHEY, 2014).

Esse ambiente deve ser sustentado por um referencial teórico que reflita a filosofia da instituição, considerando sua história, valores e conceitos sobre o processo de cuidar, o que defini os princípios e ações dentro do modelo assistencial. Durante este processo considera-se a visão particular do cuidado do ponto de vista do paciente e da família, que o percebem a partir de suas necessidades e expectativas (MANTHEY, 2014).

O cuidado centrado no paciente e família, também conhecido como cuidado centrado na família, surgiu na década de 70 do século XX com o propósito de definir a qualidade do cuidado prestado na instituição de saúde, de acordo com a percepção dos pacientes e suas famílias, além de discutir a autonomia do paciente frente às suas necessidades de saúde, considerando que a família é um elemento fundamental no cuidado e a manutenção do vínculo é benéfica para ambos (INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE, 2007).

Entretanto, observa-se que na prática assistencial, os profissionais e as instituições de saúde estabelecem o processo de cuidar com foco em realização de tarefas e não no cuidado centrado no paciente e família. Para modificar este cenário, as instituições de saúde têm buscado modelos assistenciais que coloquem o paciente e família no centro do cuidado (WALDOW, 2006).

Intervenções de enfermagem direcionadas ao paciente e família estão difundidas no meio acadêmico e em várias pesquisas, no entanto, a prática assistencial tanto de enfermagem quanto multiprofissional não tem reproduzido os mesmos avanços que estudos teóricos e pesquisas têm encontrado (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A construção e implementação de um modelo assistencial interdisciplinar centrado no paciente e família, que considere princípios e valores institucionais e da equipe assistencial pode contribuir para o fortalecimento do vínculo entre os mesmos e para os melhores resultados possíveis na assistência à saúde, além da sustentabilidade institucional.

Dessa forma, considerando-se o impacto gerencial e assistencial que a escolha e implementação de um modelo assistencial interdisciplinar representam para a construção dos resultados em saúde para as instituições afins, esse artigo objetivou relatar a experiência de desenvolvimento do processo de elaboração do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção e as estratégias de implementação do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz centrado no paciente e família.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz foi fundado em 26 de setembro de 1897 por um grupo de imigrantes de língua alemã, liderado pelo empresário e cônsul honorário da Alemanha na época, Anton Zerrenner.

O objetivo era constituir uma instituição de saúde que atendesse integrantes da colônia e a população em geral, como forma de retribuição pelo acolhimento que receberam quando desembarcaram no Brasil.

O terreno próximo à Avenida Paulista, ainda com características rurais, foi adquirido em 1905, após campanhas de arrecadação de fundos. Esses recursos viabilizaram, 17 anos depois, a efetiva construção do projeto arquitetônico de Curt Hildebrand, que até hoje caracteriza o complexo do Hospital no bairro do Paraíso, em São Paulo - SP.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz possui 118 anos de história. É uma instituição privada, sem fins lucrativos, sendo classificado como hospital de alta complexidade, predominantemente cirúrgico.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Em 2009, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC por meio da Superintendência Assistencial, estabeleceu uma nova forma de organização do modelo de trabalho de sua equipe assistencial, consolidando o modelo de referência de cuidado denominado *Primary Nursing* (MANTHEY, 2014), no qual o profissional que presta cuidados a um determinado paciente passa a ser reconhecido como referência para o seu cuidado durante o período de internação.

Esse modelo, desenhado a princípio como modelo assistencial para equipe de enfermagem, foi implementado no HAOC com a característica de ser estendido aos membros da equipe assistencial: farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas.

Com a premissa assistencial de ser fundamental que o vínculo entre paciente, família e profissional da saúde seja estabelecido, a liderança assistencial evoluiu, em 2012, o modelo *Primary Nursing* para o modelo *Relationship Based Care* (KOLOROUTIS, 2012) que utiliza

os conceitos do relacionamento terapêutico para auxiliar o processo de conexão e de fortalecimento destes vínculos.

Em 2014, após vários ciclos de treinamento sobre o modelo já implementado e com o surgimento da necessidade compreendida de individualizá-lo mais profundamente à instituição e aos seus valores, a liderança assistencial inicia a formação de um grupo multiprofissional assistencial para discussão e construção de um modelo próprio que refletisse seus princípios, valores e vocação.

Todos os profissionais da equipe assistencial foram convidados a participar da construção deste modelo, por meio de uma divulgação institucional em correio eletrônico, com a proposta de compor um time de trabalho. Ao todo 20 profissionais manifestaram interesse, compondo a formação inicial do time, incluindo enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionistas. Profissionais de nível técnico não manifestaram interesse.

Após a formação do time, estabeleceram-se reuniões semanais onde o processo de cuidar sob a ótica dos diversos profissionais, em conceito e prática, foi discutido, bem como a maneira ideal, preconizado pelo HAOC, sobre a entrega do cuidado ao paciente e família foi registrada.

Alinhado à discussão do processo de cuidar, as reflexões sobre as teorias de enfermagem foram também realizadas, culminando na escolha de quatro referenciais teóricos para sustentar o modelo assistencial a ser desenhado: Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (HORTA, 1979), Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 1991), Cuidado Humano de Jean Watson (GEORGE, 2000) e a Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson (KOLOROUTIS, 2012).

Compreendeu-se que os conceitos referenciados por essas quatro teorias de enfermagem traduzem as crenças da instituição e direcionam as ações de cuidado centrado nas necessidades do paciente e família, buscando alcançar os melhores resultados possíveis.

A identificação das necessidades humanas básicas afetadas, o planejamento para o autocuidado, a percepção do ser humano como indivíduo único em um contexto único, a estruturação dos cuidados seguindo-se os cinco elementos do processo de cuidar e a percepção do autoconhecimento pelos profissionais de saúde são atributos essenciais do modelo.

Com os referenciais teóricos acordados e compreendidos como permeáveis a todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar, o time entendeu que o modelo assistencial em construção deveria ser estruturado em fases para a melhor compreensão e estruturação.

Dessa forma o processo estruturara-se seis 6 fases descritas, a saber: A **fase 1, denominada Avaliação e investigação**, compreende a busca pelo conhecimento abrangente e profundo dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde do paciente atendido no HAOC, bem como sua condição socioeconômica, suas necessidades e carências, suas crenças e valores culturais, entre outros aspectos, contribui para que seja possível entregar um cuidado individualizado e integral.

A equipe assistencial do HAOC ao conhecer e avaliar o paciente, tem nesse processo duas vias – de um lado a pessoa que está necessitando dos cuidados de saúde, e de outro o profissional com preparo técnico-científico, humanístico e disponível para o cuidado efetivo. Desse modo, o paciente e sua família se sentirão atendidos em suas necessidades.

A **fase 2**, determinada pelo **Planejamento**, onde são definidas as metas assistenciais baseadas nos sinais e sintomas e nas necessidades referidas pelo paciente, levando-se em consideração os problemas, as necessidades humanas básicas afetadas e o seu grau de dependência. É a fase de construção de uma ferramenta que determina, antecipadamente, atividades que devem ser realizadas em busca de objetivos e metas que pretende-se alcançar mediante as necessidades identificadas. Busca-se o envolvimento do paciente e família neste processo, que é contínuo, sistematizado e dinâmico, visando sempre o futuro de forma interativa, sendo reavaliado e recebendo intervenções conforme a avaliação dos profissionais.

O processo de planejamento é colaborativo e utiliza os dados da avaliação inicial e de reavaliações periódicas realizadas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogo, farmacêuticos, assistente social e outros profissionais de saúde para identificar e priorizar os tratamentos, procedimentos e cuidados que atendam às necessidades do paciente. A comunicação efetiva é valorizada nesta fase, pois garante a integração entre os profissionais. Por meio de um planejamento bem estruturado é possível transformar uma determinada realidade, impactando na qualidade da assistência entregue aos pacientes. Além disso, uma reabilitação efetiva pode ser alcançada por meio do planejamento que é iniciado desde a fase de pré-admissão até a alta e pós-alta na instituição.

Já a **fase 3**, compreende a **Implementação**: em que há a execução do plano de cuidados anteriormente estabelecido. É definida por meio do cumprimento da determinação global do que o paciente deve receber diante do diagnóstico estabelecido baseado em troca de roca de informações entre equipe interdisciplinar e paciente/família; estabelecimento das prioridades diárias e mudança de conduta mediante alterações das ações e cuidados caso necessário. A etapa da *implementação* dá continuidade à assistência, determinando qual cuidado o paciente deverá receber e como poderá ser melhor executado.

O mesmo modelo de implementação da assistência é executado tanto para pacientes internados, quanto para os assistidos ambulatorialmente. Cada profissional busca assistir o paciente por meio do trabalho em equipe, sendo a abordagem realizada por diferentes saberes, garantindo que todas as dimensões do cuidado sejam atingidas. A fase garante que o planejamento realizado seja executado em uma sequência que garante a eficácia no atendimento e a continuidade no processo do cuidado.

Em sequência, a **fase 4**, destaca-se no **Monitoramento**, que ocorre de forma sistematizada e contínua, produzindo informações claras e disponíveis a toda equipe assistencial, permitindo uma avaliação situacional por meio de parametrizações e avaliação contínua com intervenção quando necessário. A avaliação e a coleta de informações são realizadas diariamente pela equipe assistencial, alinhada ao tratamento proposto, garantindo o monitoramento e o compromisso com o bem-estar do paciente.

A premissa é estabelecer o bom relacionamento entre pacientes, familiares, médicos e colaboradores para criar ambientes que favoreçam o cuidado. A utilização do prontuário eletrônico em todas as áreas de atendimento possibilita centralizar todas as informações do paciente, desde dados pessoais, exames laboratoriais e de imagem, além das prescrições médicas e de enfermagem, avaliações iniciais, orientações e evoluções diárias interdisciplinares, além de outros registros.

Este conteúdo está disponível para todos os profissionais envolvidos na assistência em todas as áreas a qualquer momento. Os cuidados são direcionados por meio de Protocolos Gerenciados destinados a pacientes em situação de emergência e riscos iminentes, elaborados a partir de *guidelines*, garantindo as melhores práticas em tempo hábil.

Segue-se com a fase 5, determinada pela **Avaliação dos resultados**. O resultado da terapêutica do paciente sofre influência de estrutura, processos de trabalho, recursos e meio ambiente. Por entender que tais influências repercutem no tratamento, a avaliação periódica dos resultados assistenciais obtidos, mediante metas estabelecidas, determina a elaboração do plano de cuidados e necessidade de prorrogar ou alterar o mesmo. Indicadores assistenciais como incidência de Úlcera por Pressão - UPP, incidência de queda, desfecho dos protocolos assistenciais entre outros, são utilizados como referenciais importantes na avaliação do seguimento do cuidado.

Sendo então, necessita permanecer internada, ela é forçada a deixar sua rotina do dia-a-dia, sua casa, o convívio finalizado pela **fase 6**, estipulada pela busca da **Reintegração/readaptação**. Quando uma pessoa familiar, seu trabalho, entre outros.

Tão importante quanto a internação é o momento da alta hospitalar, caracterizado por muitas dúvidas em relação ao seguimento assistencial quando ele já não estiver mais dentro do hospital e tiver que retomar a sua rotina fora da área hospitalar. Este processo entre internação e a alta pode eventualmente exigir flexibilidade e capacidade de adaptações por parte do paciente, família e instalações na residência em decorrência de perdas funcionais nunca antes experimentadas.

Portanto, os pacientes e seus familiares são educados desde o momento em que se estabelece o plano de cuidados até o momento da alta, quando deverá ocorrer a readaptação às rotinas interrompidas.

Após a estruturação do modelo em seis fases, houve o entendimento de que o processo de cuidar é estruturado e sustentado por pilares que refletem também os valores da assistência e conseqüentemente da Instituição. Estes pilares de sustentação do modelo assistencial foram discutidos e descritos, didaticamente, conforme segue:

O primeiro pilar é a **Comunicação** que contempla a informação e o domínio sobre o que queremos comunicar, a nossa intenção, emoção e o que pretendemos quando nos aproximamos do paciente e seus familiares. A informação transmitida no processo de comunicação precisa ser clara, concreta, uniforme e, devemos ter em mente que o processo comunicativo envolve certificarmos-nos de que a informação transmitida foi compreendida exatamente da maneira como intencionávamos.

De acordo com (SILVA, 2006), somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente a esclarecer seus problemas, auxiliando-o a compreender sobre a importância de sua participação na resolução dos mesmos e auxiliando a encontrar novos padrões de comportamento. Esse pilar permeia todas as etapas do atendimento ao paciente, desde o contato telefônico para agendamento e orientações sobre exames, realizados ambulatorialmente, até o contato pós-alta.

Sendo assim, é essencial que haja uniformidade na abordagem ao paciente e família em todas as áreas assistenciais, administrativas e de apoio. Todas as formas de comunicação são utilizadas para transmitir aos pacientes e familiares a mensagem de que é possível entender e oferecer um atendimento de excelência em todo o processo assistencial, colocando não só o paciente e sua família, mas também suas necessidades, no centro de todo o processo.

O **Gerenciamento do cuidado** segue como um importante pilar deste processo, pois objetiva unir todas as fases que envolvem o Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz de forma harmoniosa, sendo que não necessariamente cada fase ocorre em um momento estanque, separado do outro.

As fases se interligam e algumas podem ocorrer simultaneamente. São estabelecidos profissionais de referência para cada paciente de acordo com a necessidade de cuidado, que fazem o gerenciamento de todas as fases do cuidado, O enfermeiro referência é o profissional que promove o alinhamento da comunicação sobre os resultados e novas necessidades do paciente entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar devido ao fato deste estar 24hs por dia presente no período de internação.

O enfermeiro referência, como também a equipe interdisciplinar, promovem a educação em saúde do pacientes e família, para que todos tenham as informações necessárias e seguras para sua reintegração após alta hospitalar. A monitorização das respostas do paciente aos cuidados planejados, de acordo com a necessidade do mesmo, é também gerenciada pelo médico, pelo enfermeiro referência e demais profissionais envolvidos na assistência, que alinharão diariamente o plano, com foco no melhor resultado para o paciente e sua família.

O terceiro pilar é a **Educação do paciente e sua família**, onde se entende que educação não deve ser confundida com o simples desenvolvimento ou crescimento dos seres vivos, nem com a mera adaptação do indivíduo ao meio, é atividade criadora, que visa levar o ser humano a realizar as suas potencialidades físicas, morais, espiritual e intelectual, sendo um processo contínuo. O profissional da equipe interdisciplinar identifica a capacidade e ação para o autocuidado de cada indivíduo, instrumentalizando-o para realizá-lo caso esse tenha condições de saúde para isso. Não sendo possível, cabe ao profissional identificar e capacitar algum membro da família ou um cuidador para assumir os cuidados.

O processo educativo no HAOC começa no momento da internação e para que a alta seja bem-sucedida, o paciente e a família precisam ser educados para o autocuidado. O objetivo principal do processo educativo é o empoderamento do paciente para o seu auto-cuidado iniciado na internação e estendido para o momento em que o paciente deixa o hospital para ser reintegrado à sua vida social, estando preparado para esse momento.

Qualidade e segurança, além de ser um pilar no Modelo Assistencial, também são valores da instituição, pois o HAOC tem como prioridade a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, características que permeiam todas as atividades da equipe interdisciplinar e as etapas do processo assistencial ao colocar o paciente e família no centro do cuidado e por meio de medidas que visam evitar, prevenir, identificar, avaliar, gerenciar e monitorar os riscos reais e potenciais à segurança do paciente e do colaborador, ambiente assistencial e meio ambiente.

A *World Health Organization* define segurança do paciente como a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associados aos cuidados de saúde. Logo, a segurança é um princípio fundamental do cuidado, um componente crítico de gestão da qualidade e sua melhoria exige esforço complexo, abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos à segurança do paciente, como um todo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O conceito de qualidade em saúde, de acordo com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* - JCAHO, é como o grau, conforme o qual os cuidados com a saúde do usuário aumentam a possibilidade de desejada recuperação e reduzem a probabilidade de aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento (*JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION*, 1989).

A disseminação da cultura de qualidade de segurança garante que o atendimento ao paciente e família aconteça de forma uniforme, eficiente e segura. Estratégias como pesquisa de satisfação, avaliações por organizações certificadoras, auditorias internas e externas, busca constante de melhores práticas, além de foco em estrutura e processo, buscam assegurar que os melhores resultados em qualidade e segurança possam ser alcançados.

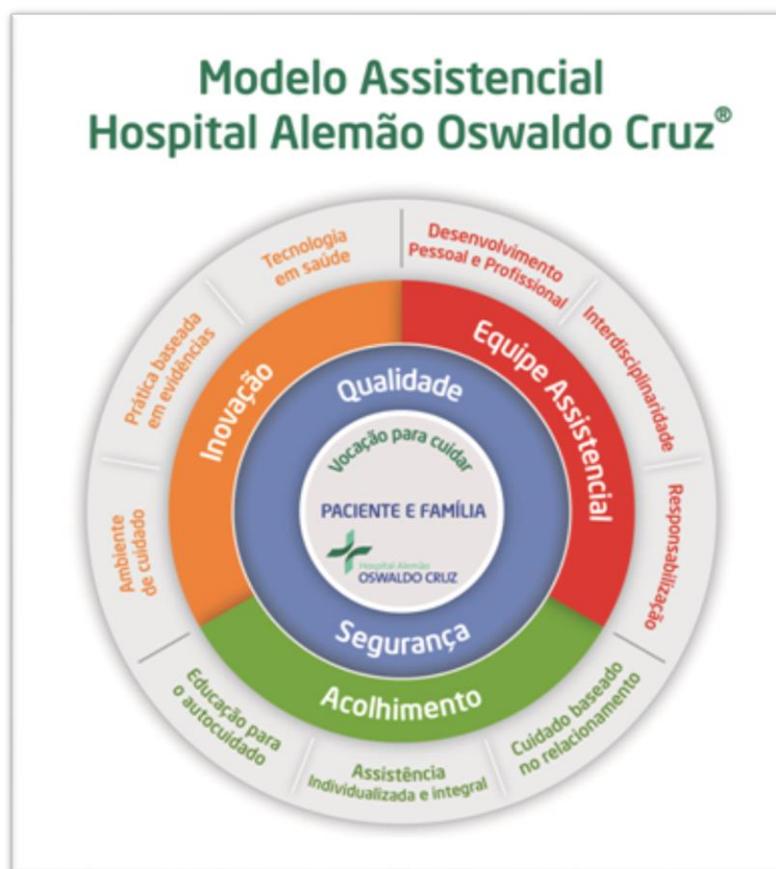
O quinto pilar é **Desenvolvimento profissional e pessoal**, reforçando que o desenvolvimento do capital humano é uma estratégia fundamental para o sucesso da instituição, pois o investimento direcionado para este fim traz o diferencial necessário para promover o engajamento do colaborador e a qualidade na assistência ao paciente e sua família.

As ações relacionadas ao desenvolvimento e aprendizagem dos colaboradores do HAOC tem um direcionamento estratégico que atende às demandas da organização do ponto de vista técnico e comportamental entendendo que estas duas esferas não se dissociam.

Após a estruturação do modelo em fases e sustentação em pilares, o time entendeu que a criação de um símbolo esquemático que traduzisse os seus principais conceitos seria um passo fundamental para a finalização dessa construção.

Com o apoio da equipe de comunicação e após a realização de vários encontros para consenso sobre os principais elementos constituintes do símbolo, foram apresentadas ao time algumas propostas, sendo eleito aquele de maior representatividade, como mostra a figura 1.

Figura 1- Modelo Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz



Fonte: Marca registrada do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Nesse símbolo paciente e família são o centro do modelo, permeados pelos pelo pilar qualidade e segurança que sustenta a equipe assistencial que tem agrega desenvolvimento profissional e pessoal, interdisciplinaridade e responsabilização; o valor acolhimento sustenta a educação para o auto cuidado, a assistência individualizada e integral e o cuidado baseado no relacionamento; a inovação sustenta o ambiente de cuidado, a prática baseada em evidência e a tecnologia em saúde.

A 39ª Semana de Enfermagem do HAOC foi escolhida como marco para a divulgação oficial a todos os colaboradores da Instituição e, após este momento, todo o material escrito foi disponibilizado para consulta pública na Intranet. As sugestões e observações feitas pelos profissionais foram discutidas e aquelas aceitas foram inseridas no texto global do modelo.

CONCLUSÃO

A construção do Modelo Assistencial HAOC permitiu registrar a forma com que o processo de cuidar acontece no HAOC, ao refletir conceitos, valores e propósitos dos profissionais que realizam o processo de cuidar na instituição. Entende-se que a assistência deve ocorrer de forma individualizada, integral e humanizada, baseada em evidências e centrada no paciente e família, considerando as histórias de vida e necessidades características dos indivíduos o que permite a construção de vínculos de confiança entre o paciente e a equipe assistencial.

As discussões e reflexões sobre “como cuidamos” permitiu a todos os profissionais que participaram deste processo, um amadurecimento não apenas sobre sua prática profissional, mas, sobretudo, uma visão sistêmica sobre como o cuidado deve acontecer em um modelo considerado ideal, abrangendo todas as fases, os profissionais e a sustentação necessária para o mesmo. A inserção dos profissionais médicos e também a adaptação a todas as áreas de atendimento ao paciente ambulatorial, são desafios a serem contemplados pelo Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Além disso, entende-se que é fundamental a busca por teorias e embasamento científico que norteiem a prática assistencial da equipe interdisciplinar, com foco na qualidade e segurança dos processos, pelas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

GEORGE, JB. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. 2007. Disponível em:<
<http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION. Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bul, v.15, n.11, p.330-9. 1989

KOLOROUTIS, M. **Cuidado baseado no relacionamento – um modelo de transformação da prática**. São Paulo: Atheneu; 2012.

MANTHEY, M. **A Prática do Primary Nursing**. São Paulo: Atheneu, 2014.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. Saint. Louis: Mosby, 1991.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e a abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.5, p.709-14, set. 2002.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Loyola, 4ª edição, ago 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, jan. 1998.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety, **Taxonomy: the concept framework for the International Classification for Patient Safety: final technic report**. Geneva; 2009.

_____. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. 2011.

Recebido em: 06/06/2016.

Aceito em: 15/07/2016.

Publicado em: 05/08/2016.