OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALEMÃO

GESTÃO DO CUIDADO

PARA O ALCANCE DE UM MODELO ASSISTENCIAL DE EXCELÊNCIA NA ÁREA HOSPITALAR

Coordenação
Fátima Silvana Furtado Gerolin

Atheneu

GESTÃO DO CUIDADO

PARA O ALCANCE DE UM
MODELO ASSISTENCIAL DE EXCELÊNCIA
NA ÁREA HOSPITALAR



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

GESTÃO DO CUIDADO

PARA O ALCANCE DE UM MODELO ASSISTENCIAL DE EXCELÊNCIA NA ÁREA HOSPITALAR

Coordenação

Fátima Silvana Furtado Gerolin

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2022

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 - 18º andar
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

REVISÃO: Cláudia Gouvêa

CAPA: Azul Publicidade & Equipe Hospital Alemão Oswaldo Cruz

PRODUÇÃO EDITORIAL: Editora Atheneu

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

G333

Gestão do cuidado para o alcance de um modelo assistencial de excelência na área hospitalar / coordenação Fátima Silvana Furtado Gerolin. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2022.
21 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-595-0

1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz (São Paulo, SP) - História. 2. Hospitais - Administração. 3. Administração dos serviços de saúde. I. Gerolin, Fátima Silvana Furtado.

CDD: 362.11098161
22-79164 CDU: 614.21(816.5)

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

28/07/2022 02/08/2022

Gerolin, F.S.F.
Gestão do Cuidado para o Alcance de um Modelo Assistencial de Excelência na Área Hospitalar

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — Rio de Janeiro, São Paulo, 2022.

1 Premissas Básicas de Gestão que Apoiam a Implantação e a Manutenção do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Camila Cristina Pires Nascimento
Fátima Silvana Furtado Gerolin
Fernanda Torquato Salles Bucione
Luciana Mendes Berlofi

Modelos Tradicionais de Gestão

Em uma era de volatilidade em que mudanças ocorrem a cada segundo e manter-se atualizado é essencial na gestão do dia a dia tanto no âmbito pessoal quanto profissional, conhecer e entender o passado nos proporciona conhecimentos para que possamos fazer a leitura do presente e traçar melhores estratégias para o futuro.

A administração em si tem seus primeiros relatos na Antiguidade, onde se iniciou uma organização de trabalho que era regida e/ou gerenciada por um líder, geralmente de posição religiosa.[1]

Com o advento da Revolução Industrial surgiram as primeiras descrições de modelos de gestão. O fundador da Administração Científica foi Frederick Winslow Taylor (1856-1915), nascido na Filadélfia. Ele iniciou a carreira como operário em uma empresa siderúrgica, formou-se em Engenharia pelo Stevens Institute e alcançou, posteriormente, a posição de engenheiro-chefe na organização. Taylor iniciou os estudos dos processos de produção a fim de melhorar os resultados tanto para os empresários quanto para os operários.[2]

O taylorismo, ou Teoria da Administração Científica, como Taylor o denominou, foi publicado em 1911 e se concentrou em melhorar a eficiência de cada indivíduo dentro da organização. Tratava-se de um método científico criado com o objetivo de aumentar a produção dentro das organizações e aprimorar a eficiência dos trabalhadores.

Na sequência, e em consonância com o taylorismo, Henry Ford (1863-1947) idealizou a linha de montagem, racionalizando a produção e propiciando o ambiente para produção em série.[3] Ford determinou princípios que permitiriam eliminar a maioria dos movimentos desnecessários das ações dos trabalhadores, organizando os trabalhos com divisão de tarefas e exigindo o mínimo de consumo de força de vontade e esforço mental, destacando a quantidade e a produção

em massa e não permitindo inovações. Os princípios básicos do fordismo são a intensificação, a economicidade e a produtividade.[4]

O fordismo utiliza a tecnologia da linha de montagem na fabricação de automóveis, aplicando os mesmos princípios desenvolvidos pelo taylorismo, porém inovando na utilização da mecanização especializada e da crescente divisão das atividades dos trabalhadores. O modelo taylorista/fordista difundiu-se no mundo e influenciou fortemente todos os ramos da produção. Há décadas essa forma de organização do trabalho vem sendo questionada e repensada devido a extrema mecanização do trabalho, alienação dos trabalhadores, hierarquia rígida e controladora, que segregam toda a concepção intelectual e a execução do trabalho.[5]

O engenheiro francês Henry Fayol (1841-1925) complementou e aprimorou os trabalhos destacados anteriormente com a Teoria Clássica da Administração, sendo conhecido por ser o pioneiro na divulgação do que é administrar: planejar, organizar, liderar, executar e controlar. Além disso, disseminou que a administração é uma atividade comum a todos os empreendimentos humanos, como negócios, estudos, governo e família.[2]

Fayol enfatiza as atribuições da direção da empresa, ademais de sugerir que essa é uma das atividades mais importantes dentro das instituições. Previamente às suas publicações, acreditava-se que a habilidade de administrar era nata, ou seja, os administradores nasciam prontos. Henri Fayol, entretanto, trouxe o processo de ensino e aprendizado para as questões administrativas como habilidade a ser desenvolvida e aprimorada com a utilização de seus princípios básicos; para ele, a administração podia ser ensinada e aprendida, sendo uma competência a ser elaborada a partir da compreensão de seus princípios básicos.[6]

Além das teorias já citadas, no decorrer das décadas surgiram outras na área da Administração, como:[2,7]

- teoria das relações humanas (1932): evidencia como principais características do ser humano não possuir comportamento mecânico, ser guiado pelo sistema social e ter necessidades de segurança, afeto etc.;
- teoria estruturalista (1947): tenta conciliar a teoria clássica, a teoria burocrática e a teoria das relações humanas, fazendo a interface entre a organização e as instituições externas;
- teoria dos sistemas (1951): demonstra a relação e a interface das atividades dentro de um sistema com os mesmo objetivos e função;
- abordagem sociotécnica (1953): abordagem que apresenta a relação entre a tecnologia e as pessoas, com quatro pontos centrais – a autonomia responsável, a adaptabilidade, as tarefas inteiras e o significado de tarefa;
- teoria neoclássica (1954): retoma alguns conceitos das abordagens clássicas, como a ênfase na prática administrativa, na gestão, nos objetivos e nos resultados;

- teoria comportamental (1957): surge como uma crítica aos princípios da teoria clássica e das relações humanas, apresentando como principais características a preocupação com o comportamento organizacional, os processos de trabalho e o estudo sobre motivação humana;
- desenvolvimento organizacional (1962): partindo para uma abordagem sistêmica, engloba o estudo da estrutura e do comportamento e concentra-se em processos grupais, orientação sistêmica abrangente, orientação contingencial, retroação de dados, solução de problemas e interação;
- teoria da contingência (1972): enfatiza a relatividade, na qual nada existe de absoluto nas organizações e nos processos de administração;
- novas abordagens – era da informação (1990): demonstra atualização em toda a história das teorias administrativas, em consonância com todo o movimento de avanço tecnológico e a concorrência global, além da implementação de novos recursos, novos modelos de produção, conceitos de qualidade total, sistemas de programação, novas filosofias e atualizações constantes dos processos administrativos.[2,7]

Cabe ressaltar que, no campo da Administração, nada é absoluto e estático, pois, quanto mais dinâmico e competitivo o cenário em que a organização se encontra, maior é a necessidade de se fundamentar em conceitos, ideias, modelos, teorias e valores que lhe permitam a orientação e o balizamento do seu comportamento

Modelos Tradicionais de Gestão na Área Hospitalar

A história nos mostra que os ambientes hospitalares tiveram sua administração coordenada por religiosos, enfermeiros, médicos ou pessoas da comunidade e que eram, nos seus primórdios, reconhecidos como instituições de caridade, onde os profissionais responsáveis pela sua administração não necessitavam de qualificações técnicas, adquirindo a prática de coordenação com as rotinas de trabalho.[8]

Quando abordamos a administração de serviços hospitalares, não podemos deixar de citar o trabalho de Florence Nightingale, que mostrou uma visão da Enfermagem não somente no cuidado direto ao paciente, mas uma atuação ampla que organiza os sistemas e serviços dentro do ambiente hospitalar, supervisionando e organizando a hierarquia dos serviços do profissional da saúde.[9]

A gestão dos serviços de saúde, assim como de outras organizações, foi influenciada pelo modelo de gestão das indústrias. Florence, ao utilizar as funções administrativas durante seu trabalho, instituindo processos e organizando posições e setores dentro do hospital, foi reconhecida como pioneira da gestão administrativa hospitalar.[10]

Assim, as instituições de saúde organizaram sua estrutura com base nas premissas da teoria clássica da Administração, na qual as pessoas eram consideradas re-

cursos de produção, juntamente com máquinas, equipamentos, capital, e inseridas em uma estrutura extremamente hierarquizada, com coordenação centralizada e pouco aberta a inovação e mudanças. Com a organização das instituições de saúde como local de tratamento/cura, o profissional da saúde, preferencialmente médico e enfermeiro, viu-se inserido na administração dessas organizações.[10,12]

No decorrer do tempo, a gestão dos serviços de saúde no Brasil não divergiu daquela da história, em que o maior número dos gestores hospitalares era da área da saúde, com pouco ou nenhum conhecimento acerca das atividades administrativas, e a coordenação do hospital surgiu a partir das experiências vividas.[11]

Com o surgimento de novos estudos sobre a administração, pôs-se em discussão o modelo burocrático, funcional, centralizador e piramidal, além de questionar-se se existe a real necessidade de o gestor em saúde ser um médico ou outro profissional da saúde. Afinal, sua formação não é específica em Administração, o que pode gerar riscos à organização de saúde, que não será gerida por um profissional qualificado, pois apenas conhecimento técnico não é mais suficiente. Atualmente, com a informatização e as novas tecnologias, as informações transitam de forma rápida e os gestores precisam estar preparados e atualizados para garantir a perpetuidade das instituições.[12,13]

O gestor de serviços de saúde precisa de competências para o perfeito entendimento dos processos de trabalho na área da saúde, com uma visão sistêmica de todos os serviços ofertados, autonomia e iniciativa para decidir, sempre apoiado nos princípios éticos, comprometido com a empresa, sendo imprescindível trabalhar com equipe multiprofissional e estar disposto a aprender diariamente.[11]

Para se adequar às mudanças e às necessidades da administração contemporânea, as organizações devem estar estruturadas para alcançar eficiência e eficácia, tarefa difícil e complexa para qual é necessário se remodelar e buscar talentos que garantam a excelência do serviço.[11,13]

Gestão Matricial da Assistência

De forma a aumentar a eficiência, descentralizar a autoridade e a responsabilidade e trazer o controle das empresas para mais próximo dos responsáveis pela sua realização, os especialistas em administração desenvolveram várias maneiras de dispor a estrutura organizacional, que é a forma pela qual as atividades de uma organização são divididas e coordenadas, às quais se convencionou chamar de departamentos. O processo de divisão da estrutura organizacional em departamentos recebe o nome de departamentalização e surge como parte integral do processo de delegação do poder e sua respectiva autoridade.[14,15]

A estrutura matricial desenvolvida com base na teoria neoclássica busca dar mais flexibilidade às organizações, tendo uma capacidade razoável para mudança e inovação. A abordagem matricial visa a conjugar a antiga departamentaliza-

ção funcional com um esquema lateral de produtos/serviços/atividades a fim de proporcionar características adicionais de inovação e dinamismo.[16]

A maioria das empresas é organizada por meio de estruturas departamentais verticalizadas, em que ficam bem claros e delimitados os níveis de hierarquia. A estrutura organizacional matricial evoluiu essencialmente como uma rede de interações entre as equipes e o projeto ou processos e os elementos funcionais tradicionais. Especificamente, a departamentalização matricial caracteriza-se pela fusão entre as departamentalizações funcional e de projeto ou processo.[15]

Um dos artigos encontrados na literatura faz referência ao apoio matricial como uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Nesse artigo, os autores apontam que o apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes.[17]

Os autores destacam ainda que a equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Ressaltam que há obstáculos na própria maneira como as organizações vêm se estruturando, que conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operar-se. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão.[17]

Em hospitais, ambulatórios e outros serviços de saúde, tem predominado uma lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado. Verifica-se, na área da saúde, que a construção de unidade de gestão obedece, antes de tudo, à lógica corporativa e das profissões. Esse fato é marcante em áreas voltadas para a assistência ao usuário, que se organizam em departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissões ou especialidades médicas.[18]

No Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), em meados de 2019, foi estabelecida uma nova proposta para a estrutura organizacional. A gestão institucional se dava no nível de superintendentes, e, a partir dessa nova proposta, o nível executivo passou à denominação de Diretoria Executiva, sendo o principal cargo o de diretor-presidente. Especificamente na área assistencial, na função de Diretoria Executiva Assistencial, esse papel é representado por uma enfermeira gestora, responsável pela prática profissional das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social. Foram propostas, na época, e assim executadas em 2020, novas funções matriciais na área de Enfermagem, compostas por três enfermeiras

que atuaram nas áreas de: gestão do paciente internado, gestão do paciente em atendimento de urgência e ambulatorial e gestão do paciente em procedimento invasivo e diagnóstico. Essas três gerentes tinham responsabilidade sobre a atuação da equipe de enfermagem nas três unidades pertencentes ao HAOC (Unidade Paulista, Unidade Vergueiro e Unidade Campo Belo).

Nesse conceito, essas gestoras só poderiam atuar na gestão da entrega do cuidado, não interferindo na operação de cada unidade ou departamento. Muitos desafios foram enfrentados, visto que a experiência e expertise dessas três profissionais estavam até então baseadas em gestão de pessoas, gestão do negócio e entrega do cuidado. Fazer gestão da prática profissional sem interferir na operação tem sido experimentado como uma barreira em aspectos relevantes da prática profissional. Para as demais categorias profissionais, essa experiência foi um pouco mais satisfatória, já que a organização da prática profissional se dá de forma um pouco diferente da que ocorre com a enfermagem. Nessa estrutura podemos observar algumas vantagens, como maior integração e uniformização da prática profissional, bem como melhor organização das equipes de trabalho, principalmente nas duas unidades hospitalares, resultando ainda em economia de recursos financeiros por ter uma estrutura de gestão mais enxuta.

Modelo Assistencial

Após discorrermos sobre os modelos de gestão, cabe agora entrarmos no universo do conceito do que é modelo de gestão da assistência, levando ao conhecimento do leitor o histórico de como se desenvolveu o Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Todo sistema de saúde se desenvolve ou adota um método próprio a fim de organizar e articular os diversos recursos (físicos, tecnológicos e humanos) para prestar o cuidado e a assistência a seus pacientes e clientes. Pode-se afirmar que esse método de organização diz respeito ao modelo assistencial de cada organização. Quando, intencionalmente, deseja-se construir e implantar um determinado modelo assistencial, alguns aspectos intrínsecos da instituição devem ser considerados.[19]

Quando investigamos modelos assistenciais na literatura, encontramos um maior número de publicações na área de Enfermagem.

Historicamente, são encontrados na literatura americana cinco modelos assistenciais na área de Enfermagem.

1. *Total Patient Care Nursing* – Cuidado Integral ao Paciente: cuidado fortemente domiciliar (século XIX). Todos os cuidados necessários, como arrumar a casa, fazer a comida, dar banho, administrar medicamento. Neste modelo, o enfermeiro é responsável por todos os aspectos do cuidado de um ou mais pacientes. A meta é ter um enfermeiro prestando cuidados ao(s) mesmo(s) paciente(s) durante um mesmo turno.[20]

2. *Functional Method* – Modelo Funcional: Pós-guerra: baseado em tarefas (verificar sinais vitais, administrar medicamentos, dar banho etc.), o enfermeiro basicamente atuava na gestão e quase não assistia o paciente. Neste modelo, a equipe é organizada com diferentes níveis de profissionais.[20]
3. *Team and Modular Nursing* – Modelo de Equipes: 1950: foi criado um grupo de pessoas auxiliares para fazer parte dos cuidados sob o comando do enfermeiro. Ainda fragmentava o cuidado, havendo grande possibilidade de erros[20]
4. *Primary Nursing* – 1970: o enfermeiro retorna para o cuidado direto ao paciente e é responsável pelo planejamento do cuidado.[20]
5. *Case Management* – Gerenciamento de Caso: o enfermeiro avalia, planeja, implementa, coordena e monitora os serviços e as opções em relação às necessidades de saúde do indivíduo.[20]

A construção e a implementação de um modelo assistencial interdisciplinar centrado no paciente e na família, que considere princípios e valores institucionais e da equipe assistencial, podem contribuir para o fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e familiares, bem como para o atingimento de melhores resultados e, também, para a sustentabilidade institucional. Sendo assim, fica evidente que a escolha de um determinado modelo assistencial a ser seguido e implantado impactará significativamente os processos gerenciais e assistenciais.

Parte deste capítulo se propõe a descrever a jornada de construção do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz, no entanto, como já destacado nos parágrafos anteriores, como base para a compreensão desse movimento de construção, é importante compartilhar alguns marcos representativos da história do HAOC e de sua equipe assistencial em sua trajetória.

Fundado em 1897 pelas comunidades paulistas de imigrantes alemães, suíços e austríacos, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz teve como principais propósitos de sua fundação a aproximação cultural e a oferta de um serviço de saúde que se aproximasse do modelo europeu cujo padrão aquela comunidade seguia. A alta expectativa daqueles imigrantes por atenção e cuidado de saúde qualificado e eficiente foi o ponto chave para a fundação de um hospital que pudesse ser considerado modelo quanto ao preparo dos profissionais, à infraestrutura e ao conhecimento científico. Na primeira metade do século XX, poucos profissionais atuantes na saúde atendiam a essas expectativas, o que impulsionou o HAOC a buscar profissionais com esse perfil na própria comunidade de imigrantes ou mesmo recrutá-los em países europeus. Tal fato é exemplificado na parceria firmada entre o HAOC e a Sociedade Cruz Vermelha Ultramar de Berlim, em 1929, para a contratação de serviços de enfermagem especializados. Esse impacto é ainda hoje percebido no hospital, quando esse reconhece marcas e marcos dessas pioneiras que ajudaram no estabelecimento e reconhecimento da instituição.[21]

Com relação à organização da equipe de enfermagem, alguns registros históricos indicam que, desde o início da década de 1940, já existia no HAOC o cargo de "enfermeiro-chefe", ocupado por um enfermeiro com atuação em posições de liderança tática ("chefe de sala operatória" e "chefe de enfermagem"). Ainda nesses registros, destacou-se o cargo de "gerente", nomenclatura administrativa e pouco usual na assistência, que designava a Edith Key, uma enfermeira alemã, a mais alta posição estratégica e decisória. Ela foi a primeira enfermeira a ocupar esse cargo, o segundo mais bem remunerado na instituição. Edith Key ocupou essa posição até 1954.[22]

Anterior a esse período, o mais alto cargo assistencial, ainda muito influenciado pelas questões culturais, era o de "irmã superiora", exercido por Gertrude Ziefer. Gerda, como era chamada, foi a maior referência assistencial da instituição naquela época e exercia, por meio de sua liderança, forte influência política na instituição. Para o cargo de "enfermeira-chefe" ou "irmã superiora" eram exigidos conhecimentos administrativos, uma vez que essas posições também estavam à frente dos departamentos de compras, pessoal, contabilidade, faturamento e cobrança. Além de esse ser um marco nas representações hierárquicas do hospital, também destaca o HAOC no contexto da gestão hospitalar daquela época.[22]

Outro aspecto que reforça o hospital como modelo/referência é a prática do Curso de Enfermagem, datado de março de 1942. Tratava-se de um curso com duração de dois meses direcionado a pequeno grupo formado por práticos, auxiliares e discentes de Enfermagem. Apresentava fortes aspectos técnico e prático e era oferecido dentro do próprio hospital, mais precisamente nos próprios postos de trabalho dos alunos/funcionários. Acredita-se que o principal objetivo do curso era capacitar e formar colaboradores da instituição para progressões profissionais e aproveitamento interno. Tal fato reforça o constante incentivo, até hoje sustentado, para a busca de atualização, conhecimento e contínuo desenvolvimento pessoal e profissional.[22]

Apesar de se acreditar que os profissionais citados compunham o corpo funcional do hospital, consta, em janeiro de 1941, o primeiro registro da atuação de uma farmacêutica e de uma parteira. As atividades do profissional farmacêutico, na época, estavam voltadas para o controle rigoroso de substâncias entorpecentes e de seus devidos registros, de acordo com a utilização nos procedimentos cirúrgicos.[22]

Em 1970, foram contratados os primeiros dietistas do hospital, sendo dois responsáveis pela nutrição e um pelas dietas. A assistência nutricional nessa época, entretanto, resumia-se à coleta das prescrições feitas nas unidades de internação e de terapia intensiva (UTI) e a seu encaminhamento para a cozinha. Em 1999 registrou-se a primeira reunião da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) do HAOC**.**

Ainda na década de 1970 iniciou-se também um programa de estágio extracurricular remunerado para graduandos de Enfermagem que estavam no último ano

da formação. Na época, a maioria dos estagiários era oriunda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE/UNIFESPE) e da Escola de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Esse programa contribuiu e tem contribuído para a transmissão do conhecimento e da cultura do HAOC, considerando-se as mudanças nos cenários econômico, social e político, principalmente na área da saúde, mantendo a tradição no sentido de sustentação da qualidade assistencial reconhecida historicamente nessa instituição. O programa também auxilia na formação dos alunos de graduação em Enfermagem para a consolidação, na prática, dos conhecimentos adquiridos durante a faculdade.

O estudo de Rocha (2018), intitulado "Vivência dos egressos do programa de estágio extracurricular em Enfermagem", o qual teve como campo de estudo o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e cujos objetivos foram caracterizar o estágio extracurricular sob a perspectiva dos estagiários e descrever e analisar as experiências vividas pelos egressos do programa de estágio extracurricular a partir de pressupostos de Pierre Bourdieu, permitiu caracterizar os sujeitos de tal forma, que foi possível correlacionar alguns resultados e reforçar determinados pontos importantes da discussão. Entre os achados principais destaca-se a influência que o estágio extracurricular pode exercer sobre o desenvolvimento de competências comportamentais que são projetadas pela instituição e que podem definir a obtenção de um dos troféus desse campo social, que é a contratação profissional do estagiário ao término do programa.[23]

Outro ponto importante destacado pelas estagiárias foi a distância que havia entre a formação acadêmica (grade curricular), à época dos estudos de graduação, e o que era vivenciado na prática do estágio, o que mostra que ainda existiam (e existem) muitas oportunidades de revisão do ensino da Enfermagem no Brasil. Foi possível observar também que, em muitos discursos, as egressas relataram a busca pelo desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais com foco no relacionamento com a equipe multiprofissional, o paciente e as famílias. A possibilidade de inserção profissional e a influência do estágio extracurricular para a trajetória profissional são outros tópicos que se destacaram nos resultados, pois ficou evidente o quanto o estágio pode facilitar a transição entre a escola e a vida profissional dos alunos de graduação em Enfermagem.[23]

Foi em abril de 1980 que se contratou a primeira fisioterapeuta do hospital, com carga horária de 20 horas semanais, realizando, em média, três atendimentos por dia. Os primeiros pacientes atendidos foram os da neurocirurgia e aqueles em pós-operatório, para os quais era realizada, principalmente, fisioterapia respiratória.[24]

Para o HAOC, o final do século XX e início do XXI foram marcados por importantes ampliações estruturais, fortalecimento da marca e crescimento de serviços. Uma das preocupações nesses movimentos de expansão era equilibrar a ampliação e a modernização, com a preservação das características primárias, o

verde e os jardins da estrutura hospitalar. Tal preocupação valoriza a história da instituição e corrobora a premissa de que o ambiente interfere na qualidade de vida e na recuperação dos pacientes.

Como forma de acompanhar as mudanças do cenário assistencial, na década de 1980 houve um primeiro movimento para a definição das teorias de Enfermagem que sustentariam a prática assistencial do hospital. Um grupo de estudos sobre o assunto foi organizado e, a partir dele, adotaram-se a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Oren, e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, como bases da nossa prática. No início da década de 1990, mais um grande passo foi dado na assistência do HAOC. Nessa época passamos a adotar o cuidado integral no processo de trabalho assistencial. Dessa forma, o cuidado deixou de ser fragmentado e baseado em tarefas e passou a ser prestado por um único membro da equipe de Enfermagem de cada plantão. Tal inovação, além de atender às necessidades do paciente de forma mais holística, trouxe mais segurança à assistência e fortaleceu o vínculo entre o paciente e a equipe de cuidado. O modelo de cuidado adotado se diferenciava no mercado, pois contava com enfermeiras à beira do leito responsáveis pelo cuidado direto ao paciente e se sustenta até hoje no Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Em meados de 2009, o 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 (PN), 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 formato de organização fortalece a segurança, a qualidade e o vínculo firmado com a equipe assistencial. Esse modelo de referência de cuidado foi implementado no HAOC com a característica de ser estendido aos membros da equipe assistencial – farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas – e com a premissa assistencial de ser fundamental para o vínculo entre paciente, família e profissional da saúde.[24]

Em 2012, acrescentamos ao modelo PN os princípios do modelo Relationship Based Care (RBC), que utiliza os conceitos do relacionamento terapêutico para auxiliar o processo de conexão e de fortalecimento desses vínculos. Os conceitos do RBC passaram a compor a organização do cuidado no HAOC e fortaleceram um modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família, agregando o Cuidado Integral e o Primary Nursing.[24]

Todo esse contexto histórico e assistencial abordado nos parágrafos anteriores, reforçado pelo reconhecimento da excelência da assistência do HAOC, inspirou o hospital a declarar para toda a população qual é o modelo de cuidado adotado nesta instituição. A organização, os ritos e as práticas assistenciais já estavam bem estabelecidos, no entanto a revisão do arcabouço teórico e a pactua-

ção desse modelo com toda a equipe assistencial eram etapas que reforçariam a sustentação e a adesão do modelo.

Com o objetivo de repensar a assistência e trazer melhores resultados, fluidez nas relações entre os profissionais e agilidade na resolução de problemas, o HAOC decidiu adotar o RBC – Cuidado Baseado no Relacionamento e o PN como alguns dos pilares de sustentação do modelo assistencial da instituição. A decisão de seguir as diretrizes do RBC e do PN se deu pelo fato de o hospital já ter em sua história uma cultura estabelecida com diversos aspectos que estavam em consonância com o que se prevê nesses dois modelos, bem como ser reconhecido por aspectos marcantes relacionados com a valorização das relações humanas no processo assistencial.[25]

Essas diretrizes começaram a ser delineadas em 2009, quando foram iniciadas experiências com a organização do cuidado nos princípios do PN. Em seguida, iniciaram-se os estudos relacionados com o RBC, quando, então, profissionais da equipe multiprofissional da instituição participaram de capacitações com a precursora dos conceitos do RBC, Mary Koloroutis. Após essa capacitação, os mesmos a disseminaram de forma sistematizada a todos os profissionais, incluindo os administrativos e de apoio.[25]

A meta era adotar uma gestão que garantisse o estreitamento da confiança entre os profissionais e os pacientes do hospital, ou seja, os primeiros passariam a constituir uma equipe fixa para atender às necessidades e expectativas dos pacientes e de seus familiares de maneira pontual e individualizada, sobretudo nas unidades de internação que abrigam um grande número de profissionais. Daí surgiu a ideia de um "profissional referência", que deveria representar um elo no relacionamento entre paciente, família e equipe assistencial.[25]

Foi então que, em 2014, constituiu-se um grupo multiprofissional assistencial para discussão, revisão e construção de um modelo assistencial próprio que refletisse os princípios, valores e vocação da instituição. Todos os profissionais da equipe assistencial foram convidados a participar dessa construção por meio de uma divulgação institucional em correio eletrônico, com a proposta de compor uma equipe de trabalho. Vinte profissionais manifestaram interesse, compondo a formação inicial enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionistas. O cronograma de reuniões semanais foi estabelecido e as primeiras temáticas a serem discutidas foram o processo de cuidar e entrega do cuidado sob a ótica dos diversos profissionais.

A reflexão sobre as teorias de Enfermagem que mais se conectavam com o modelo de cuidado do HAOC foi pauta das reuniões subsequentes, culminando na escolha de quatro teorias para sustentar o modelo assistencial a ser desenhado: Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta; Autocuidado, de Dorothea Orem; Cuidado Humano, de Jean Watson; e a Teoria dos Cuidados; de Kristen Swanson. Compreendeu-se que os conceitos referenciados por essas quatro teoristas tradu-

ziam as crenças da instituição e direcionavam as ações de cuidado multiprofissional centrado nas necessidades do paciente e da família, buscando alcançar os melhores resultados possíveis. Tais referenciais teóricos foram compreendidos como permeáveis a todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar.

A equipe de trabalho entendeu que a próxima etapa dessa construção seria organizar o modelo assistencial em fases para sua melhor compreensão e estruturação. O modelo foi então estruturado nas seis fases descritas a seguir: avaliação e investigação, planejamento, implementação, monitoramento, avaliação dos resultados e reintegração e readaptação.[24]

Na fase de avaliação e investigação, busca-se a compreensão dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde dos pacientes, bem como suas necessidades, crenças e valores culturais. Essa compreensão é a base para a entrega de um cuidado individualizado e integral.[24]

A fase dois, determinada pelo planejamento, é o momento em que são definidas as metas do plano de cuidado, com base nos dados e nas condições levantadas na fase 1. O processo de planejamento é colaborativo, multiprofissional e recorre aos dados da avaliação inicial e de reavaliações periódicas para identificar e priorizar os tratamentos, procedimentos e cuidados que atendam às necessidades do paciente.[24]

A implementação, que é a fase três, compreende a execução em si do plano de cuidados anteriormente estabelecido. Essa etapa se estabelece ao se cumprirem o plano de cuidados e as metas estabelecidas na fase anterior. As intervenções implementadas devem ser pertinentes ao diagnóstico estabelecido e baseadas na troca de informações entre a equipe multidisciplinar e o paciente/família. As prioridades de cuidado devem ser reavaliadas diariamente, ou quando se fizerem necessárias, e alterações de intervenções, ações e cuidados devem ser direcionadas.[24]

O monitoramento, contemplado na quarta fase, concretiza-se na forma sistematizada e contínua do plano de cuidado. Ponto relevante dessa etapa é o compromisso de todos de garantir informações claras e disponíveis a toda a equipe assistencial. A avaliação e a coleta de informações são realizadas diariamente pela equipe assistencial, assegurando o monitoramento e o compromisso com o bem-estar do paciente.[24]

A fase cinco é determinada pela avaliação dos resultados, que pode sofrer influência de estrutura, processos de trabalho, recursos e meio ambiente. É nessa etapa que se avalia a resposta do paciente ao plano de cuidado mediante o alcance ou não das metas que foram estabelecidas pela equipe multidisciplinar. É nesse momento que se prorrogam ou alteram as intervenções e até mesmo as metas a serem alcançadas.[24]

Na fase de reintegração e readaptação trabalham-se principalmente os processos de alta e autocuidado do paciente. No momento da desospitalização e retomada das atividades do paciente, a equipe assistencial deve se atentar para

as dúvidas e inseguranças do paciente e seu familiar em relação ao seguimento assistencial quando da retomada de sua rotina. Esse processo entre a internação e a alta pode eventualmente exigir flexibilidade e capacidade de adaptações por parte do paciente, da família e das instalações na residência em decorrência de perdas funcionais ainda não experimentadas. Os pacientes e seus familiares, portanto, devem ser orientados e engajados em seus cuidados e tratamento o mais precocemente possível.[24]

Finalizada a estruturação das fases do modelo, percebeu-se que alguns componentes, denominados pilares, permeavam e davam sustentação para que as seis etapas pudessem acontecer. Entendeu-se, assim, que o processo de cuidar é estruturado por pilares que, além de permear todas as fases do cuidado, refletem os valores da assistência e, consequentemente, da instituição. Os pilares são: comunicação, gerenciamento do cuidado, orientação do paciente e sua família, qualidade e segurança e desenvolvimento profissional e pessoal.[24]

O primeiro pilar, a comunicação, contempla a informação e o domínio sobre o que se quer comunicar e a consciência do que se pretende quando da interlocução com paciente e seus familiares. A informação transmitida nesse processo precisa ser clara, concreta, uniforme e validada se foi compreendida na sua primária intenção.[24]

O gerenciamento do cuidado tem como principal objetivo conectar e cadenciar todas as seis fases do modelo, entendendo que as fases não acontecem, necessariamente, de forma ordenada e estanque. Antes, elas se interligam e algumas podem ocorrer simultaneamente. Neste pilar destaca-se o importante papel dos profissionais de referência, que apoiam e conduzem o gerenciamento de todas as fases do cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade. Destaque-se a atuação do enfermeiro referência, que é o profissional que promove o alinhamento da comunicação sobre os resultados e as novas necessidades do paciente entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar.[24]

No pilar orientação do paciente e sua família, o profissional da equipe multidisciplinar identifica a capacidade e a 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.[24]

Qualidade e segurança, além de formarem um pilar no modelo assistencial, também são valores da instituição. Trata-se de atributos que permeiam todas as atividades da equipe multidisciplinar ao posicionar o paciente e a família no centro do cuidado. Destacam premissas que visam a evitar, prevenir, identificar, avaliar, gerenciar e monitorar os riscos reais e potenciais à segurança do paciente, colaborador, ambiente assistencial e meio ambiente.[24]

O desenvolvimento profissional e pessoal evidencia que o desenvolvimento do capital humano é uma estratégia fundamental para o sucesso da instituição,

pois o investimento direcionado para esse fim é o diferencial necessário para promover o engajamento do colaborador e a qualidade na assistência ao paciente e à sua família. As ações relacionadas com o desenvolvimento e a aprendizagem dos colaboradores do HAOC têm um direcionamento estratégico que atende às demandas da organização dos pontos de vista técnico e comportamental, entendendo que essas duas esferas não se dissociam.[3]

Retornando à discussão sobre a estruturação do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz, após a estruturação das fases e dos pilares do modelo, a equipe discutiu a necessidade da concepção de um símbolo esquemático que traduzisse os principais conceitos. Esse seria um passo fundamental para a finalização dessa construção. A **Figura 1.1** apresenta o símbolo esquemático que representa o Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz.



Figura 1.1 – Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Nesse símbolo, paciente e família são o centro do modelo, envoltos pelo pilar qualidade e segurança, que sustenta a equipe assistencial, o acolhimento e a inovação. O destaque da equipe assistencial é sustentado por desenvolvimento profissional e pessoal, interdisciplinaridade e responsabilização. Já o acolhimento, também um valor da instituição, dá ênfase à educação para o autocuidado, à assistência individualizada e integral e ao cuidado baseado no relacionamento. O destaque da inovação sustenta o ambiente de cuidado, a prática baseada em evidência e a tecnologia em saúde.

A elaboração do símbolo foi um marco que concretizou a finalização da elaboração do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz. O próximo passo seria a declaração desse conceito para toda a equipe assistencial. A 39º Semana de Enfermagem do HAOC, que aconteceu em maio de 2015, foi escolhida para a divulgação oficial a todos os colaboradores da instituição, e, após esse 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. Toda a construção colegiada resultou na elaboração de um livro denominado *Assistência como Essência da Trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz*, lançado em agosto de 2017. Essa produção acadêmica não só valida o modelo como uma referência científica, como também se faz um importante meio de divulgação e disseminação desse conteúdo para dentro e fora do HAOC.[24]

A construção do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz permitiu registrar a forma como o processo de cuidar acontece no HAOC ao refletir conceitos, valores e propósitos dos profissionais que o realizam na instituição. As discussões e reflexões sobre "como cuidamos" permitiu a todos os profissionais que participaram do processo não apenas o amadurecimento de 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 tal. A busca incessante por uma assistência de excelência coloca o HAOC no papel de uma instituição modelo-referência e o destaca no cenário da saúde.[26]

Principais Lideranças Assistenciais do HAOC

- Marga Kasig (Alemanha) – 1923 a 1937: primeira Enfermeira Chefe.
- Gerda Ziefer (Alemanha) – 1937 a 1944: Enfermeira Chefe/Irmã Superiora.
- Edith Key (Alemanha) – 1944 a 1955: primeira gerente do HAOC.
- Ursula Heinrich (Santa Catarina – Brasil) – 1955 a 1971: Gerente de Enfermagem.
- Lore Cecília Marx (Rio Grande do Sul – Brasil) – 1972 a 1996: Gerente do Serviço de Enfermagem, Assistencial e Apoio.

- Comissão de Gerenciamento do Serviço de Enfermagem – 1997 a 2003: composta por gerentes assistenciais.
- Joana Lech (Rio Grande do Sul – Brasil) – 2003 a 2013: Diretora de Enfermagem/Superintendente Assistencial a partir de 2007.
- Fátima Silvana Furtado Gerolin (São Paulo – Brasil) – desde 2013: Superintendente Assistencial e Diretora Executiva Assistencial a partir de 2020.

Participação na Jornada MAGNET

Em 2020, a Diretoria Executiva Assistencial, em conjunto com as Gerentes Corporativas Assistenciais do HAOC e a Gestora de Práticas e Modelo Assistencial, decidiu ingressar na Jornada MAGNET após ter sido aprovado pelo principal executivo da instituição.

O Magnet Recognition Program é um programa de acreditação organizado pela American Nurses Credentialing Center (ANCC) que objetiva reconhecer organizações de saúde que alcançaram excelência nos serviços de enfermagem mediante práticas assistenciais de qualidade, segurança do paciente e experiência do paciente (no que se refere ao atendimento). Além disso, aspectos como o reconhecimento do profissional de Enfermagem, liderança e tomada de decisão também são valorizados.[27]

Em 1994 foi certificado, nos EUA, o primeiro hospital americano. A partir de 2000 iniciaram-se os trabalhos para cerificar hospitais de outros países.[28] Até o presente momento nenhum hospital brasileiro conseguiu esse reconhecimento.

Um dos estudos encontrados na literatura apresenta dados que apontam na direção de um ambiente de prática profissional equilibrado com a melhor percepção de qualidade por parte da equipe de Enfermagem. O estudo demonstra que os profissionais de hospitais MAGNET apresentam relatos de qualidade do atendimento prestado 10% maior do que os de hospitais não-MAGNET, sendo 63% dos resultados relacionados com o ambiente de prática profissional, dentro do qual podem-se verificar a presença de um enfermeiro-chefe visível e acessível, encorajamento e inclusão de enfermeiros na tomada de decisão dentro da instituição e apoio à prática da Enfermagem e ao trabalho multidisciplinar, sendo essas últimas características de mais fácil modificação.[29]

O objetivo principal dessa participação é estar em contínuo esforço pela excelência assistencial. Desde então temos trabalhado para entender o *Manual MAGNET*, que é um documento disponibilizado pela ANCC, e temos buscado realizar as iniciativas nele apontadas, entre as quais destacamos:

- em 2022, iniciamos nossa participação no banco de indicadores internacional National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), que avalia três quesitos: indicadores clínicos sensíveis à enfermagem, satisfação de enfermagem e satisfação do paciente. Este banco foi criado em 1998 com

o objetivo de estabelecer a coleta, o armazenamento e a divulgação dos indicadores em nível nacional e, posteriormente, internacional;

- elaboração do planejamento estratégico assistencial, que está em alinhamento com o planejamento estratégico institucional (2022-2026). Esse planejamento está sendo desenvolvido de forma colaborativa com as lideranças assistenciais multiprofissionais;
- projetos que ampliem o percentual de profissionais da equipe multiprofissional com especialização *stricto sensu* e *lato sensu* nas áreas de interesse da instituição;
- estreitamento da organização hospitalar com a área da Educação (escola técnica e faculdade), objetivando levar o conhecimento e a experiência já adquirida dentro da instituição para os alunos.

Modelo de Gestão *vs.* Modelo Assistencial

Entende-se por valor em saúde algo muito mais amplo do que o conceito econômico existente. Segundo Porter, o desfecho clínico com qualidade é considerado para definir valor na perspectiva do paciente, levando em consideração os custos para atingir esse objetivo. Nesse contexto, o atendimento com precisão diagnóstica, com resultados que permitam os melhores desfechos ao menor custo, proporciona a ampliação do conceito de valor em saúde.[30]

Qual é o melhor desfecho para o paciente em sua própria perspectiva? Estar inserido novamente no trabalho, conseguir realizar atividades diárias, ter qualidade de vida, não necessitar de novas internações para a continuidade do tratamento.

O modelo de remuneração no Brasil entre operadoras e prestadores de serviço, porém, não leva em consideração o melhor desfecho para o paciente e a sua qualidade de vida pelo custo existente. A relação está pautada na remuneração do *fee for service*, modelo pautado no pagamento por procedimento e por materiais utilizados; o pagamento é feito por quantidade. A qualidade não é avaliada.

Modelos de remuneração americanos já trabalham com desfecho por qualidade, desempenho médico da instituição. Para que esses modelos sejam implantados efetivamente no cenário nacional, faz-se necessária uma mudança da cultura de remuneração.

Na atualidade, os gastos em saúde têm uma tendência de crescimento ano a ano. A inflação dos custos médicos no mundo aumenta a patamares maiores que a inflação em muitos países. No Brasil, por exemplo, esse índice foi superior a 17% em 2019 contra um valor do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 3,9% ao longo do ano, o que propiciou o reajuste médio de 17% dos planos de saúde coletivos.[31]

Alguns fatores, como os avanços tecnológicos, a judicialização e a má gestão, somados ao envelhecimento da população, colaboram para os maiores gastos em saúde.

Tomemos como exemplos desse cenário o avanço e o aprimoramento das tecnologias cada vez mais crescentes no mercado de materiais e medicamentos utilizados no tratamento de patologias, o cuidado ao paciente torna-se mais sofisticado.

Essas novas tecnologias, especialmente quando utilizadas de maneira desordenada, são as grandes vilãs no aumento dos gastos em saúde. E isso é fortemente influenciado pelo modelo de remuneração hoje existente entre operadoras e prestadoras de serviço.

No Brasil, há muitos anos o modelo de remuneração entre operadora e prestadora de serviço é o *fee for service*, pautado no pagamento por procedimento e por materiais utilizados; o pagamento é feito por quantidade.[3] Nos EUA, há vários modelos de remuneração. O Captation, por exemplo, não leva em consideração a qualidade; o pagamento é feito por vida. Dessa maneira, existe a necessidade de um amplo estudo epidemiológico da população a ser atendida.[32] Modelos como o Bundled Services e o Disease Related Groups (DRG) permitem o pagamento não apenas por procedimento, mas, sim, por desempenho; o prestador de serviço obriga-se a diminuir os custos operacionais e trabalhar diretamente com as equipes para entendimento dos processos, sendo necessária a criação de protocolos clínicos assistenciais.[32]

Em um local em que os hospitais possuem corpo clínico aberto, a padronização da assistência torna-se muito mais complexa, pois a adesão das equipes médicas a protocolos e padronizações institucionais muitas vezes não é tão boa. Aquilo, no entanto, que estiver ao alcance da equipe assistencial deverá ser pensado se será custo-efetivo para o cuidado prestado ao paciente.

Pensando nessas ocorrências e oportunidades de mercado, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz busca cada vez mais, em conjunto com as equipes assistenciais e médicas e as operadoras, realizar as melhores práticas, com custo acessível e melhores desfechos. Pensando em ser disruptivo e entendendo o futuro da saúde como algo sustentável, o HAOC, em 2017, inaugurou uma unidade hospitalar a 1 km de distância da sede inicial com a prerrogativa de realizar os atendimentos aos pacientes por *bundles*, sendo custo-eficiente sem perder a qualidade e a essência do modelo assistencial.

Por se tratar de um novo modelo no cenário da saúde no Brasil, onde o ganha-ganha é uma prática comum nesse mercado, o alinhamento dos riscos, dos custos envolvidos e uma equipe assistencial/médica em sintonia com esse modelo têm sido primordiais para o sucesso da instituição.

No Brasil, a mudança da remuneração entre operadora e prestadora de serviço necessita ser repensada na saúde. Em um modelo tradicional, as operadoras

buscam cada vez mais pagar menos pelos materiais e medicamentos utilizados e o prestador, por sua vez, quer repassar o maior valor para a operadora os custos com materiais e medicamentos.

Com essa situação desgastada, as operadoras têm tentado, no caso de alguns materiais e medicamentos, realizar a compra direta com o fornecedor e pagar ao hospital uma taxa de comercialização. Trata-se de uma tentativa de moderar o ganho do prestador de serviço e propiciar a revisão dos processos para uma redução de margem.

O modelo atual de *fee for service*, entretanto, não será sustentável em longo prazo, sendo provável a necessidade de mudança do modelo de remuneração entre fonte pagadora e prestador de serviço. O risco deverá ser compartilhado. Deverá ser criado um modelo com regras claras, engajamento das equipes e criação de protocolos assistenciais.

A solução está entre a união de todos os atores envolvidos no processo. Enquanto houver um ambiente de desconfiança, e não de esforços em conjunto para buscar a solução, não haverá mudança.

Recomendações

1. Identificar ou definir o modelo de gestão institucional.
2. Estabelecer e conhecer o planejamento estratégico institucional.
3. Estabelecer o modelo assistencial institucional em consonância com o modelo de gestão aplicado.
4. Participar de certificações na área da saúde como recurso para a busca constante de aprimoramento na gestão e na entrega do cuidado.

Referências Bibliográficas

1. Foucault M. História da Loucura. 9. ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.
2. Chiavenato I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus; 2004.
3. Souza JCL, Tonon I, Junges SS. A influência de Henry Ford para a atualidade. Uniuv em Revista. 2015;15(1):87-95. Disponível em: https://periodicos.uniuv.edu.br/uniuvemrevista/article/view/373.
4. Motta FCP, Vasconcelos IG. Teoria Geral da Administração. 3. ed. São Paulo: Thomson Learning; 2006.
5. Matos E, Pires D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos Dias Atuais, Influências no Setor Saúde e na Enfermagem. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017.
6. Sobral F, Peci A. Administração: Teoria e Prática no Contexto Brasileiro. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2008.
7. Maximiano A. Teoria Geral da Administração. Rio de Janeiro: Atlas; 2012.

8. Fonseca AD, et al. A Evolução da Gestão Hospitalar e suas Intervenções no Mercado Atual. Revista Científica da Faculdade Laboro. 2015;1:26-32.
9. Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da História: o Ensino de Administração em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005 mar-abr; 58(2):222-6.
10. Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental: Sua Interface com a Reforma Psiquiátrica e Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev da Esc Enferm da USP. 2009;43(4):962-8.
11. Seixas E, Melo E. Desafios do Administrador Hospitalar. Rev Gestão e Planejamento. 2004;5(9):16-20.
12. Borba VR. Administração Hospitalar: Princípios Básicos. 3 ed. São Paulo: CEDAS; 1991.
13. Chiavenato I. Teoria Geral da Administração. 8. Ed. São Paulo: Campus; 2011.
14. Stoner JAF, Freeman RE. Administração. 5. ed. Rio de Janeiro: PHB; 1992.
15. Chiavenato I. Comportamento Organizacional. São Paulo: Campus, 2005.
16. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A Transformação da Gestão de Hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2004.
17. Sordi JO. Gestão por Processos: Uma Abordagem da Moderna Administração. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
18. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: Uma Metodologia para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. Cad Saúde. 2007;23(2). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?lang=pt.
19. Cleland DL, Ireland, LR. Project Management: Strategic Design and Implementation. 4. ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2002. 656 p.
20. Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007 [citado em 26 mar 2011]. 240 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26576?locale=pt_BR.
21. Marquis BL, Huston CJ. Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. 6. ed. Hong Kong: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 315-34.
22. Lipkau EG. Hospital Alemão Oswaldo Cruz: 1897-1997. São Paulo: DBA Artes Gráficas; 1997.
23. Berlofi LM, Sanna MC. Caracterização e Organização da Enfermagem do Hospital Alemão Oswaldo Cruz no Contexto da II Guerra. Ciência, Cuidado e Saúde. 2015;14(4):1581-1588.
24. Rocha JSA. Vivência dos Egressos do Programa de Estágio Extracurricular em Enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2018. 150 p.
25. Gerolin FSF. A Assistência como Essência da Trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo: Ateneu; 2017.
26. Gerolin FSF. Modelo Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz: Um Estudo de Caso / Fátima Silvana Furtado Gerolin [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2016. 199 f.
27. Rocha JSA, et al. Relato de Experiência: Construção do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Revista Acreditação. 2016;6(11):72-85.

28. Parisi TCH. MPR: Revisão Integrativa de Literatura [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519.
29. American Nurses Credentialing Center. NEW 2020 Magnet Mission and Vision Statement. Silver Spring: 2020. Disponível em: AboutMagnet (nursingworld.org). Acessado em: 26 de maios de 2022. 30.
30. Stimpfel AW, Rosen JE, McHugh MD. Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet and non Magnet Hospital. JONA. 2014;44(1):10-16.
31. Porter ME, Kaplan RS. Como Pagar Pelos Serviços de Saúde. Harvard Business Review. 2016;8:32-45.
32. Aon Plc. Brasil: AON [cited 2019 Apr 20]. Disponível em: http://www.aon.com/default.jsp.
33. Bichuetti JL, Mere YAJr. Modelos de Remuneração na Saúde. Harv Bus Rev Brasil. 2016;91(10):58-62.