

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

BERNARDETE WEBER

**ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO:
ESTUDO DE CASO DE UM MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL COM
FOCO NA PESSOA**

Porto Alegre

2009

BERNARDETE WEBER

**ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO:
ESTUDO DE CASO DE UM MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL COM
FOCO NA PESSOA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Orientadora: Profa. Dra. Marta Luz Sisson de Castro

Porto Alegre

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

658.9 Weber, Bernardete
W375a

Assistência integral no Hospital Moinhos de Vento: estudo de caso de um modelo de gestão assistencial com foco na pessoa / Bernardete Weber ; Marta Luz Sisson de Castro [orientadora]. – Porto Alegre : do Autor, 2008.

95 p. 21 x 30 cm.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

I. Castro, Marta Luz Sisson de. II. Título. 1. Assistência integral à saúde/organização e administração. 2. Assistência centrada no paciente. 3. Humanização da assistência. 4. Gestão em saúde.

Ficha catalográfica elaborada por

Norah B. Piccoli.

CRB 10/1536

BERNARDETE WEBER

ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO: ESTUDO DE CASO DE UM MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL COM FOCO NA PESSOA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 20 de janeiro de 2009

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Marta Luz Sisson de Castro
PUCRS

Profa. Dra. Nadja Mara Amilibia Hermann
PUCRS

Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
UFRGS

Dedico esta dissertação ao meu pai, que sempre se orgulhou de sua grande família, e que fez sua passagem, sua páscoa, durante a finalização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Paula e Mauro, filhos amados.

A Fabio e Ana, queridos amigos da família.

A minha família, pela consideração, apoio e estímulo.

À Professora Marta Luz Sisson de Castro, orientadora capaz, experiente e inspiradora que possibilitou esta dissertação.

Aos meus professores do Programa de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que oportunizaram a aprendizagem e ofereceram um exemplo de educação como caminho permanente.

Ao Hospital Moinhos de Vento, onde aprendi o valor do trabalho como parte essencial da vida, agradeço pela confiança.

A Lidia Demeneghi, que me acompanhou no início desta jornada.

A Cleusa, mais que colega.

A Henriete, Beth, Claudia e Alex, amigos e profissionais admiráveis.

Aos profissionais e pacientes cujas falas foram fonte deste estudo.

Ao Pastor Ivo, companheiro fundamental na construção do Assistir.

E, finalmente, aos colegas do Grupo Assistir, pela construção contínua da Assistência Integral.

“O Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos.”

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, *Cuidado e Reconstrução das*

Práticas de Saúde, p. 85.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a percepção de pacientes e profissionais acerca do cuidado no modelo de gestão assistencial denominado Assistência Integral, praticado no Hospital Moinho de Vento, na Cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para tanto, os entrevistados responderam a uma entrevista semi-estruturada com os seguintes focos: 1) identificar diferenciais de cuidado prestado e recebido no Hospital Moinhos de Vento; 2) descrever o cuidado na beira de leito; e 3) definir a Assistência Integral. A partir disso, procurei identificar no discurso manifestações dos entrevistados acerca de cada uma das dimensões dos eixos Assistir (dimensões respeito, atenção, sensibilidade e empatia, foco na pessoa e acolhimento) e Atender (resultados, estrutura e processo), que são a base do modelo de Assistência Integral. A metodologia adotada foi de estudo de caso de base qualitativa. Foram entrevistados 10 profissionais da saúde, com experiência anterior ou concomitante em outros hospitais e 7 pacientes com mais de uma internação hospitalar. Além da amostra de 17 pessoas, foram examinados documentos institucionais e depoimentos registrados no instrumento de avaliação de satisfação do Hospital. A análise mostrou que a Assistência Integral é identificada com um diferencial de qualidade de atendimento. O discurso dos entrevistados produziu uma reconfiguração das dimensões do modelo, com acréscimo de dimensões em ambos os eixos: no Atender foi incluída a dimensão “formação e capacitação”, e no Assistir, as dimensões “ética” e “espiritualidade e comprometimento”. “Resultados” passou a ser uma dimensão de ambos os eixos. No Assistir, as dimensões “atenção”, “acolhimento”, “respeito” e “sensibilidade e empatia” passaram a integrar “foco na pessoa”, por serem todas expressões que remetem a este sentido. Em conclusão, existe um reconhecimento da Assistência Integral não apenas como modelo de cuidado no qual o paciente é o foco e o centro das ações, mas especialmente como modelo de qualidade na Gestão da Assistência Hospitalar. Estudos futuros deverão focar também aspectos relativos ao impacto financeiro direto e indireto da adoção desse modelo.

Palavras-chave: Saúde Integral. Assistência Integral à Saúde/organização & administração.

Assistência Centrada no Paciente. Humanização da Assistência. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study evaluated patient and caregiver perceptions concerning the attention provided to patients at Hospital Moinhos de Ventos (Porto Alegre, Brazil), a hospital that adopts a novel Integral Care management model. Participants answered a semi-structured questionnaire to: (1) identify unique features of the healthcare provided and received at Hospital Moinhos de Vento; (2) describe bedside care; and (3) define Integral Care. I analyzed the interviews in search of references to the dimensions that make up the two axes originally supporting the Integral Care model: Assistance (comprising respect, attention, sensitivity, empathy, focus on the individual, and welcoming) and Attendance (results, structure and process). A case study, qualitative methodology was adopted. Ten caregivers who had worked or were still working at other hospitals and 7 patients with more than one hospitalization experience were interviewed. In addition, documents and reports retrieved from the Hospital's satisfaction questionnaires were examined. The analysis revealed that Integral Care is seen as a standard of quality in the services provided at the institution. Interviewees' responses produced a novel configuration of Integral Care dimensions, and new domains were added to both axes: "education and training" to Attendance, and "ethics", and "spirituality and commitment" to Assistance. "Results" became an extension of the two original axes. In Assistance, "attention", "welcoming", "respect", and "sensitivity and empathy" were placed together under "focus on the individual," as they were identified as referring to and describing that dimension. In conclusion, not only was Integral Care seen as a healthcare model in which the patient is the center of attention, but also, and especially, as a model of quality in Hospital Care Management. Future studies should investigate the direct and indirect financial effects of adopting this model.

Key-words: Holistic Health. Comprehensive Health Care/organization & administration. Patient-Centered Care. Humanization of Assistance. Health Management.

LISTA DE SIGLAS

AI	-Assistência Integral
BSC	-Balanced Score Card
HMV	-Hospital Moinhos de Vento
JCI	-Joint Commission International
PAMQ	-Programa de Avaliação e Melhoria da Qualidade
PGQP	-Programa Gaúcho pela Qualidade e Produtividade
PNQ	-Programa Nacional de Qualidade
SIM	-Sistema Integrado Moinhos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Assistência integral	17
Figura 2 – Processo à beira do leito após prescrição médica	18
Figura 3 – Sistematização da Assistência Integral ao longo da experiência prática	19
Figura 4 – As diferentes visões em um hospital	28
Figura 5 – Organograma	30
Figura 6 – Organograma atual	31
Figura 7 – Fluxo do paciente	33
Figura 8 – Integração das atividades assistências, que expressa a organização do cuidado no modelo AI	34
Figura 9 – Sistema Integrado Moinhos	36
Figura 10 – Mapa estratégico	37
Figura 11 – Diagrama da AI	43
Figura 12 – Diagrama da AI - princípios do Atender e Assistir	44
Figura 13 – Modelo <i>a priori</i> da Assistência Integral	46
Figura 14 – Processos do Atender na AI	48
Figura 15 – Processo técnico da Assistência Integral	49
Figura 16 – Processos por atividade do Atender	50
Figura 17 – Assistência Integral: modelo <i>a priori</i> (1997) e modelo emergente (2008)	69
Figura 18 – Representação do modelo emergente da Assistência Integral	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sistemas de Garantia da Qualidade – Modelo de Gestão	38
Tabela 2 – Distribuição das menções feitas por profissionais e pacientes às dimensões do eixo Atender	70
Tabela 3 – Distribuição das menções feitas por profissionais e pacientes às dimensões do eixo Assistir	72
Tabela 4 – Matriz geral de associações entre as dimensões dos eixos Assistir e Atender	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Valores institucionais do Hospital Moinhos de Vento	41
Quadro 2 – Assistência Integral na visão de 7 pacientes e 10 profissionais do Hospital Moinhos de Vento	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 CONTEXTO HISTÓRICO E TEÓRICO	22
2.1 MODELOS TRADICIONAIS DE GESTÃO HOSPITALAR	26
2.2 ESTRUTURA DA AI	35
2.3 CONTEXTO DA PESQUISA	39
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	52
2.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE	53
2.6 UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE PARA ANÁLISE QUALITATIVA DE DADOS	54
3 RESULTADOS	57
3.1 DIFERENCIAIS DE CUIDADO	57
3.2 O CUIDADO DE BEIRA DE LEITO	58
3.3 DEFINIÇÃO DE AI	58
3.4 ÉTICA, ESPIRITUALIDADE E COMPROMETIMENTO	66
3.5 ASSOCIAÇÕES	73
4 DISCUSSÃO	78
4.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	86
ANEXO 1. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PACIENTES	87
ANEXO 2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PROFISSIONAIS	88
ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
ANEXO 4. ASSOCIAÇÕES ENTRE DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL	90

1 INTRODUÇÃO

O conceito de integralidade está bastante presente na área da saúde, na esfera tanto pública quanto privada – embora seja, como mostra a literatura, um conceito relativamente elástico. Como já foi dito, “a inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal ‘integralidade’ é, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade” (SOUSA MACHADO, 2007, p.335). Entretanto, parece haver consenso sobre o fato de que a integralidade significa um repensar do isolamento do trabalho especializado e da ênfase que ao longo do tempo o setor saúde foi colocando na hierarquização das estruturas de cuidado – gerando, sem dúvida, grandes avanços terapêuticos – mas fragilizando, finalmente, o contato mais primordial entre aquele que dá e aquele que recebe cuidado.

Há quase três décadas, trabalho em um hospital privado cuja história tem sido marcada por valores humanísticos e por uma visão abrangente de cuidado: o Hospital Moinhos de Vento (HMV), em Porto Alegre. Entretanto, ao longo dos anos, foi crescendo em mim uma inquietação, que resultava de uma ausência – uma ausência ligada à percepção de que devia haver algo mais no cuidado ao doente, algo que pudesse ser sistematizado, na assistência dispensada aos pacientes. Ao observar e debater entre profissionais o modo de atendimento de beira de leito, os fluxos e as rotinas, a tarefa parecia fragmentada, incompleta ou desintegrada: faltava um elo de ligação com a essência do cuidado, uma atitude que representasse o modo de *ser-cuidado*, no sentido expresso por Boff (2000) ao definir, inspirado por Martin Heidegger, entre outros, o cuidado como “um fenômeno ontológico-existencial básico”, expresso em alguns setores e em outros não.

Inicialmente, essa ausência não tinha um nome; porém, à medida que refletia, com outros colegas, a respeito do processo de cuidado, revisamos o fluxo do paciente a partir das atividades de beira de leito, e foi tomando forma justamente essa noção de integralidade.

No início da década de 1980, ingressou na Instituição o Pastor Ivo Lichtenfels, que retornou da Alemanha, onde havia concluído a sua formação em Clínica Pastoral nos moldes “*Clinical Pastoral Training – Education*” (CPT-CPE), com a titulação de Supervisor nesta área e membro da DGfP- Deutsche Gesellschaft fuer Pastoralpsychologie (Associação Alemã de

Psicologia Pastoral). O Pastor trouxe, nessa ocasião, o embasamento que possibilitou traduzir o cuidado em duas dimensões, o Atender e o Assistir:

A palavra atender vem do latim *tendere* que significa esticar um arco, estender a mão, oferecer algo. Cumprir as rotinas, atender uma campainha, atender um pedido da fisioterapia, atender um pedido da enfermagem, atender um pedido da nutrição da pastoral ou de tantos outros serviços. Dentro deste atender, que vem do *tendere*, entram todo o nosso plano de qualidade total, os nossos números, a satisfação do cliente e do seu relativo. No atender cada um de nós faz a sua parte e tem que fazer a sua parte bem feita. A segunda parte do cuidado da nossa prestação de serviços ao cliente, ao paciente, ao relativo é o assistir, que vem do latim *adsistere*, colocar-se junto de alguém, não por cima, nem por baixo, nem atrás nem à frente, mas colocar-se ao lado de uma pessoa. Entender uma pessoa, estar presente, ligado e sintonizado (LICHTENFELS, 2000).

Nessa década, o Hospital adotou a Clínica Pastoral, preservando o ecumenismo definido como base conceitual na elaboração dos princípios da concepção da Instituição. Com isso, surgiu uma sólida fundamentação para a Assistência Integral.

À medida que aprofundi a compreensão do cuidado com foco no doente, e não nas tarefas, passei a descrever, juntamente com uma equipe, a macro-função paciente, com os conceitos que visualizávamos e entendíamos como essenciais para o cuidado integral do ser humano hospitalizado.

Dessas reflexões surgiu um modelo de cuidado que se consolidou em um modelo de gestão da assistência, implantado no HMV em 1997. Assistência Integral – ou AI – foi a denominação dada ao modelo de cuidado preconizado na prática assistencial do HMV e definido como um sistema de atendimento hospitalar que estabelece procedimentos e cuidados ao paciente como um conjunto de ações multiprofissionais integradas em um único fluxo, cujo objetivo é suprir as necessidades físicas e simultaneamente acolher e engajar o paciente na sua individualidade, com resultados que se concretizam na beira de leito (WEBER; DEMENEGHI, 1997). Além da questão central da integralidade, a AI procurou traduzir o cuidado prestado a esse paciente “articulado ao seu contexto” pelo uso do termo “assistir”, que se opõe, nessa visão, ao “atender”, identificado estritamente com o cumprimento de protocolos, procedimentos operacionais e normas, como foi explicitado anteriormente na fala de Lichtenfels (2000).

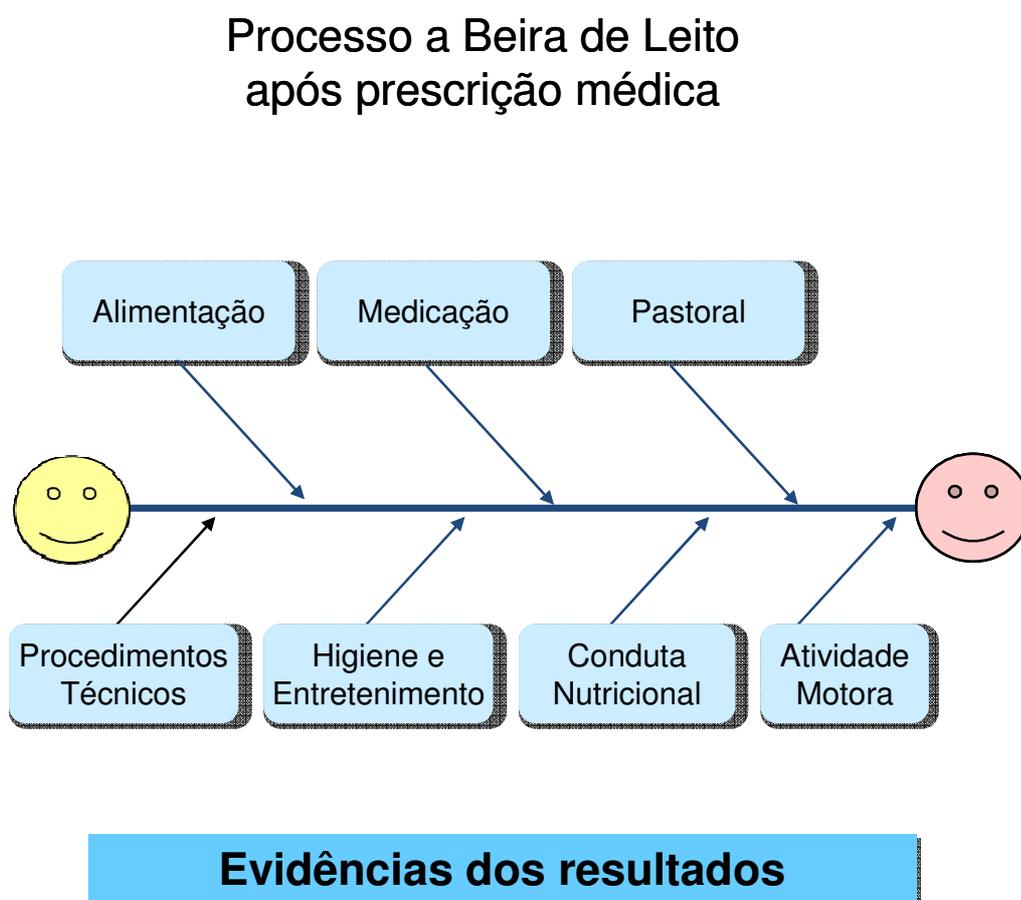
As figuras a seguir demonstram de forma esquemática o processo e os fluxos implementados para a operacionalização da Assistência Integral. Ao longo da prática, esses fluxos foram sendo melhorados e ajustados às novas demandas internas e externas, com uma

visão e um modelo flexíveis, capazes de absorver as atualizações necessárias para assegurar a qualidade assistencial.

Figura 1 – Assistência Integral



Figura 2 – Processo à Beira de Leito Após Prescrição Médica

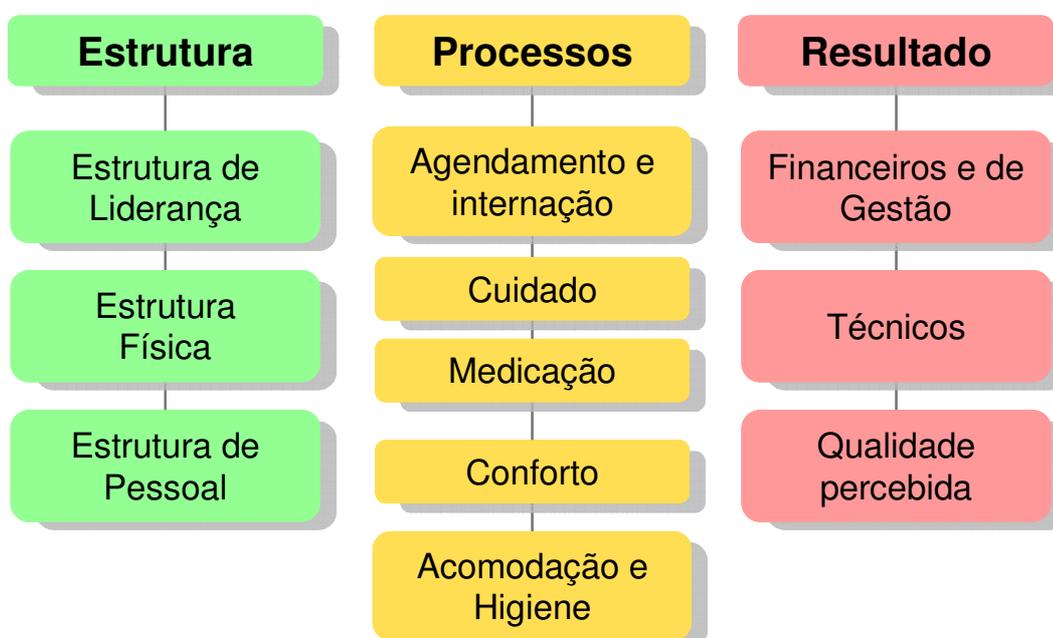


A figura 3 mostra como foi sistematizada a AI ao longo da experiência prática.

Figura 3 – Sistematização da Assistência Integral ao longo da experiência prática

Assistência Integral

Sistema de atendimento que define processos de atenção e cuidado ao paciente e familiares, como um conjunto de ações transdisciplinares, integradas em um único fluxo, com o objetivo de suprir necessidades, acolher e engajar o paciente, familiares e os colaboradores provendo o uso racional de recursos, com resultados que se concretizam junto ao leito.



A Assistência Integral se caracteriza por ter o paciente como centro das ações, como agente do processo de cuidado. Nesse sistema, o saber técnico tem a mesma dimensão do cuidado humano, com respeito à individualidade e às necessidades próprias de cada paciente-pessoa, numa dinâmica estruturada e gerenciada (WEBER; DEMENEGHI, 1997). A abordagem integral, de acordo com Wilber (2006), é uma alegação de abrangência, de inclusão, na forma de operacionalizar e organizar o saber.

Ou, como bem expressa Lichtenfels (2000):

O doente paciente, a palavra paciente vem do grego *páschein* e significa sofrer, aquele que é passivo e dependente, o doente paciente praticamente não existe mais, esta época está acabando. Uma equipe multidisciplinar deve ver um paciente como um livro vivo, um livro que deve ser lido e relido e discutido constantemente; e para essa leitura que eu devo fazer a cada dia de uma forma nova, e quem sabe até diferente, eu devo observar pontos fundamentais. A partir da experiência que temos em nossa casa, eu diria que AI exige, em primeiro lugar, a minha postura pessoal, o que é isso: exige os meus princípios e valores que trago de minha família, da minha biografia, valores morais e éticos... Entendemos assistência integral a partir de uma visão ecumênica, integral e holística, portanto, entendemos o ser humano físico, psicológico, social, espiritual e transcendente, o ser humano criado à imagem de Deus, que tem razão e sentimento. Mas importante não é saber que ele tem razão e sentimento, importante é que ele sabe que pensa e sente, nenhum outro ser vivo sabe isso.

Assim, dentro deste contexto de integralidade, e entendendo que a AI poderia ser traduzida em processos, direcionei o trabalho de construção e aplicação do modelo. Desde esse momento inicial, contudo, passei a ter outra inquietação, fundada no contato diário com pacientes e cuidadores, justamente os principais atores que sustentam a AI: passei a me questionar sobre como esses atores, cada qual com suas especificidades, visualiza, atua e percebe este sistema, hoje reconhecido como modelo de gestão assistencial de qualidade e praticado como método de cuidado em nosso hospital. As questões que me surgiram então foram: existe, na percepção desses atores, uma diferença entre o assistir e o atender? Em que aspectos percebem a *assistência integral* recebida ou prestada? O que associam a essa assistência? Que aspectos valorizam ou desprezam em sua experiência hospitalar?

Foi a procura de respostas a essas questões que motivou a presente dissertação: uma oportunidade para refletir e reconstruir um modelo de gestão e assistência que, coerente com o

seu foco integral no paciente, deve dar voz a esses sujeitos que diariamente fazem e recebem Assistência Integral.

2 CONTEXTO HISTÓRICO E TEÓRICO

A formulação do modelo de cuidado do Hospital Moinhos de Vento (WEBER; DEMENEGHI, 1997), a Assistência Integral, se iniciou em 1991 e culminou com a implantação oficial do método em 1997, a partir da visão de pacientes e colaboradores. Torresini (2002, p. 154) descreve esse processo:

Em 1997, implanta-se o Projeto de Assistência Integral que visa substituir o cuidado por tarefa pelo método do cuidado integral. Isso significa atender com qualidade, entender o paciente no conjunto de suas necessidades. Relevante é o domínio da técnica, porém, pode-se conhecer os hábitos e o conjunto das necessidades mais particulares do paciente. Pastoral, enfermagem, nutrição e fisioterapia realizam um trabalho conjunto para atingir a qualidade desejada. Reduz-se o envolvimento da equipe de enfermagem nos processos administrativos, direcionando seus esforços para a assistência centrada no paciente, na família, sempre sob a orientação do médico responsável.

Este modelo, denominado AI, traduz o modo de cuidado que as diaconisas preconizavam quando atuavam na assistência do hospital, um modo que perpassa a cultura institucional ao longo da história, corroborando a observação de Enck (2006, p. 123) de que “a cultura da organização está impregnada por todas as falas e por todo o ambiente hospitalar. São evidenciados os valores e princípios que norteiam as práticas do hospital do estudo desde a fundação do mesmo”.

No momento inicial da AI, repensar o modo de cuidado que praticávamos no Hospital Moinhos de Vento me desafiou a ampliar o olhar para uma atitude que fosse, ao mesmo tempo, consistente enquanto ciência e convincente enquanto prática. A fragmentação das iniciativas de cuidado era, sem dúvida, um dos maiores desafios nessa época de departamentalização das instituições de saúde, juntamente com a atitude das corporações profissionais (no período sob forte influência sindicalista) de demarcar território e poder, fazendo com que perdessem a dimensão da real função dos profissionais da saúde enquanto cuidadores em unidade hospitalar. Esse dilema é explicitado por Gadamer (1993, p. 9), que diz que “os limites da mensurabilidade e em geral do que se pode fazer condicionam profundamente os domínios dos cuidados da saúde. A saúde não é algo que se possa fazer”. Além disso, afirma Gadamer, o limite entre “poder fazer” e a responsabilidade na vontade e na ação só pode ser constatado na presença de doença.

Considerando, então, que não seria possível “vender saúde” como um objeto por sobre um balcão – mesmo na presença de tecnologia sofisticada –, e que é a doença que acaba por

determinar quanto será feito e como a atenção será levada a cabo, como fica o estado emocional de uma pessoa que se depara, pela primeira vez, ou novamente, com os limites da vida, na experiência da doença, do sofrimento e da possibilidade de morte? Que abrangência de cuidado requer a pessoa em contato com a ausência da saúde?

Leonardo Boff (2000, p.34) diz que ser imbuído de cuidado “significa reconhecer o cuidado como um modo de ser essencial, sempre presente, e irreduzível à outra realidade anterior”. Tanto Boff como Heidegger consideram o cuidado como um fenômeno que caracteriza a existência humana como tal, um estado de ser; nesse pensamento, a doença é sentir-se frágil, vulnerável, é a ausência de cuidado.

Ainda nesse sentido, Kübler-Ross (1998, p.114) desafia os profissionais da saúde ao afirmar que “a medicina tem seus limites, um fato que não se ensina na faculdade. Outro fato que não se ensina: um coração compassivo, sentimento que supõe ternura, compreensão, desejo de ajudar, pode curar quase tudo”. Está expresso aí o aspecto intangível, subjetivo e sutil do cuidado, uma *postura comprometida* do cuidador, que, entretanto, é fundamental, como afirmam esses autores, para o sucesso dos tratamentos: os pacientes demandam cuidado na mesma proporção entre razão e sensibilidade.

Além disso, é preciso considerar o entorno de cada indivíduo. Lidz (1983) diz que todo o ser humano se constitui a partir de seu meio ambiente, família e cultura; aliados aos legados biológicos, esses elementos pré-estabelecem a pessoa (psicoemocional). Portanto, pressupõe-se que envolver e interagir com a família é uma etapa importante para a posterior cooperação e confiança nas ações praticadas. A perspectiva de promover a adesão ao tratamento tem uma relação direta com o grau de conhecimento e de informações acerca do paciente, da doença e das manifestações em cada pessoa. Isso remete a uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde como cuidadores, e ainda sobre a necessidade de ter, ou aprender, noções básicas sobre como se estabelece a compreensão do *ser cuidado* na visão Heideggeriana: “o círculo da compreensão pertence à estrutura do sentido, cujo fenômeno tem raízes na constituição existencial do ser, enquanto compreensão que interpreta” (HEIDEGGER, 1999, p. 210).

Essas reflexões, que surgiram no chamado grupo padrão, instituído no início dos anos 1990 e formado por uma equipe multidisciplinar (no sentido de englobar representantes de diversas disciplinas) cuja finalidade era recuperar e registrar referências culturais da Instituição, me deram a convicção necessária para que eu buscasse um modo de *dar sentido* à assistência.

Nadja Hermann (2002, p. 34) traduz o pensamento Heideggeriano da compreensão:

(...) a compreensão se torna possível porque o homem habita um mundo que não é um universo como vê o cientista, tampouco o conjunto de todos os seres, mas a totalidade de relações em que o homem está mergulhado. O mundo antecede qualquer separação entre pessoa e mundo objetivado. O mundo é o próprio ser e o homem é o ser-no-mundo. A compreensão se mundaniza, permeia todos os momentos da vida, de modo que somos nós que temos o sentido da existência.

Assim, compreender o sentido do cuidado é um caminho que possibilita apreender manifestações do paciente que revelam aspectos do seu sentido de vida.

Viktor Frankl (1991, p.76) afirma que “precisamos aprender também a ensinar as pessoas em desespero que a rigor nunca e jamais importa o que nós ainda temos que esperar da vida, mas sim exclusivamente o que a vida espera de nós”. Ao adoecer, o ser humano se depara com a finitude da vida, e uma infinita carga de emoções e sentimentos aflora das mais diversas formas; o medo da morte é um sentimento inerente à circunstância de doença. O desafio das equipes está em perceber e contemporizar as necessidades de manejo da doença física. A atenção emocional e espiritual manifesta está em poder atender e assistir, até o ponto de conectar a pessoa doente à esperança de vida.

Kübler-Ross (2002), por sua vez, fala dos estágios emocionais pelos quais passam os que adoecem. A autora identifica a negação da doença, com manifestações de euforia e de poder pessoal, seguida da aceitação, com manifestações depressivas que devem ser detectadas e tratadas com expressões de confiança e esperança, para que o indivíduo possa aderir ao tratamento e querer viver e/ou melhorar. Esse estágio é inerente ao ser humano sempre que o bem maior – a vida – estiver ameaçado.

Como vemos, portanto, a literatura tem mostrado que a atenção bem-sucedida à saúde compreende, além de aspectos tangíveis e mensuráveis, como instalações e equipamento, protocolos clínicos, equipes técnicas com conhecimento científico atualizado, aspectos que envolvem o valor essencial do cuidado, que possibilitam a continuidade da vida com toda a qualidade possível.

Heidegger (1999, p. 202) afirma que “a compreensão enquanto **poder-ser** está inteiramente impregnada de possibilidades”. O contexto de vida de cada um está em **poder-ser**, com uma amplitude de possibilidades que corresponde ao modo de ser de cada um, como cada

pessoa interpreta, a partir das suas experiências, as possibilidades de doença/saúde, contingência/necessidade, mal-estar/bem-estar, certo/errado. Então, quando se está em sofrimento, ou doente, abrem-se muitas possibilidades, podemos escolher ser pessimistas ou positivos, alegres ou tristes, esperançosos ou desesperados.

A AI é um facilitador para o doente enxergar as possibilidades que se apresentam. A hospitalização pode sensibilizar para uma possibilidade, mudar a compreensão de mundo de uma pessoa, pode levar à compreensão da vida a partir da possibilidade de morte. Entendo na hospitalização um espaço de cuidado em todas as dimensões. Ao suprir a esperança, além das demandas físicas, estamos suprimindo o *ser cuidado*, o sentido de vida. Tenho convicção de que o maior desafio de uma equipe assistencial está em auxiliar e facilitar a compreensão das possibilidades de saúde. Assistir integralmente é também criar espaços, no momento da hospitalização, para o vir-a-ser saúde. A hospitalização é uma oportunidade de compreensão desse *ser cuidado*, que Heidegger descreve como um ente em si mesmo: assistir integralmente é entender e facilitar o querer ser cuidado e o poder viver mais e melhor.

Ao refletir sobre as práticas de saúde, Ayres (2004) utiliza como referência o pensamento de Heidegger sobre o tema enquanto categoria ontológica, desafiando os profissionais de saúde a ter o foco no doente e na sua presença no espaço assistencial, numa perspectiva transdisciplinar (ou seja, que transcende os limites de cada disciplina para permitir uma visão integrada da saúde). Como explica o autor, “normalmente quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (p. 74). Entretanto, tomando como base a noção proposta por Heidegger de que o ser humano, criador e criatura da existência, molda incessantemente as diversas formas de existência *a partir do cuidado* – “uma compreensão existencial da condição humana como cuidado” (p. 81) – Ayres questiona o vazio de um cuidado (“terapêutica”) que parece estar “perdendo seu interesse pela vida, (...) perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam” (p. 83). Isso porque, se o cuidado molda a existência, para cuidar “há que sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente”: há que estender a mão e colocar-se ao lado, diminuindo a assimetria.

Por tudo o que foi dito, torna-se evidente, no que se refere às tecnologias disponíveis, a necessidade de superar a restrição àquelas que trabalhem restritamente com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas. Embora estas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instrua também desde outras perspectivas (p. 87)

2.1 MODELOS TRADICIONAIS DE GESTÃO HOSPITALAR

Bohn (2007, p.30) ressalta que o hospital é um local de cura e também de formação de conhecimento técnico e científico nas diferentes áreas, onde deve prevalecer a ética, a transparência, a confiança e a harmonia entre as diferentes unidades. O autor ressalta ainda que as organizações de saúde, mais especificamente os hospitais, necessitam de modelos de gestão tão eficientes quanto os praticados em outros tipos de organizações, enfatizando que, dessa forma, a estrutura organizacional passa a ser um aspecto essencial na busca de eficiência.

A gestão hospitalar por tradição enfatiza os eixos técnicos e administrativos e mede sua eficiência com parâmetros unicamente objetivos.

Quando questionado sobre o que entende por “método de gestão”, Chanlat (1996) responde com um conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma organização, a partir dos objetivos que essa empresa tenha fixado. As perguntas a fazer, então, são: como deve ser a estrutura de gestão? Qual deve ser o seu eixo central de atuação? Que tipos de objetivos ela deve fixar? Chanlat indica que há dois componentes para os modos de gestão: a um ele chama de “modo de gestão prescrito”, um modelo abstrato, prescritivo, formal e estático; e o segundo, definido como modo de gestão real, é dotado de atributos de informalidade e dinamismo, sendo ainda concreto. Shortell e Kaluzny (1993, apud Bohn, 2007), por sua vez, acrescentam alguns aspectos importantes nas organizações hospitalares:

- a) a definição e a medição de resultados são extremamente difíceis;
- b) o trabalho é extremamente variável e complexo;

- c) as atividades são altamente interdependentes, exigindo um alto grau de coordenação entre as diversas áreas;
- d) o trabalho envolve alto grau de especialização;
- e) há pouco controle sobre os grupos profissionais, mais especificamente sobre os médicos.

Mintzberg (2003) reforça a abordagem de que o trabalho complexo necessita estar sob o controle de quem o executa, o que acaba gerando inúmeros problemas de coordenação entre os profissionais, bem como entre as unidades organizacionais, que ficam divididas entre a autoridade de linha e o poder horizontal que é exercido pelas especialidades: “em um ambiente hospitalar, as áreas de assistência tendem a se organizar ao redor do fluxo de trabalho, convergindo todo o processo na contínua assistência ao usuário; já as áreas médicas se organizam sob a forma de hierarquia, focando na função controle”.

A figura que segue demonstra as diferentes visões em um hospital, uma situação que pode facilmente gerar segmentação quando essas visões são geridas de forma desarticulada:

Figura 4 – As diferentes visões em um hospital (Bohn, 2007, adaptado de Mintzberg, 1997)



Atualmente, dentro e fora do HVM o setor saúde passa por uma transição, com muitos questionamentos e poucas respostas. Os gestores do setor debatem alternativas para viabilizar o segmento. Entre essas, a mais imediata é sempre a racionalização de custeio hospitalar. Uma das recentes publicações de Porter, “Repensando a Saúde”, tem sido usada como referencial nas estratégias atuais de gestão pela proposta de realinhar os custos com ênfase na cadeia da saúde, por meio de uma proposta de valor: “a maneira de transformar o setor saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes. O valor na assistência à saúde é o resultado obtido na saúde por dólar gasto” (PORTER, 2007, p.21). Em outras palavras, Porter atribui valor à custo-efetividade dos tratamentos, utilizando tecnologias de informação, portabilidade do prontuário e gerenciamento de doenças, entre outras medidas de economia. A obra fica limitada à abordagem técnica: em nenhum momento refere a abordagem de cuidado como um *vir a ser* saúde.

Nessa perspectiva, acredito ser possível, também, o realinhamento dos custos a partir do uso das melhores práticas em medicina e do cuidado humano integral, diferenciado e percebido pelo cliente-paciente a partir dos conhecimentos de economia em saúde, analisando custo-efetividade. A premissa de que parto é a de que quanto maior a participação e o engajamento do paciente no processo de tratamento, maior será o seu papel de auto-cuidado e prevenção: a economia se dará pelo não adoecer e pelas regras das melhores práticas em medicina.

O Hospital Moinhos de Vento, em sua história, registra evoluções na estrutura de gestão, caracterizando o aspecto dinâmico da gestão hospitalar. Na história mais recente, até o início dos anos 1990, a gestão foi sustentada por três eixos: administrativo, médico e técnico. O eixo técnico abrangia as atividades da função paciente não médica. Esse eixo técnico mais tarde passou a ser chamado de eixo assistencial. Nessa oportunidade, ocorreu uma organização de áreas e atividades por funções, com implementação da atividade de hotelaria hospitalar e atividades de cuidado do paciente num mesmo eixo de gestão, evitando que cada segmento profissional tivesse o seu departamento ou setor com gestão própria.

Figura 5 – Organograma

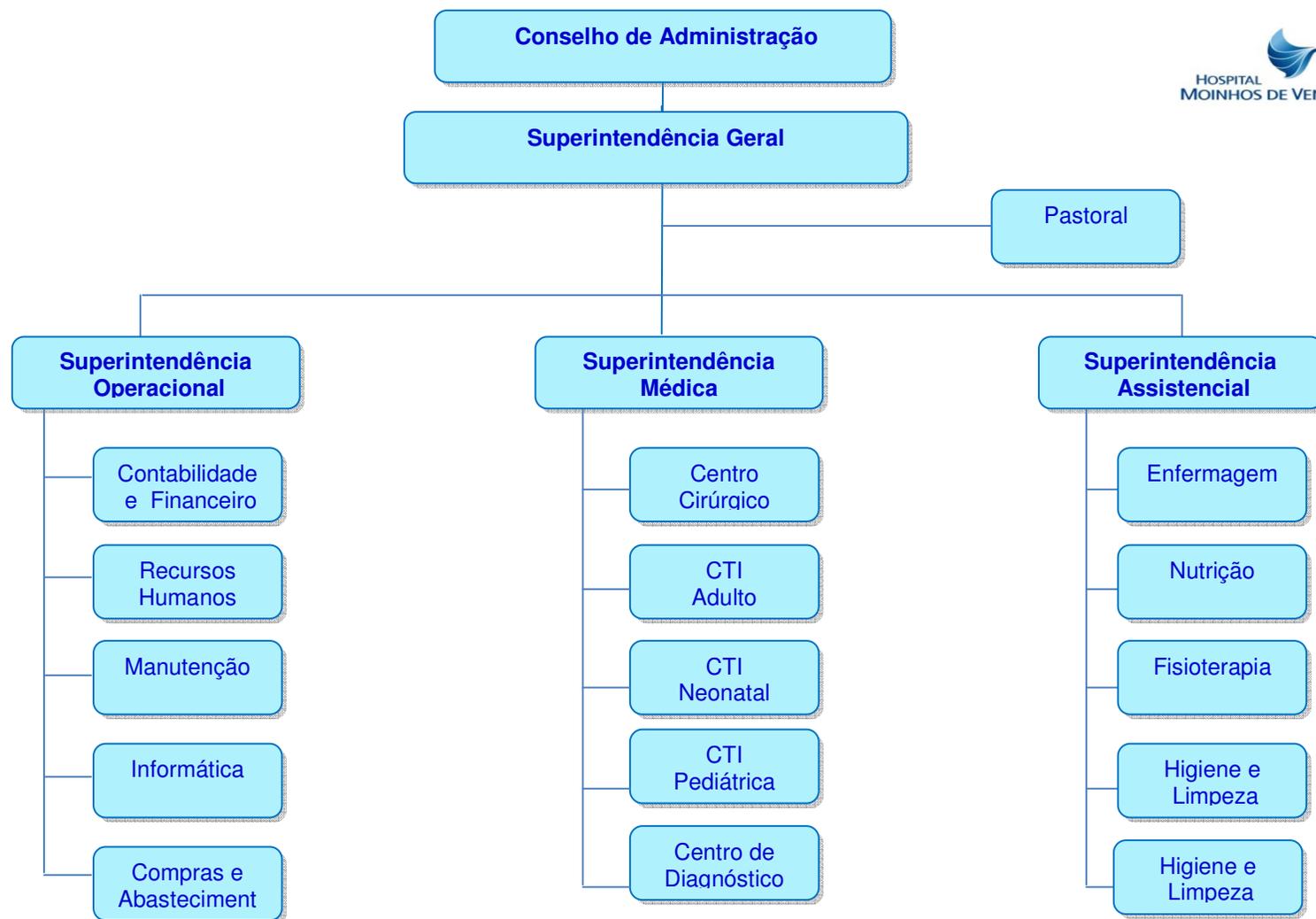
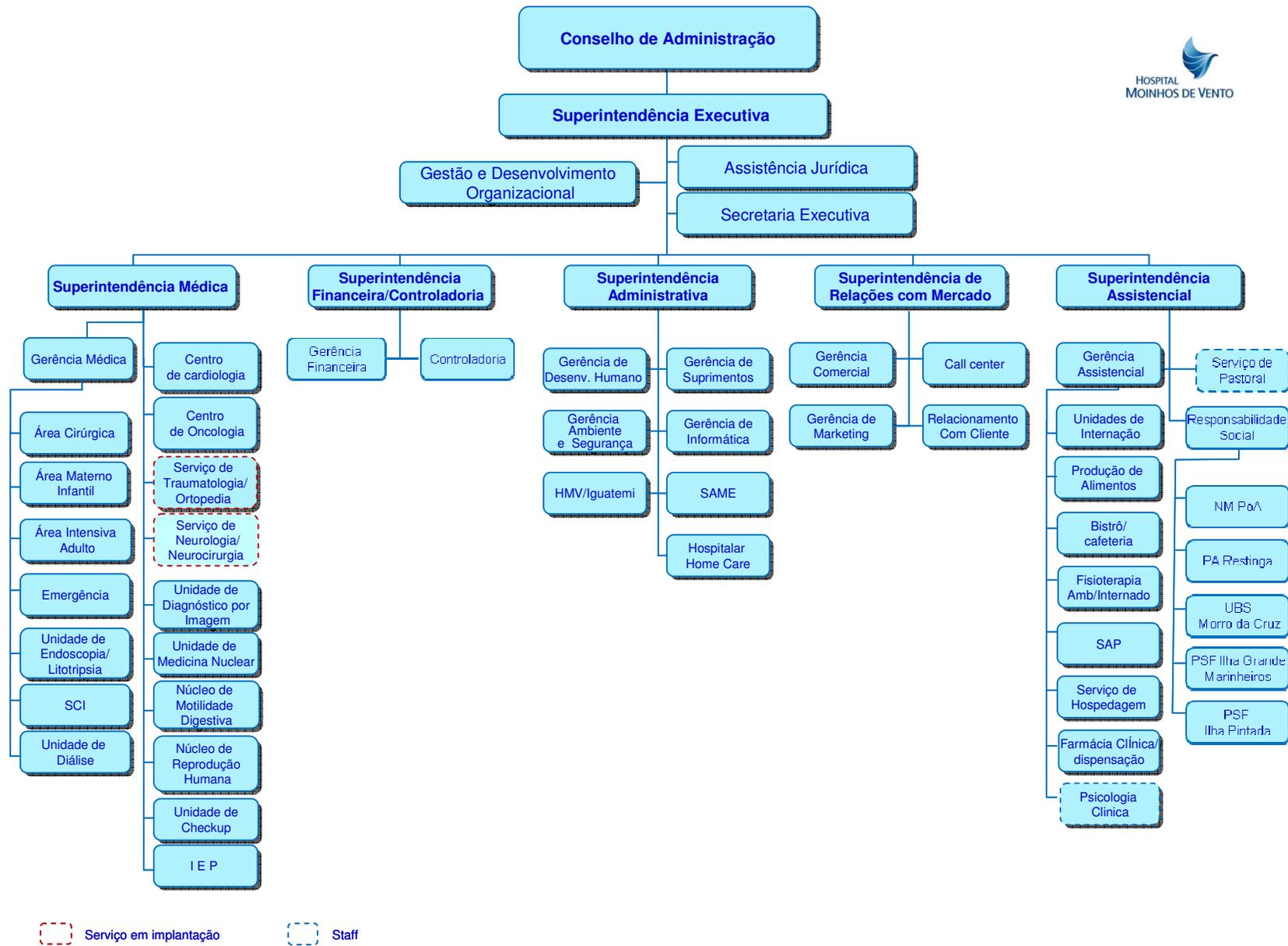


Figura 6 – Organograma atual



O fato é que, no Brasil, até o final da década de 1960, a assistência hospitalar concentrava basicamente as atividades médica e de enfermagem. No início da década de 1970, houve o grande incremento de outras atividades de saúde e da gestão administrativa profissionalizada, trazendo consigo ferramentas de gestão de outros segmentos de negócios. Enquanto nas estruturas hospitalares predominavam as atividades médicas e de enfermagem, as dificuldades relacionais decorrentes das corporações eram facilmente resolvidas. À medida que evoluíam as ciências da saúde, mais campos científicos se incorporaram, gerando necessidades de especialização e de novas ciências; nesse ambiente, a complexidade das estruturas aumentou os desafios do gestor de hospitalar.

Ao incorporar novas áreas técnico-científicas, como por exemplo nutrição, fisioterapia, farmácia clínica, psicologia hospitalar, pastoral e fonoaudiologia, além das múltiplas disciplinas da medicina, o Hospital Moinhos de Vento revisou o modelo de gestão a partir do estudo do processo paciente, respeitando a base geradora de todas as demandas desse paciente, que é a prescrição médica. Surgiu, então, uma linha integrada das atividades de beira de leito, onde o técnico e a enfermagem são peças-chave do processo na dinâmica para esse modelo de cuidado. Nesse momento, concomitantemente ao estabelecimento da base conceitual da AI, que preconiza a visão da pessoa como centro das ações, agente do processo, com uma estrutura de liderança que articula todas as atividades assistenciais não médicas em um único eixo, desenvolvemos uma estrutura de gestão que representa a função do cuidado.

Figura 7 – Fluxo do paciente

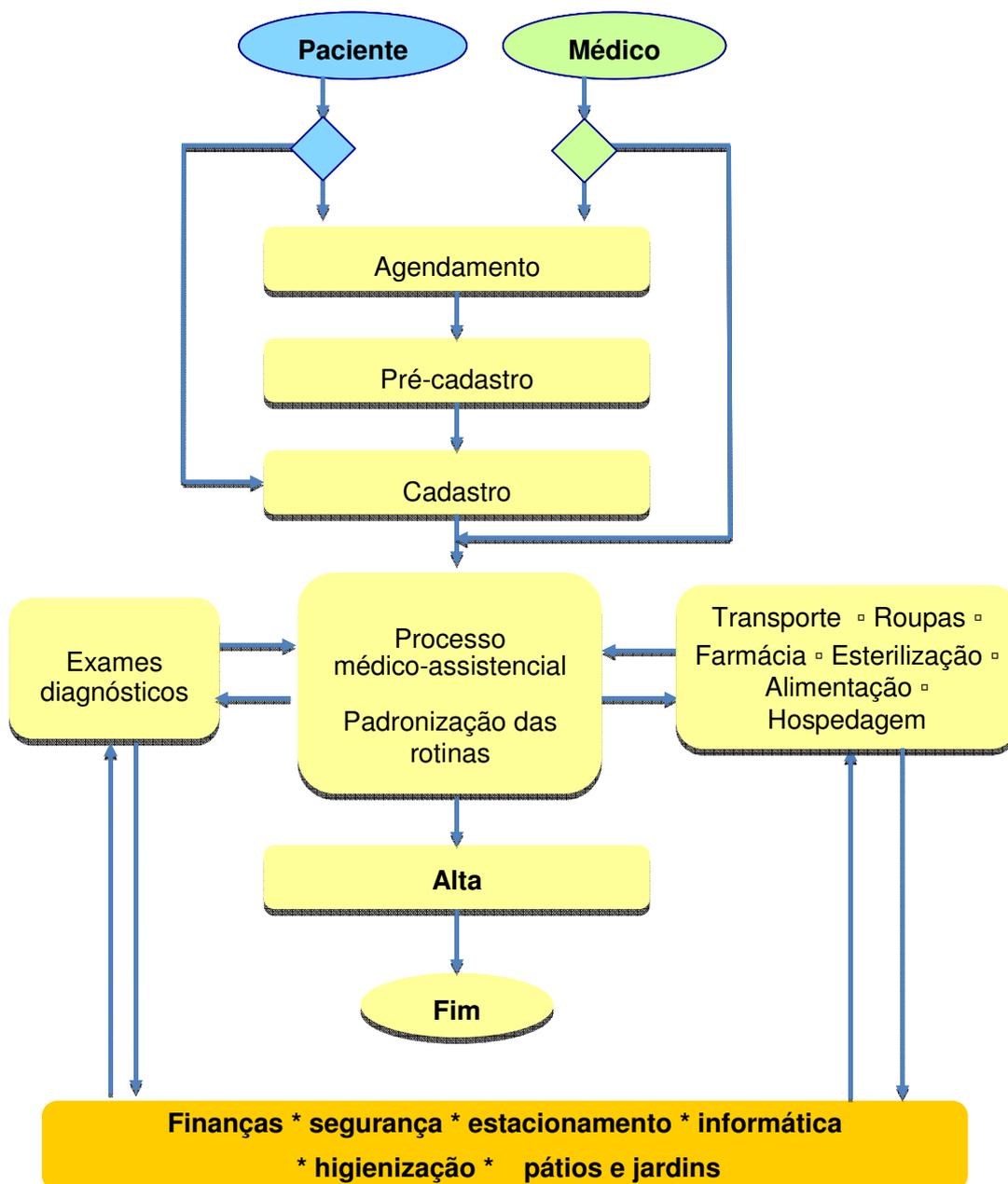
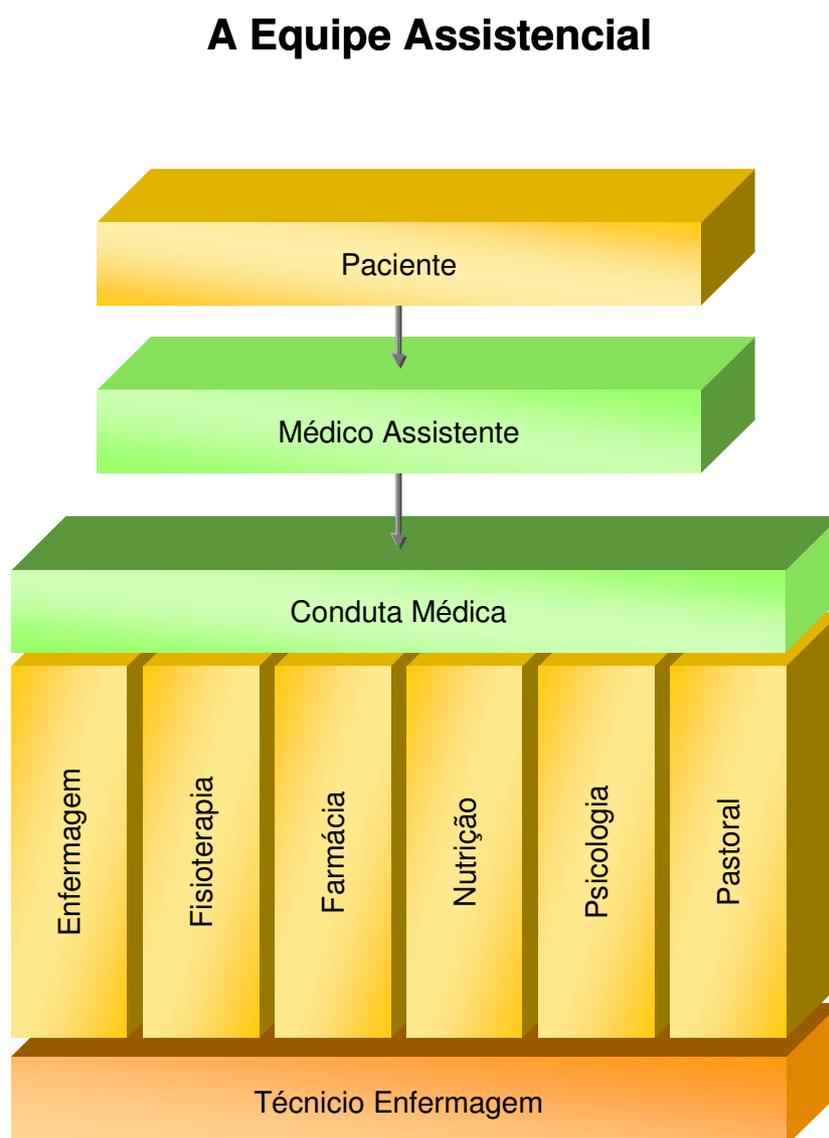


Figura 8 - Integração das atividades assistenciais, que expressa a organização do cuidado no modelo AI



2.2 ESTRUTURA DA AI

Enquanto a maior parte das instituições mantinha os modelos convencionais de estrutura, o Hospital Moinhos de Vento permitiu organizar a gestão a partir do foco no paciente, *paciente como núcleo, equipe como célula*: permitiu a organização da Assistência Integral.

É assim, portanto, que a Assistência Integral se distingue de outros modelos de gestão hospitalar. Hoje a AI está atualizada e inserida como uma das perspectivas do Sistema Integrado Moinhos (SIM; figuras 9 e 10), denominação utilizada para descrever a gestão geral do Hospital Moinhos de Vento, desenvolvida sob a liderança do Dr. João Polanczyk, atual Superintendente Executivo. O Dr. Polanczyk organizou o sistema a partir da inserção de ferramentas atuais, como o *Balanced Score Card* (BSC), para a gestão da estratégia, e o gerenciamento por processos, para a gestão operacional, utilizando o Gerenciamento Matricial de Despesas e o Sistema de Informação como elementos de sustentação da operação. A Estratégia e a Operação são permeadas por um sólido sistema de garantia da qualidade e segurança que inclui as diretrizes da *Joint Commission International* (JCI) e do Programa Nacional de Qualidade (PNQ).

Figura 9 – Sistema Integrado Moinhos



Sistema Integrado Moinhos

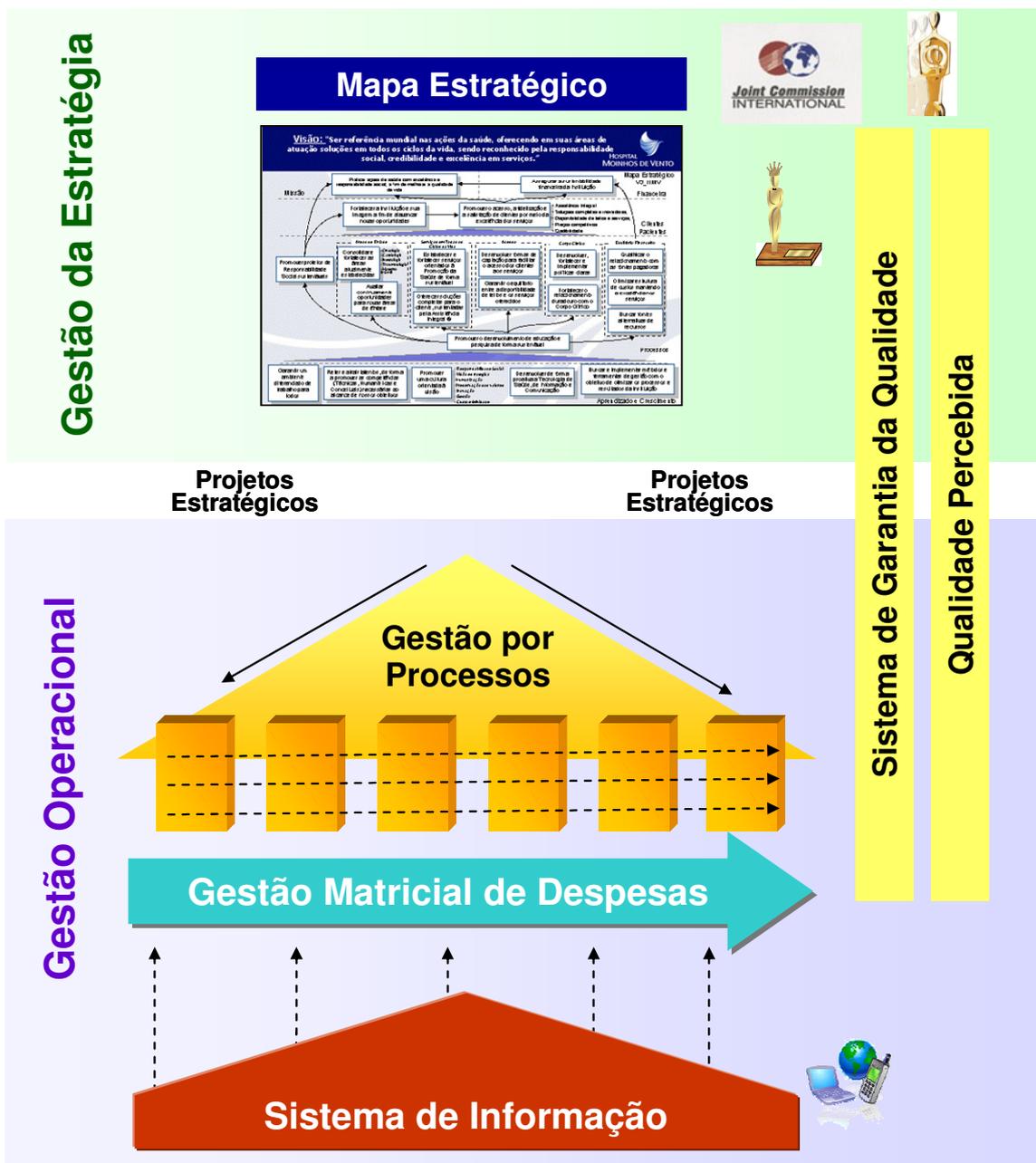
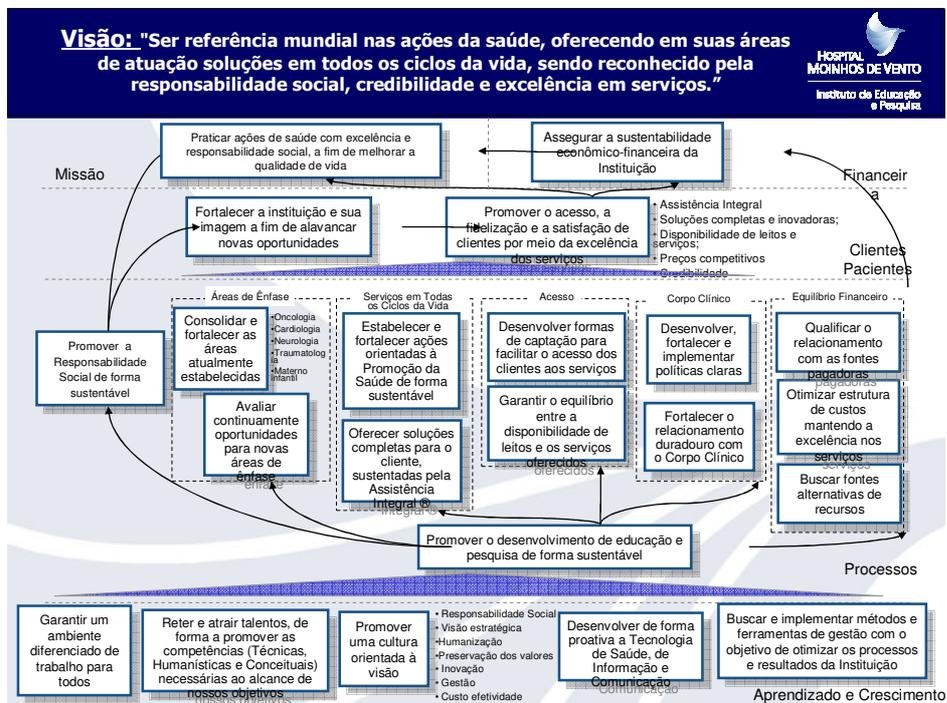


Figura 10 – Mapa estratégico



A gestão das ferramentas de qualidade está organizada de forma a evitar sobreposições, alinhando por aderência capítulos da JCI e critérios do PNQ, acompanhados internamente pelo Programam de Avaliação e Melhoria da Qualidade (PAMQ), como mostra a tabela 1:

Tabela 1 – Sistemas de Garantia da Qualidade – Modelo de Gestão

Sistemas de Garantia da Qualidade Modelo de Gestão



Capítulos da JCI / Critérios de Excelência	Acesso e continuidade do cuidado	Direitos do Paciente e Familiares	Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente	Avaliação do Paciente	Cuidado do Paciente	Educação do Paciente e Familiares	Prevenção e Controle de Infecções	Governo, Direção e Governança	Gerenciamento e Segurança das Instalações	Educação e Qualificação dos Profissionais	Gerenciamento da Comunicação e Informação	Anestesia e Cirurgia	Gerenciamento e Uso de Medicamentos
Liderança													
Planos e Estratégias													
Clientes													
Sociedade													
Informações e conhecimento													
Pessoas													
Processos													
Resultados													

PAMQ

2.3 CONTEXTO DA PESQUISA

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital Moinhos de Vento, um hospital geral privado na Cidade de Porto Alegre. Foi no Hospital Moinhos de Vento que a AI surgiu, tendo sido implantada a partir de 1991. Essa instituição se diferencia no mercado por sua qualidade assistencial, validada por critérios de qualidade e segurança da *Joint Commission International* (JCI), uma agência certificadora de acreditação hospitalar reconhecida mundialmente, que avalia a cada três anos 1240 elementos de mensuração. Em 2008, o HVM passou pelo terceiro ciclo de avaliação, em que foram verificados mais de 1200 elementos de mensuração divididos em 13 capítulos, sendo os mais relevantes aqueles relacionados ao cuidado do paciente.

Capítulos com foco no paciente:

- 1-Acesso e continuidade do cuidado
- 2-Direitos dos pacientes e familiares
- 3-Avaliação dos pacientes
- 4-Cuidado aos pacientes
- 5-Anestesia e cirurgia
- 6-Gerenciamento e uso de medicamentos
- 7-Educação de pacientes e familiares

Capítulos com foco na organização:

- 8-Melhoria da qualidade e segurança do paciente
- 9-Prevenção e controle de infecções
- 10-Governo, liderança e direção
- 11-Gerenciamento e segurança das instalações
- 12-Educação e qualificação dos profissionais
- 13-Gerenciamento da comunicação e da informação

O HVM participa também do Programa Gaúcho pela Qualidade e Produtividade (PGQP), tendo sido reconhecido pelo Ministério da Saúde como um dos seis hospitais do Brasil a integrar

um programa denominado “Hospitais de Excelência a Serviço do Sistema Único de Saúde – SUS”.

O HVM possui 330 leitos e interna 1800 pessoas por mês. Atualmente, possui 1850 profissionais contratados, sendo 1100 na área do cuidado ao paciente, e 3500 médicos credenciados. Trabalha com ênfases em especialidades. Nesse enfoque, áreas específicas da medicina são definidas como estratégia de negócio, sendo identificadas de acordo com a prevalência das doenças em nosso meio.

A filosofia empresarial de gestão está organizada no modelo SIM, já mencionado anteriormente. A gestão da estratégia utiliza um mapa estratégico, com Missão Institucional, Visão de Futuro, objetivos estratégicos (que contemplam perspectivas financeiras, perspectivas dos clientes e perspectivas das partes interessadas), processos internos e aprendizado e crescimento. Dentro dessa filosofia, a Assistência Integral é um Valor Institucional (quadro 1).

Quadro 1 – Valores institucionais do Hospital Moinhos de Vento

Respeito ao Ser Humano: Praticamos o comportamento ético, moral, respeitoso e afetuoso.

***Assistência Integral*[®]: Assumimos o paciente como centro de nossas ações, assistindo-o a partir de suas necessidades.**

Qualidade: Agimos orientados pela excelência.

Alianças: Buscamos nossos objetivos juntando nossos esforços aos das diversas partes interessadas.

Preservação da História: Mantemos a identidade de Instituição, valorizando as realizações do passado nas ações do presente.

Formação e Capacitação: Desenvolvemos e capacitamos pessoas para atingir o padrão de excelência.

Espiritualidade: Preservamos os valores ecumênicos.

Cidadania: Praticamos ações sociais na comunidade, que promovem a saúde e a educação para a civilidade e humanização.

Auto-sustentabilidade: Geramos recursos para a sustentação da Instituição, visando garantir os investimentos necessários para a sua perpetuação.

Preservação da Natureza: Respeitamos o meio ambiente, preservando a natureza com o uso racional de seus recursos.

Valorização Profissional: Buscamos atrair, qualificar e manter talentos.

Organização e Limpeza: Garantimos a manutenção de um ambiente limpo e organizado.

Disciplina: Garantimos o cumprimento dos padrões estabelecidos.

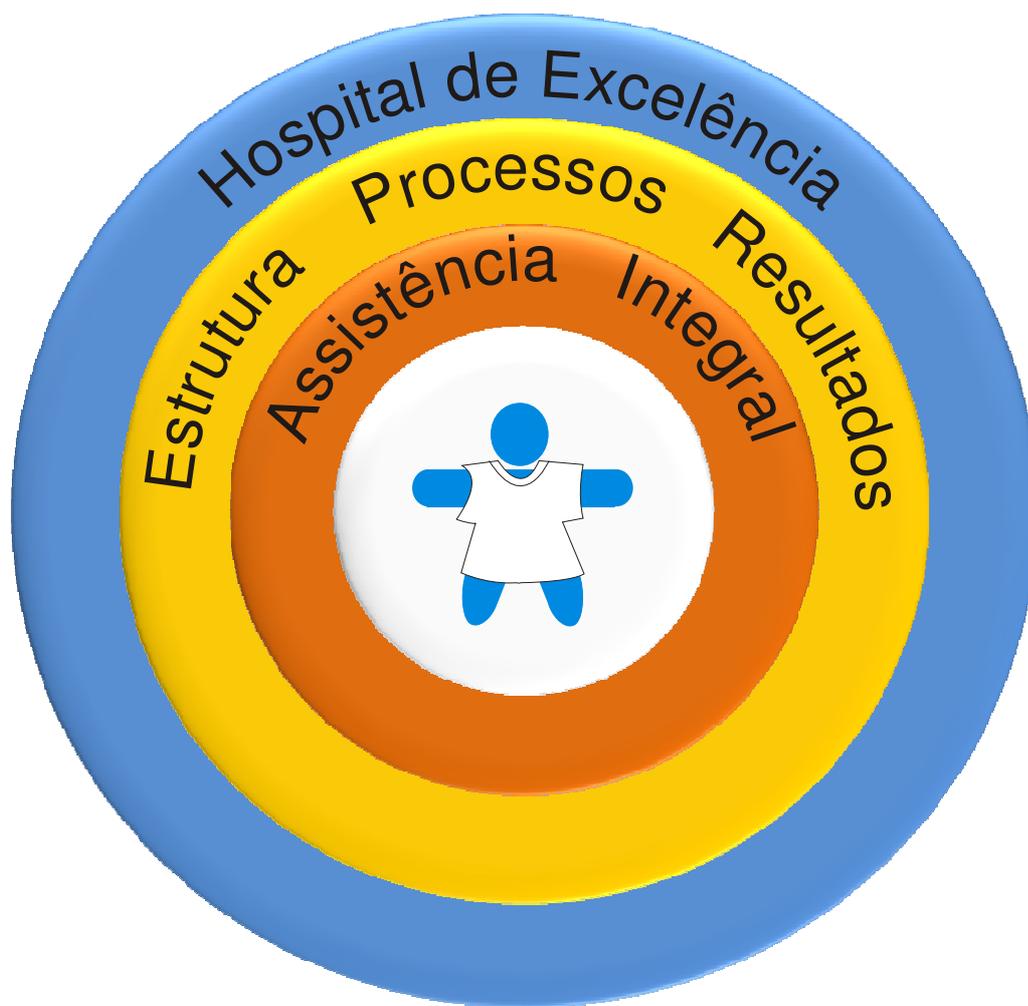
Toda a estrutura de gestão demonstra a consistência de uma instituição que se modernizou, acompanhando o ambiente externo, sem perder a raiz, a origem. Foi a necessidade de cuidado que deu origem ao HVM, construído para atender um grupo de imigrantes unidos pelo objetivo de estruturar sua comunidade em torno de eixos essenciais de desenvolvimento numa sociedade em construção. O Hospital foi erguido como um dos vértices de um quadrilátero de sustentação: a educação através da construção de uma escola, a integração social e o entretenimento com a fundação de um clube, o espiritual com a igreja e a saúde com a construção de um hospital. Em sua estrutura, o HVM sempre privilegiou uma atitude de respeito e atenção que se expressa no perfil das pessoas que atendem os doentes e que está explícita no referencial pedagógico da Escola de Técnicos de Enfermagem HVM, instituída em torno de 1917 e reconhecida formalmente como escola de formação profissional em 1928 (TORRESINI, 2002). Esta escola funciona até hoje, com evolução constante do plano de conhecimento técnico para fazer frente às melhores práticas e garantir o eixo dos princípios e valores da instituição na atitude dos profissionais que integram a força do trabalho de beira de leito (WEBER; DEMENEGHI, 1997).

A Assistência Integral, por sua vez, vem sendo sistematizada desde 1991. Após sua implementação como modelo, em 1997, a AI continuou sendo foco de muita reflexão, especialmente por seu papel de traduzir a essência de cuidado da Instituição. Além disso, por suas características, a melhoria contínua e o desenvolvimento permanente são inerentes à AI.

Dessa forma, a AI foi estruturada sobre dois eixos: o Atender, que preconiza todas as ações relativas às competências técnicas das diferentes disciplinas demandadas pela doença, desde o cumprimento de rotinas e procedimentos até a expressão de atitudes de tratamento com civilidade e cidadania, tudo isso assegurado por mensurações que avaliam as melhores práticas médico-assistenciais; e o Assistir, que engloba as dimensões emocionais e espirituais detectadas e supridas por atitudes que expressam o foco na pessoa, o respeito, a atenção, o acolhimento, a sensibilidade e empatia, pressupostos que permitem a vinculação da pessoa com a equipe de cuidado, estabelecendo confiança suficiente para promover a adesão ao tratamento pela esperança de bem viver. Como expressou Lichtenfels (2000), “entender uma pessoa, estar presente, ligado e sintonizado. O assistir é tarefa de todos nós”.

A figura 11 mostra os princípios desse modelo de assistência.

Figura 11 - Diagrama da AI



Fonte: Documentos Institucionais

Figura 12 – Diagrama da AI – dimensões do Atender e do Assistir

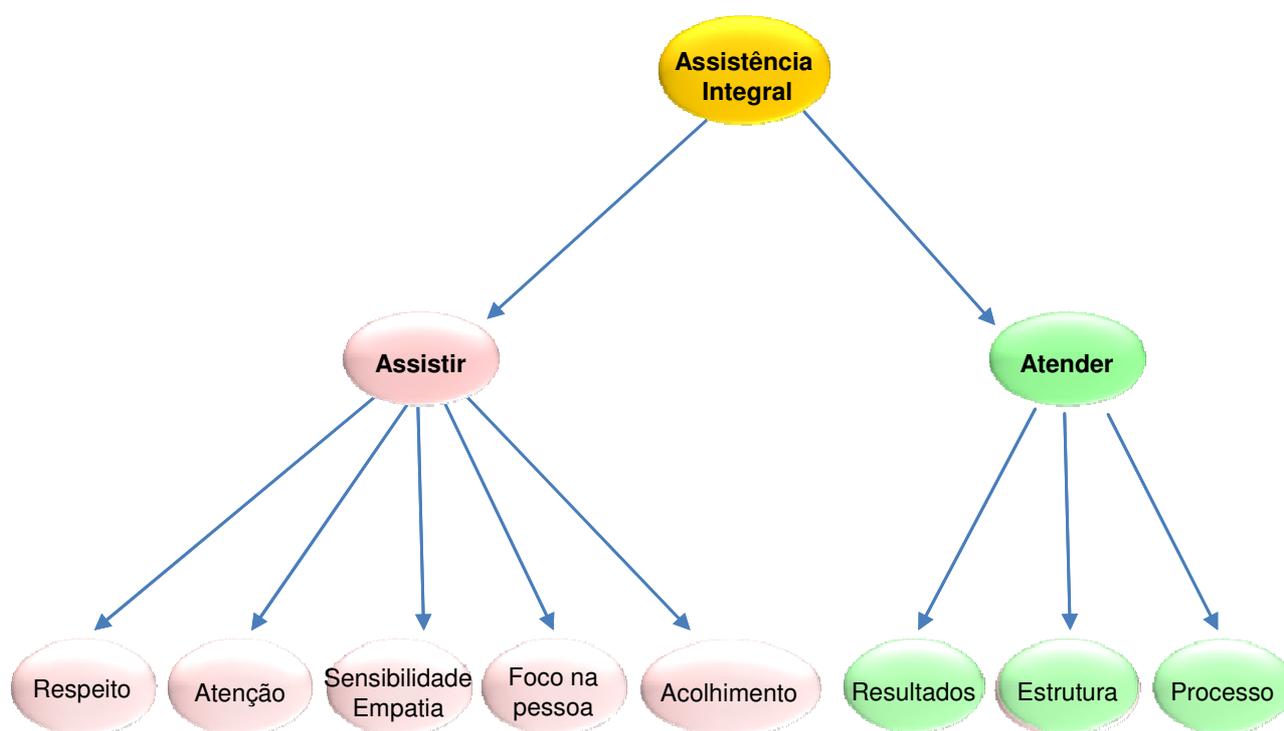


Pessoas, Tecnologia e Processos mensurados

Fonte: Documentos Institucionais

Como mostram as figuras, na AI o paciente (pessoa) é um agente do processo, que obtém a satisfação de suas necessidades de cuidado e assistência por meio do Assistir e do Atender. A assistência realizada a partir desses dois focos, ao mesmo tempo distintos e indissolúveis, assegura as melhores práticas clínicas com resultados de qualidade na beira de leito, contribuindo para efetivar uma prática assistencial que assegure uma organização de saúde onde pessoas, tecnologias e processos mensurados garantem a qualidade. Essa lógica vai ao encontro das idéias de Boff (2000), que preconiza a mesma proporção entre razão e emoção como fatores de bem estar.

A figura 13 mostra o modelo *a priori* da Assistência Integral, com as dimensões que utilizei para a realização da presente pesquisa. A figura mostra o eixo Assistir associado às dimensões Acolhimento, Atenção, Sensibilidade e Empatia, Respeito e Foco na Pessoa. O eixo Atender, por sua vez, está associado às dimensões Estrutura, Processo e Resultado.

Figura 13 – Modelo *a priori* da Assistência Integral

Esse modelo *a priori* reproduz a atual organização da assistência no HMV, em que o Atender se reporta aos processos técnicos, procedimentos, rotinas e protocolos, com o exercício da competência técnica por profissionais habilitados, com ética e postura profissional, visando os resultados preconizados em cada procedimento. Por sua vez, o Assistir é expresso por princípios e atitudes que possibilitem engajar o paciente como agente do processo de cuidado, com sensibilidade e empatia, acolhimento, respeito, atenção e foco na pessoas preservando os hábitos e a cultura de cada um, em ambiente adequado e aconchegante (humanização).

As dimensões *a priori* do eixo do Assistir foram definidas como segue:

1. Foco na pessoa: na AI, o paciente é visto não apenas como um doente, mas engloba a pessoa em busca de assistência como um todo.

2. Respeito: pelas tradições, hábitos e valores do paciente; respeito a proximidade com distância suficiente para não interferir na privacidade.

3. Acolhimento: manifestar solidariedade, acolher os sentimentos e emoções e permitir a participação ativa da pessoa em seu tratamento.

4. Atenção: é a manifestação concreta da disponibilidade no atender e no assistir, manifesta em gestos como olhar, sorriso, aperto de mão, estar atento.

5. Sensibilidade e empatia: proporcionar espaço de manifestações, demonstrando sensibilidade e empatia juntamente com respeito pelo grau de proximidade ou distância com que a pessoa se sente confortável.

Por sua vez, as dimensões do Atender foram definidas como:

1. Estrutura: estrutura de liderança, estrutura física e estrutura de pessoal.

2. Processos: agendamento e internação, cuidado (abrangendo protocolos, procedimentos operacionais), medicação, conforto e acomodação e higiene.

3. Resultados: financeiros, processos técnicos e qualidade percebida.

A figura 14 resume como são agrupados os processos do Atender na AI, e a figura 15 mostra o processo técnico nesse modelo de gestão.

Figura 14. Processos do Atender na Assistência Integral

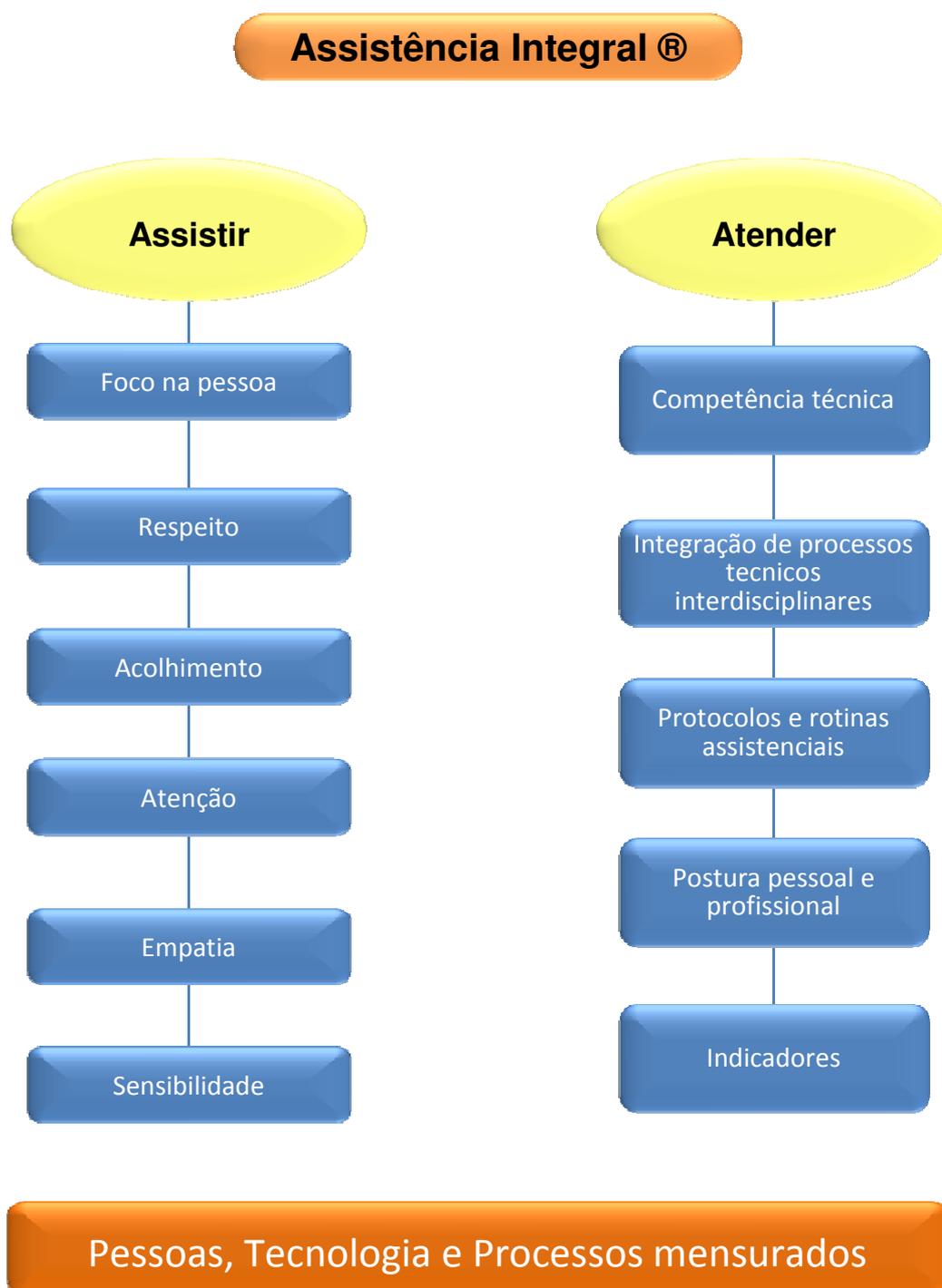
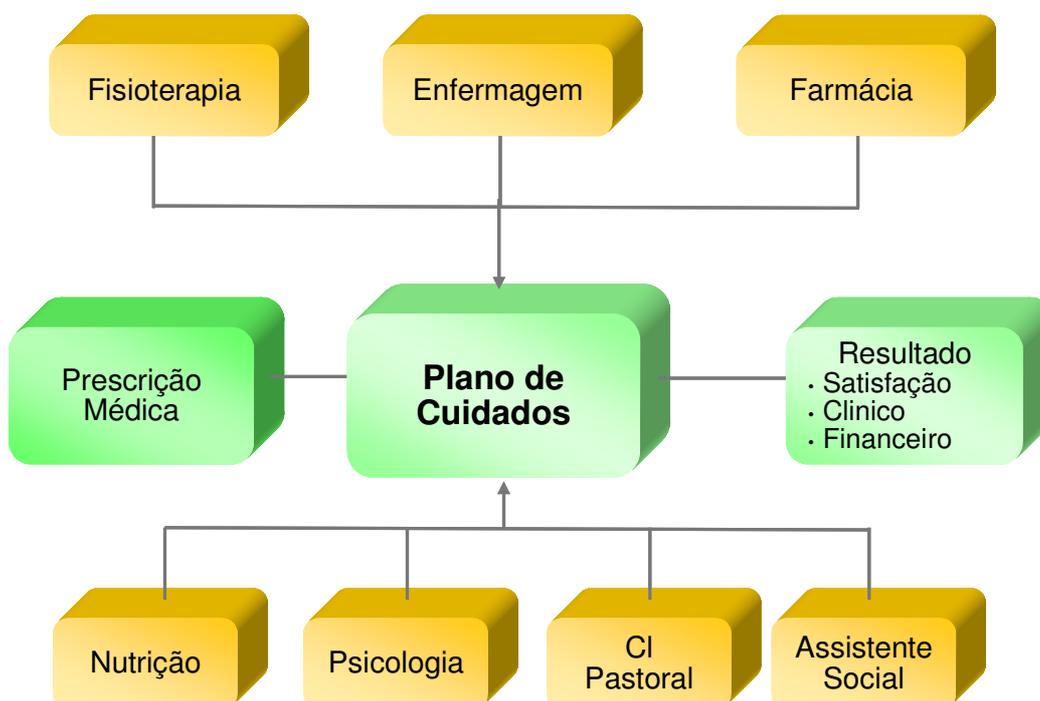


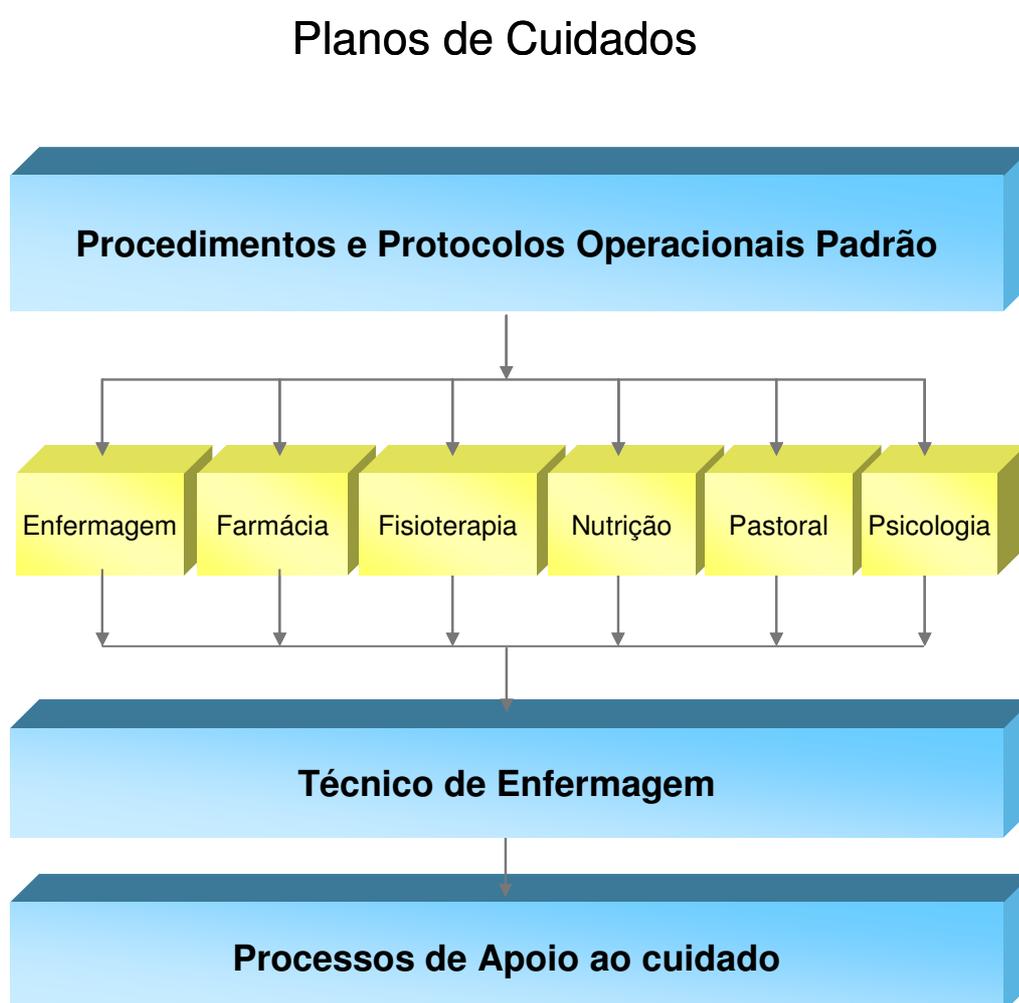
Figura 15. Processo técnico da Assistência Integral

Processo Técnico da Assistência Integral®



A figura 16 resume como se organizam os processos por atividade do Atender na AI.

Figura 16. Processos por atividade do Atender



Tendo em vista o contexto descrito até este ponto do trabalho, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão do modelo de Assistência Integral a partir da percepção de profissionais e pacientes do HMOV. Em função do histórico institucional, existe a necessidade de identificar se há relevância no modelo praticado e se ele de fato se relaciona com o cuidado humanizado, de forma sistematizada, enquanto modelo de gestão da assistência hospitalar.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Como reflexo dos conceitos que sustentam a Assistência Integral, descritos anteriormente neste trabalho, optei por uma abordagem qualitativa. Neste estudo, achei muito importante ouvir os sujeitos, deixá-los discorrer a respeito dos assuntos propostos. Além das entrevistas, utilizei também documentos institucionais, depoimentos de pacientes e familiares e conteúdo de conferências. Como descreve Yin (2005), todos esses elementos constituem as evidências nos estudos de caso:

As evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivo, observação direta, observação participante e artefatos físicos. O investigador deve saber como usar essas seis fontes que exigem o conhecimento de habilidades e procedimentos metodológicos diferentes (p. 108).

Dessa forma, o presente estudo foi construído com base em um referencial de pesquisa qualitativo, de natureza exploratória, com a utilização da metodologia do estudo de caso, objetivando a compreensão e a interpretação de como pacientes e profissionais da saúde percebem as dimensões do cuidado assistencial no HMV. Os estudos de caso permitem ao investigador descrever uma situação dentro do contexto onde está sendo feita a investigação. Como aponta Gil (2006, p.55), “os propósitos do estudo de caso não são os de proporcionar o conhecimento preciso das características de uma população, mas sim o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que influenciam ou são por ele influenciados”.

Foram realizadas sete entrevistas com pacientes que haviam tido experiências de hospitalização em mais de uma Instituição hospitalar por um período maior do que três dias, e com 10 profissionais da saúde que atuavam concomitantemente ou que já haviam atuado em outro hospital, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogo e nutricionista. Os detalhes demográficos dos entrevistados, como idade, sexo e outros, foram omitidos por orientação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que avaliou o projeto que deu origem ao presente trabalho, evitando assim a intimidação, por serem pesquisador e pesquisados da mesma Instituição. A escolha dos participantes foi aleatória. Uma vez sorteados, os indivíduos que preenchiem os requisitos descritos acima responderam a uma entrevista semi-estruturada (Anexos 1 e 2). Também foram analisados documentos institucionais, os registros da Ouvidoria, Busca

Ativa e Pesquisas de Satisfação do H MV com os pacientes e familiares, focando a identificação do Atender e do Assistir.

Embora o roteiro da entrevista tenha sido elaborado pela autora, as entrevistas em si foram realizadas por uma pessoa sem vínculo com a Instituição, de forma que a posição da autora como Superintendente do Hospital Moinhos de Vento não influenciasse os participantes em suas opiniões. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelo entrevistador. O entrevistador externo, Sra. Carmem Lucia Menegassi, entregou à pesquisadora somente a transcrição das gravações, evitando assim qualquer possibilidade de identificação do entrevistado. Todas as fitas foram depositadas junto ao CEP. Todos os participantes assinaram termo de consentimento informado antes da realização da entrevista (Anexo 3).

2.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE

Foi utilizado o método de análise de conteúdo, pois acredito ser este o método mais adequado à proposta de estudo que pretende identificar qual a compreensão da AI: “a análise textual discursiva corresponde a uma organização, ordenamento e agrupamento de um conjunto de unidades de análise sempre no sentido de conseguir expressar novas compreensões dos fenômenos investigados” (MORAES E GALIAZZI, 2007, p. 74).

É nesse contexto, visando a organização de elementos de compreensão, que as respostas dos entrevistados foram agrupadas por similaridade e também em função das divergências: “a categorização é um processo de criação, ordenamento, organização e síntese. Constitui ao mesmo tempo um processo de compreensão dos fenômenos investigados, aliada à comunicação dessa compreensão por meio de uma estrutura de categorias” (MORAES E GALIAZZI, 2007, p. 78). Esse agrupamento, que permitiu delinear as categorias iniciais a partir do modelo *a priori* da AI, gerou o material para a discussão do tema. Os focos das entrevistas semi-estruturadas foram:

- identificar diferenciais do cuidado prestado e recebido no Hospital Moinhos de Vento.
- identificar como os profissionais e pacientes descreviam o cuidado na beira de leito.
- identificar como os pacientes e profissionais definem a Assistência Integral.

A partir disso, procurei verificar se havia consistência entre essas percepções e o modelo e princípios da Assistência Integral.

As entrevistas seguiram um roteiro básico (Anexo 1 e 2); entretanto, em função de seu caráter semi-estruturado, a forma das perguntas pode ter variado, sendo os focos sempre mantidos.

Como afirma Teixeira (2002, p. 18), “desde seu aparecimento na década de 20 até os dias atuais, os conceitos acerca do que consiste e a que se presta a análise de conteúdo sofreram diversas reformulações”. Entretanto, mais recentemente, estabeleceu-se que

o verdadeiro fim da análise de conteúdo é a inferência, na medida em que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas. O material sujeito à análise de conteúdo é concebido como resultado de uma rede complexa de condições de produção, cabendo ao analista construir um modelo capaz de permitir inferências sobre uma ou várias dessas condições de produção (TEIXEIRA, 2002, p. 18).

2.6 UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE PARA ANÁLISE QUALITATIVA DE DADOS

De forma a permitir uma análise mais detalhada do extenso material gerado pelas entrevistas, foi utilizado o software NVivo 8 (2008). Esse software permite a codificação do material a partir da organização das categorias em níveis e subníveis analíticos. A operacionalização dos dados, assim como na maioria dos programas orientados para a pesquisa qualitativa, tem por base o princípio da codificação (TEIXEIRA, 2002).

As entrevistas são analisadas para identificação de trechos que forneçam evidências para cada foco de análise, conforme descrito na tabela 1. Ao mesmo tempo, foram estabelecidas categorias, definidas, nesse contexto, como “sinais de linguagem que representam uma variável na teoria do analista”:

Desta forma, é habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Assim, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria. O que importa

são os conceitos, e a passagem dos indicadores aos conceitos é portanto uma operação de atribuição de sentido. Não existem regras rígidas para a construção de um sistema de categorias. Elas podem ser feitas *a priori* ou *a posteriori*, ou ainda através da combinação destes dois processos (TEIXEIRA, 2002 p. 22).

Esses trechos marcados ou codificados constituem referências agrupadas em nós (*nodes*), ou seja, categorias específicas que formam uma árvore (*index tree root*) onde os nós estão dispostos de forma hierarquizada e relacional. Como explica Teixeira (2002, p. 22), “a definição de categorias é uma tarefa que se liga à necessidade de estabilizar, identificar, ordenar e atribuir sentido ao objeto de estudo, visando reduzir sua complexidade”. A partir das categorias, as referências marcadas pelo pesquisador podem ser relacionadas em matrizes a partir de diversos critérios.

No presente trabalho, foram estabelecidas como categorias as dimensões dos eixos Assistir e Atender da AI. Sendo assim, as entrevistas foram examinadas em busca de indicadores que permitissem visualizar essas categorias. As falas citadas são identificadas apenas como sendo de pacientes ou profissionais, utilizando o número atribuído a cada entrevistado, sem outras informações. Por exemplo, a fala de profissionais será sempre identificada como PR n (PR1 a PR10), e a de pacientes como PA n (PA1 a PA7).

As categorias e o seu arranjo inicial na árvore foram sendo alterados à medida que foram identificadas novas dimensões, até formar a estrutura final para análise no trabalho. Esta é exatamente uma das grandes vantagens do uso desse software para o pesquisador: as modificações em termos de reorganização hierárquica não implicam em perda do material já codificado, o que significa flexibilidade analítica com segurança das informações e, conseqüentemente, economia de tempo.

Para fins de análise, foram empregadas matrizes de interseção com as quais se obtêm tabelas contendo referências aos trechos sobrepostos das categorias selecionadas para análise, bem como as frequências percentuais das ocorrências desses cruzamentos, permitindo detectar as associações mais frequentes entre as dimensões citadas nas falas dos entrevistados.

A partir das matrizes de interseção, foi construída uma rede de relacionamentos entre as diversas categorias de análise, incluindo, além das categorias *a priori*, as categorias emergentes da própria análise do material empírico. O critério para a determinação desses relacionamentos foi o corte imediatamente superior a 50% das intersecções observadas entre cada uma das categorias analisadas.

Para fins de demonstrações das redes de relacionamentos, foram construídos modelos gráficos que explicitam a associação entre categorias.

3 RESULTADOS

Foram entrevistados 10 profissionais e sete pacientes para, inicialmente, identificar diferenciais de cuidado prestado e recebido no Hospital Moinhos de Vento, identificar como os profissionais e pacientes descreviam o cuidado na beira de leito e identificar como os pacientes e profissionais definem a Assistência Integral.

3.1 DIFERENCIAIS DE CUIDADO

Os principais diferenciais de cuidado no Hospital Moinhos de Vento, conforme os entrevistados, foram a *satisfação* de pacientes e profissionais, o *comprometimento* e uma *visão global de cuidado*, como mostram os depoimentos a seguir:

(...) a diferença está no resultado, na evolução dos pacientes, na satisfação dos pacientes, no ambiente mais agradável de trabalhar aqui...(PR4)

A mesma enfermeira que trabalha aqui trabalha lá, trabalha lá, trabalha diferente. Aqui existe maior compromisso. Com o resultado e com o paciente. (PR5)

A diferença básica é que nos outros lugares em que a gente trabalha, vê a coisa mais mecanizada e aqui a gente tem sempre o cuidado e o objetivo de estar ligada nas outras coisas também. Tanto que se a gente está ali, e algum familiar que perguntar alguma coisa, a gente atende. Se uma campainha toca, a gente atende. Então, a gente não é só fisioterapeuta, a gente tem que estar cuidando das outras coisas também. (PR9)

O atendimento, a parte dos técnicos e da enfermeira... deu pra perceber que eles são preparados humanisticamente. Na linha de assistência, há uma preocupação com o paciente, ao entrar no hospital, tanto nas instalações – a serem as instalações mais adequadas possíveis... (PA2)

Este conjunto de menções registra variáveis que identificam um modelo proposto de cuidado, com o paciente compartilhando com os profissionais a noção de que ele, paciente, é foco:

125/408 - A cordialidade, educação, postura profissional de todos os profissionais que me atenderam, só fez com que minha recuperação se acelerasse, pois com confiança me entreguei ao tratamento proposto.

Desses diferenciais, foco na pessoa, acolhimento, atenção e respeito eram dimensões *a priori* do Assistir.

3.2 O CUIDADO DE BEIRA DE LEITO

O processo na AI deve refletir a execução de rotinas técnicas que funcionem com agilidade e ao mesmo tempo acomodem em si aspectos do assistir, os diferenciais de cuidado citados nos parágrafos anteriores.

- *Cada técnico de enfermagem é designado e tem na medida do possível, tem mais ou menos uma escala fixa. Então ele começa com aquele paciente, cuida daquele paciente até o fim. Então nisso existe um entrosamento com o paciente, uma ligação... Às vezes afetiva e que gera muito respeito em torno daquele paciente. (PR1)*

- *na linha de assistência há uma preocupação de que o paciente, ao entrar no hospital, tanto nas instalações, serem as instalações mais adequadas possíveis, também tem técnicos, tem enfermeiro chefe que coordena. (PA3)*

- *das diferenças que eu vejo. aqui no Moinhos, ele começa pela estrutura de uma unidade de internação, a maneira como os processos são definidos é pra que o técnico não saia da unidade e a enfermeira também não. (PR2)*

- *Foi uma coisa natural que correu com fluidez... e excelência no sentido de atendimento, no sentido de atividade... sempre, sempre me senti protegida, atendida... com todas as minhas necessidades. (PA1)*

As palavras-chave do cuidado da beira de leito – *cuidar daquele paciente até o fim, ligação, eficiência, excelência, todas as minhas necessidades* – indicam a existência de processo e de estrutura, dimensões *a priori* do Atender.

3.3 DEFINIÇÃO DE AI

Ao final das entrevistas, a entrevistadora pediu que os participantes completassem a asserção “Assistência Integral é...”. As respostas a essa questão aparecem no quadro 2 para cada um desses indivíduos.

Quadro 2 - Assistência Integral na visão de 7 pacientes e 10 profissionais do Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, 2008

Entrevistado	Excerto
PR1	<p>- Assistência integral, pra mim, é aquele modelo de assistência em que o paciente é o centro... E toda a equipe, na volta, desempenha um papel igual pra assistir aquele paciente. Todos de uma maneira interligada. E... mas assistindo o paciente da mesma forma, todos... a partir do momento que o paciente ta dentro do hospital, todo mundo é responsável. Desde a camareira que faz a higienização do quarto, a nutricionista, a enfermeira, o técnico... todo mundo tem um papel de... responsabilidade igual sobre aquele paciente. Todo mundo é responsável por aquilo. O paciente é o centro, é o objetivo de todas aquelas pessoas.</p>
PR2	<p>- Entendo por assistência integral acho que uma forma.. de ter o paciente como o centro de todos os processo. De buscar no paciente o... De buscar no paciente o que ele precisa, de que maneira a gente vai conseguir fazer o que ele precisa. Hoje a equipe assistencial está voltada a atender as necessidades daquele paciente. Que muitas vezes pode ser diferente do outro. Então, assim, a assistência integral é a equipe multidisciplinar conseguir olhar pro paciente como um todo e conseguir... Satisfazer as necessidades dele, independente de... de formação, mas sim de conseguirem todos trabalharem juntos pra atender aquela... aquele paciente e as suas necessidades.</p>
PR3	<p>Eu acho que é tudo isso, é tu ver o ser humano como um todo ali, a pessoa como um todo. É o lado espiritual, é o lado afetivo, é o lado técnico, é tu conseguir dar a atenção, o encaminhamento para todas essas situações que acontecem ali dentro (do quarto), não só o lado técnico</p>

	<p>da coisa de cuidar, de dar a medicação, eu acho que é tu conseguir enxergar, que essa pessoa não esta bem, que o familiar esta triste ou que ele esta ansioso, que ele esta precisando de alguma coisa é tu que é tu conseguir enxergar...</p>
PR4	<p>- ... a assistência integral é tu resolver todos os problemas do paciente, seja na esfera médica, seja na esfera assistencial, seja na esfera psicológica, resolver ou minimizar. Então, para isso, que tem que existir uma equipe multidisciplinar com várias especialidades, vários profissionais trabalhando... - E eu acho fundamental essa assistência, se um desses elos não funcionar adequadamente... em algum momento vai ocorrer uma falha relacionada ao tratamento.</p>
PR5	<p>- Assistência integral é: conseguir dar a melhor assistência para o paciente, mas envolvendo todos os profissionais que tem aqui dentro. - É a equipe com todos os profissionais envolvidos e não só a enfermagem.</p>
PR6	<p>- Eu entendo por assistência integral... o cuidado, o carinho, as pessoas que estão envolvidas no processo da saúde – sejam elas colegas de trabalho, pacientes, familiares dos pacientes... O centro é o paciente, mas eu acho que todo o sistema que gira em torno dele. Todo o sistema que ta ali em torno dele... tem que estar integralmente voltado para o cuidado em si, isso inclui até o ambiente físico, assim, como eu disse de pegar o lixo do chão. Tu estar atento para que o paciente se sinta cuidado por onde quer que ele ande, é assim que eu entendo assistência integral.</p>
PR7	<p>É o bom atendimento que eu te falei... dos auxiliares, das enfermeiras, esse paciente é acolhido ali. Eu acho(que) é o relacionamento do hospital com o paciente. É o cuidado. Por exemplo eu já precisei de psicóloga, tenho lá no hospital. Avaliação nutricional, tem no hospital, Se eu chegar</p>

	para enfermeira e disse: olha, o meu paciente é muito religioso. O que vocês podem fazer? Sempre tem alguma coisa para fazer, esse apoio espiritual, é integral. Tem tudo.
PR8	<ul style="list-style-type: none"> - O cuidado ao todo do paciente... - Cuidado de ver ele como uma pessoa completa com todas as necessidades. As necessidades de alimentação, de higiene, da medicação – que por esse motivo que ele ta aqui. - Por aqui... e, na verdade, ver ele como um todo. Levando em consideração e dando importância pra todas as solicitações...
PR9	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir o indivíduo completamente, como um todo... Questões físicas, emocionais, espirituais, familiares... as necessidades dele, de todos esses aspectos. Necessidades, no meu caso, necessidades fisioterapêuticas. - Necessidades espirituais, necessidades emocionais, psicológicas... de familiares... quantas vezes o próprio paciente tem problemas de... até assistência social e essas coisas assim.
PR10	<p>Eu entendo por assistência integral o trabalho multidisciplinar, o acolhimento, o respeito, o cuidado ao paciente. A questão espiritual... assistir, além de uma equipe, estar junto para assistir a esse paciente... é toda a questão que envolve o cuidado do paciente. A gente entende o que é a assistência integral e eu acho que as coisas são tão próximas, mas que uma...vai puxando a outra.</p> <p>Eu, pra mim, o acolhimento, a assistência integral, a espiritualidade... tudo isso é a base da assistência integral...</p> <p>É o que nós, profissionais do Hospital Moinhos de Vento nos propomos a fazer, assistir integralmente esse paciente.</p>
PA1	Assistência integral é... a gente se sentir... que as nossas necessidades estão sendo

	<p>atendidas e respondidas... e de forma eficiente, de forma... objetiva e eficiente. E que essas nossas necessidades pessoais, que são as físicas e emocionais... Psicológicas também porque..as coisas que a gente não conhece a gente teme. Então, eu acho assim que essa é a assistência integral para mim. Quando tu és atendida em todas as suas necessidades. Físicas, biológicas... até necessidades psíquicas, emocionais e espirituais também.</p>
PA2	<p>Eu acho que o hospital Moinhos de Vento é referência em trabalho profissional voltado para a saúde. Tudo o que foi feito, o foco é o paciente, é a saúde do paciente. Quer dizer, todo esse atendimento que eu estou tendo, ele me dá a certeza de que eu, pela quarta vez, agora vou sair daqui bem...quer dizer, é uma instituição de inteira confiança.</p>
PA3	<p>Assistência integral é vamos dizer, é a gente se sentir que as nossas necessidades estão sendo atendidas e respondidas...</p>
PA4	<p>Eu acho que a assistência uma questão orgânica, emocional e até social também.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até o que eu faço como médico. - Tem que ter toda uma equipe que trabalha, desde aquela que limpa o chão para não deixar o hospital sujo aquela que tira o lixo até médico. . Que não vê só aquela parte de medicamento, de máquina, de exame - Não só a parte técnica, a parte emocional também. - A visita da pastoral, e até o coral. - Teve até uma passagem interessante com o coral, eles passaram ali no meu quarto e eu me emocionei muito,fui às lágrimas. E aí uma moça saiu dali, ela estava cantando, foi até a mim e disse pra mim,eu nunca mais vou me esquecer disso: não chora, reza.
PA5	<p>Todo apoio dado ao paciente em tudo que se faz necessário, a operacionalização de atividades que proporcionem, causem o</p>

	bem estar físico e emocional do paciente.
PA6	É tudo que a pessoa precisa: cuidado, atenção e dedicação.
PA7	Não sei... não sei o que tu quer dizer com isso? Fora a campainha estragada, o mais eu não posso dizer nada. No mais, eu fui muito bem atendida. Não posso dizer, o resto foi muito bem. Eu quero ir no banheiro, eu quero sentar... Elas vêm, sentam... fazem isso... fazem aquilo. Passam... confiança. Elas me cuidaram.

As mesmas palavras-chave citadas anteriormente foram efetivamente associadas às definições de Assistência Integral: respeito, ligação, eficiência, excelência, proteção, satisfação de pacientes e profissionais, comprometimento, espiritualidade e cuidado integral. Trabalho multidisciplinar e trabalho de equipe também aparecem com força nos depoimentos. Todos esses aspectos indicam que, de fato, a Assistência Integral está presente de forma sistemática no cuidado dispensado ao paciente no Hospital Moinhos de Vento, e que é reconhecida como modelo e característica do cuidado por profissionais e pacientes. Todos os conceitos citados podem ser também encontrados na definição das dimensões da AI, anteriormente descritas.

A partir desse reconhecimento, passei a indagar se e como essas respostas traduziam, além do conceito geral, a estrutura do modelo *a priori* da AI. Ou seja: como se dá, na visão dos entrevistados, o entrelaçamento desses conceitos explicitados. As entrevistas foram então codificadas no programa nVivo com base nos termos-chave identificados no discurso e nas definições das dimensões. O objetivo desse processo foi agrupar dados (trechos de entrevistas) em categorias (dimensões do Assistir e do Atender) descritos nos modelo *a priori*. Para tanto, os trechos foram importados dos discursos dos entrevistados, selecionados a partir das palavras chaves da árvore de análise após a leitura e releitura do conteúdo.

Primeiramente, essa codificação revelou uma grande ambigüidade em relação aos trechos relacionados às dimensões *a priori* do Assistir. Respeito, Atenção, Sensibilidade e Empatia e Acolhimento confundiam-se fortemente com Foco na Pessoa, como mostram os trechos a seguir:

- Então assim, eu tenho mais tempo para ficar no cuidado ao paciente, eu acho que isso permite uma maior atenção pra esse paciente também, porque daí eu não preciso dividir a atividade do cuidado com outras atividades que giram em torno disso. (PR1)

- *Da forma de tratar, da forma como as coisas se desenrolam, não é simplesmente a coisa técnica, a medicação, é o seu trabalho. É a conversa, é o interesse, é a atenção, a forma de fazer com que as pessoas, o familiar ou o próprio doente se sintam bem. (PR3)*

- (...) *acho que é pelo envolvimento, eu acho que é pela coisa do convívio diário. Aqui também do hospital ter áreas determinadas, assim, a equipe é sempre a mesma. A equipe vai se envolvendo, no convívio com o paciente, vai estabelecendo esse afeto esse respeito, o paciente se sente cuidado, o paciente deposita na gente muita expectativa, é uma idealização que a gente tem que saber como administrar para não se “engrandecer” também. Porque a gente sabe que isso é um risco e eu vejo a equipe muito sadia nesse aspecto. Que tem os seus limites, as suas limitações se não vão se frustrar. (PR6)*

Como diferenciar, na fala dos profissionais, o tempo de cuidado (foco no paciente) da atenção? “Não dividir a atividade” estaria traduzindo foco no paciente ou atenção? Ou seriam ambos a mesma dimensão? E mais além, nas falas a seguir:

- (...) *quando eu vim pra cá eu senti muita diferença assim de ter esse maior tempo pra ficar na unidade, **mais tempo pra ficar na beira de leito... tem uma maior proximidade...** também voltado ao trabalho do Assistir que a gente tem aqui no hospital, assim que a gente prega muito que se dê **mais atenção ao paciente**, que se **ouça mais o paciente** ...Essa função de que o paciente é o **foco de toda a atenção**, de todos processos, eles giram em torno do paciente... Tu acaba identificando mais o **olhar para o paciente e dar atenção para o que ele ta dizendo**, ...eu acho que a proximidade de estar sempre com a mesma pessoa, de **conhecer o paciente, de conhecer a família...**(PR2)*

Essa fala reflete respeito? Atenção? Sensibilidade e empatia? Acolhimento? Foco no paciente? Ou seriam todas facetas da mesma dimensão?

Dessa forma, passei a considerar a alternativa de que todas as dimensões do eixo Assistir no modelo *a priori* passariam a ser uma só: Foco na Pessoa – e esta sim seria caracterizada pelas antigas dimensões, ou seja: Foco no Pessoa, anteriormente definida como “na AI, o paciente é visto não apenas como um doente, mas como uma pessoa em busca de assistência”, seria complementada da seguinte forma: “na AI, o paciente é uma pessoa em busca de cuidado, que recebe assistência caracterizada por respeito, atenção, sensibilidade e empatia e acolhimento”.

Entretanto, com base na análise inicial das entrevistas, também foi possível identificar outros aspectos associados à AI. Um deles, especialmente interessante, é o que passei a chamar de comprometimento:

- *Eu acho que aqui existe maior **compromisso** com o paciente. Compromisso tanto da*

*equipe da... parte assistencial e tal quanto dos médicos, assistentes... Eu vou lhe dar um exemplo, o mesmo médico que trabalha aqui no Moinhos e lá XXXX por exemplo, eles **trabalham diferente**. A mesma enfermeira que trabalha aqui e trabalha lá, trabalha diferente. **Aqui existe um maior compromisso.** (PR4)*

*- Eu acho que as pessoas são muito **comprometidas** em todos os sentidos, eu acho que no sentido afetivo, no sentido profissional, eu noto isso. “Vestem a camiseta”, abraçam a coisa e isso faz com que a gente perceba que a coisa vá dar certo. (PR3)*

*- (...) por essa dedicação, esse **comprometimento** que eu vejo assim. Pelo hospital, claro, ser um hospital também de ponta. Eu acho que a tecnologia que é usada aqui a gente sabe que é um diferencial. Então eu confio assim a coisa de Moinhos é a minha casa. (PR6)*

*- As pessoas são mais **engajadas** com a assistência, com o cuidado, com o resultado final.*

A razão pela qual esse aspecto foi considerado como sendo distinto do Foco na Pessoa é que ele reflete um comprometimento com o paciente *através do engajamento, da aceitação e da vivência da Assistência Integral.*

- Quando a gente chega aqui e a gente olha esse perfil HMV que todo mundo fala, as pessoas criam esse perfil, é um perfil, dessa coisa do olho, essa paixão pelo negócio. Eu não sei explicar muito bem... (PR6)

- me atenderam, com muita atenção, muito atenciosas. Todas as pessoas, educadas. Muita simpatia, acolhimento simpático e, inclusive, fazendo a gente se sentir em casa. Não como estranhos, mas como pessoas da família. Realmente, é uma coisa que aqui neste hospital é uma coisa que a gente sente. É um atendimento diferente Como uma pessoa bem-vinda. (PA1)

Além disso, como demonstrado anteriormente, a espiritualidade surge fortemente identificada com o conceito de Assistência Integral e foi, portanto, agregada às dimensões do Assistir (não caberia no eixo Atender). Da mesma forma, como mostra o trecho a seguir, houve também ênfase na ética e na *formação e capacitação* dos profissionais:

*- O que acontece é o seguinte... **boa formação**. Na medida que a gente vai tendo convívio com eles... percebe boa **formação moral** deles. Boa **formação ética** e a **boa formação técnica**. Eles têm uma **formação já voltada para o tipo de atendimento que o hospital procura dar para o paciente.** (PA2)*

*- O que indica que ele (paciente) vai ser bem atendido é a **preparação** que todas as pessoas têm quando entram lá.. mostram que existe **padrão HMV de atendimento**, existe **assistência integral**, todo mundo é responsável pelo paciente, é a educação de quem entra pra trabalhar lá... eu quero dizer que é a **educação**, todo o **preparo** dos*

técnicos, voltado para assistência integral. (PR1)

Pelo peso simbólico da ética, resolvi incorporá-la como dimensão do Assistir, embora esse aspecto deva ser melhor examinado em estudos posteriores, que busquem entender melhor como os pacientes definem essa ética que mencionam. Por outro lado, a *capacitação* foi agregada como dimensão do Atender, já que pressupõe um processo estruturado de treinamento.

Em relação ao depoimento anterior (de PA2), ainda é interessante notar que o paciente reafirma a unidade entre o técnico e o que chama de “ético” ou “moral”, no meu entendimento um aspecto de postura, comportamento: essa unidade representa, para esse paciente, *o tipo de atendimento que o hospital procura dar*, e reflete estritamente o conceito da Assistência Integral.

Depois dessa etapa de leitura e releitura exaustivas, foram agregadas ao modelo novas dimensões, definidas nas próximas seções.

3.4 ÉTICA, ESPIRITUALIDADE E COMPROMETIMENTO

A ética, pressuposto fundamental nas relações, aparece nas falas de paciente e profissionais, mostrando a importância de se valorizarem os princípios e as convicções de cada ser humano em situação de fragilidade, momento em que a dignidade deve ser protegida.

A humanização hospitalar pode ser motivada por muitas considerações: terapêuticas, religiosas, financeiras, humanitárias e éticas. Pode-se acreditar que uma pessoa se recupera melhor de sua enfermidade, estando num ambiente agradável onde se sente valorizada como pessoa... Nossa convicção é que a ética com sua preocupação com valores e normas, para orientar nosso comportamento, com direitos e deveres, é uma dimensão fundamental da busca da humanização hospitalar. (PESSINI; BERTACHINI, 2008)

Assim como entendo pertinente inserir a ética como uma dimensão do Assistir, também a espiritualidade é uma dimensão evidente nas menções, nos depoimentos e nos documentos da história do hospital, expressa como uma sintonia entre paciente e cuidador:

- A religião, que seja: judeu, católico... o importante é aqui é a crença, a fé que a pessoa sente. E a gente... querer cuidar da fé quando não dá mais pra cuidar do corpo. (PR6)

Ou ainda:

- (...) eu trabalho muito com a equipe na questão do respeito ao ser humano, até mesmo na questão da individualidade, crenças. (PR8)

Assim, a espiritualidade é praticada no HMV como um sentido de vida, como uma possibilidade de **ser**, de transcendência, como a necessidade um do outro, sem manifestações doutrinárias e religiosas. É uma prática ecumênica, que parte de todos os cuidadores, embora tenha adquirido organicidade através da clínica pastoral, dita desta forma:

Assim, a preparação da morte de um familiar, é de que seja um processo de vida, mesmo sendo um momento de perda, que isso seja vivido com a espiritualidade necessária para agregar para essa família uma experiência, um aprendizado. Assim eu vejo isso forte aqui, bem forte. E não com um caráter religioso, tem um caráter muito respeitoso e, de novo, eu acho que entra a ética... Qual é a crença daquela pessoa. (PR6)

Ao ler e refletir sobre as expressões codificadas como espiritualidade, entendo um sentido e um contexto de cuidado, um cuidado integral que, para ser percebido, exige da equipe uma disponibilidade interna de olhar o outro em sua dimensão humana real, como aparece, muito bem definido, no discurso de Lichtenfels (2000):

AI exige sensibilidade e espiritualidade, eu preciso saber sintonizar com a pessoa. Ter empatia e saber ler por entre as linhas o que o outro está me dizendo e o que está se passando com ele. Todos nós independentemente de raça, cor, religião, status social, temos espiritualidade e dar valor à espiritualidade de cada um é tarefa de todos.

E essa espiritualidade, na AI, é percebida da seguinte forma: *“(...) é uma coisa que a gente sente... é um atendimento diferente. (PA1)*

A outra percepção do cuidado assistencial, também citada como compromisso, comprometimento, aparece a seguir:

Eu acho que as pessoas são muito comprometidas em todos os sentidos, no sentido afetivo, no sentido profissional, eu noto isso. “Vestem a camiseta”, abraçam a coisa e

isso faz com que a gente perceba que vai dar certo. (PR3)

Na prática assistencial preconizada, o comprometimento aparece como a atitude que diferencia, o chamado *padrão Moinhos de Vento*. Funcionários que *vestem a camisa*. Todas essas expressões de engajamento, de compromisso, vêm de uma cultura e de um referencial implícito de *compromisso com a vida*, de cuidado integral.

Formação e capacitação sempre foram um ponto de referência na Instituição estudada, considerando a sua história de 81 anos e a escola de técnicos de enfermagem, oficializada em 1928, formando profissionais com foco técnico e humanístico, com bem demonstra o depoimento de um paciente:

250: Para ser realmente justo não posso deixar de afirmar que fiquei muito satisfeito em poder ser atendido por um corpo de funcionários de tamanha qualificação profissional de tão alto nível de urbanidade e respeito pelos pacientes, que não economiza simpatia e bom humor sem jamais romper os limites da relação “profissional”.

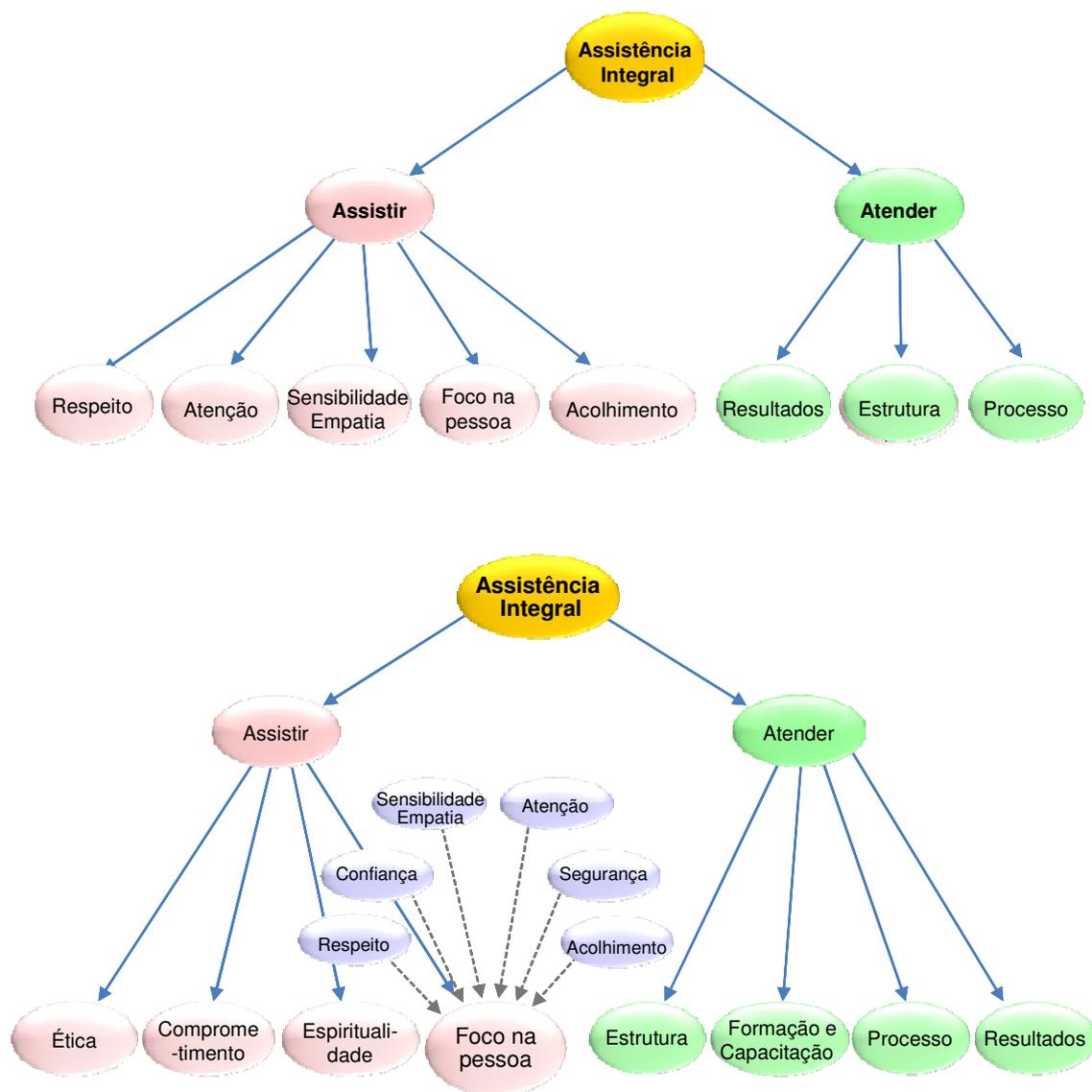
Ou então a menção de um profissional:

- (...) existe compromisso sempre com o treinamento, da capacitação dos funcionários que remete a uma atenção focada na manutenção do conhecimento técnico sem perde o eixo do Assistir. (PR4)

As menções dão destaque a uma formação e capacitação profissionais que diferenciam a proposta de assistência do HMV.

Essas foram as dimensões utilizadas, portanto, como categorias para codificação no NVivo. A figura 17 mostra o modelo emergente da AI em comparação ao modelo a priori.

Figura 17. Assistência Integral: em cima, modelo a priori (1997); abaixo, modelo emergente (2008)



Uma vez codificadas as entrevistas, com as falas tendo sido classificadas em cada uma das categorias, foi possível visualizar com bastante clareza como se distribuía, nas entrevistas, os aspectos identificados na análise de conteúdo, e também qual era a proporção, ou o peso, dessas menções em relação ao total de falas codificadas. Essa visualização se dá a partir de *matrizes* de associação entre aspectos definidos pelo observador. Por exemplo, a tabela 2 mostra a matriz que correlaciona os depoimentos de cada grupo – profissionais e pacientes – às dimensões do eixo atender. A matriz pode ser gerada com números absolutos; porém, neste caso, achei que seria mais interessante avaliar a proporcionalidade, ou seja, que espaço ocuparam os comentários acerca de cada categoria no total de comentários codificados para cada grupo. Os resultados são apresentados considerando as proporções de cada tipo de fala em relação ao total de depoimentos marcados, o que permite uma visão da frequência com que cada assunto é abordado em relação ao total de falas.

Como mostra a tabela 2, a frequência de menções foi parecida nos dois grupos: em ambos, as menções à dimensão processo foram mais frequentes, seguidas por formação e capacitação – uma evidência que sustenta a inclusão dessa dimensão no novo modelo emergente de AI –, estrutura e resultados. Quase três quartos das falas se referiam a processo e formação e capacitação em conjunto.

Tabela 2 – Distribuição das menções feitas por profissionais e pacientes às dimensões do eixo Atender da Assistência Integral, Hospital Moinhos de Vento, 2008

Dimensão	Profissional	Paciente
1 : Formação e capacitação	30,9%	32,8%
2 : Estrutura	20,0%	17,3%
3 : Processo	41,2%	39,8%
4 : Resultados	7,9%	10,1%

A partir dessa matriz, o software de análise permite que se retorne às falas exatas que geraram a associação. Para isso, clica-se sobre a célula desejada e uma janela se abre com as falas codificadas em relação àquela associação. Por exemplo, ao clicar duas vezes na célula que cruza “Formação e capacitação” e “paciente”, na tabela 2 (com valor de 32,8%), podemos

avaliar que tipo de menção foi feita a essa dimensão, e reavaliar o conteúdo para questionar a sua significância no contexto.

Esse processo mostrou, nas falas dos entrevistados, que a formação se manifesta no processo de cuidado de forma explícita, não subjacente, e, no caso da AI, sempre reiterando um aspecto espiritual, humanístico, moral, etc., que é colocado lado a lado com o conhecimento técnico: “*O atendimento, a parte dos técnicos e da enfermeira, deu pra perceber que eles são **preparados humanisticamente** (PA2)*”.

*- Uma equipe **altamente preparada para esse tipo de atendimento**, porque o que o paciente quer em primeiro lugar? Antes do medicamento? Antes do tratamento? Atenção, carinho... Isso aí pra mim é tudo no tratamento.... (PA4)*

O intercâmbio entre codificação e depoimento de origem também é importante, entre outros, em casos como o da dimensão resultados, que possuem subdivisões: como dito anteriormente, consideraram-se como resultados aspectos financeiros, técnicos e de satisfação.

O processo de análise revelou que, além de ser a dimensão menos significativa em termos da frequência com que foi mencionada nas falas, a dimensão Resultados não gerou nenhuma menção ao aspecto financeiro em nenhum dos grupos: apenas resultados técnicos foram citados (procedimentos, tratamento, etc.).

Por outro lado, os resultados de satisfação (com o modelo de trabalho e a experiência hospitalar) aparecem mencionados nas codificados das dimensões do Assistir. O profissional de saúde diz:

*- (...) a **diferença está no resultado**, na evolução dos pacientes, na **satisfação dos pacientes**, no ambiente mais agradável de trabalhar. Aqui eu percebo uma maior responsabilidade com o resultado. A mesma enfermeira que trabalha aqui e trabalha lá, trabalha diferente. Aqui existe um maior compromisso com o resultado e com o paciente. (PR4)*

Ou, ainda, o paciente:

*- (...) sentir que as **nossas necessidades estão sendo atendidas e respondidas, e de forma eficiente**. Objetiva e eficiente. E que essas nossas necessidades pessoais, que são...Físicas, biológica, até necessidades psíquicas, emocionais e espirituais também... o hospital oferece isso aí também. (PA1)*

As falas conectam os resultados ao processo assistencial, ou à percepção de bom atendimento, de qualidade percebida.

Em relação ao eixo Assistir, a matriz de resultados mostrou que mais da metade das falas se referiram ao Foco na pessoa. Nessa hierarquia, a matriz mostrou uma inversão no posicionamento das dimensões Espiritualidade e Ética em cada grupo: no grupo dos Profissionais, a Espiritualidade foi colocada antes da Ética, enquanto no grupo dos Pacientes a Ética precedeu a Espiritualidade. A tabela 3 mostra esses resultados.

Tabela 3 – Distribuição das menções feitas por profissionais e pacientes às dimensões do eixo Assistir da Assistência Integral, Hospital Moinhos de Vento, 2008

Dimensão	Profissional	Paciente
1: Espiritualidade	14,0%	4,1%
2: Ética	5,4%	13,2%
3: Foco na pessoa	54,1%	55,1%
4: Comprometimento	26,4%	27,6%

Essa inversão talvez se explique por uma associação, percebida nas falas, de que é a espiritualidade que expressa o diferencial da AI para os profissionais, pela forma peculiar do seu exercício no Hospital Moinhos de Vento:

- A equipe da pastoral tem essa preocupação com... não quero que soe estranho... mas assim, com a transcendência da pessoa em termos de buscar o significado do adoecimento, de estar aqui ou do sofrimento que ela está passando. (PR6)

- (...) a gente leva em consideração todas as necessidades do paciente, inclusive as espirituais. tem uma pessoa da pastoral que passa todos os dias em quase todos os quartos. A gente atende muitas solicitações dos pacientes pedindo acompanhamento de um padre, eles querem um padre, eles querem a hóstia, eles querem o rabino. Quando a pastoral mesmo não encaminha, nós entramos em contato com a pastoral e combinamos isso com o paciente para o paciente receber esse atendimento. (PR8)

- (...) para mim, o acolhimento, a assistência integral, a espiritualidade. tudo isso é a base da assistência integral. (PR10)

É possível que, para esses profissionais, a ética faça parte do dia-a-dia, seja um aprendizado curricular, enquanto que a espiritualidade seja algo acrescentado ao seu fazer, embora, como disse um profissional, isso possa para alguns “soar estranho”.

Por outro lado, os pacientes associam a expressão humanizada do conhecimento técnico com a ética, e não com a espiritualidade. Isso talvez reflita um respeito do paciente pelo conhecimento técnico que ele não possui – sendo que a ética seria mais compatível com a técnica do que a espiritualidade, que pode parecer a esse paciente uma dimensão contraditória nesse contexto.

3.5 ASSOCIAÇÕES

Outra possibilidade oferecida pelo software de análise é a verificação de associações entre categorias, ou seja: verificar a co-ocorrência de categorias nas falas dos entrevistados. O investigador pode fazer um cruzamento para verificar se um mesmo entrevistado mencionou, em uma mesma fala codificada, aspectos relativos a mais de uma categoria de análise, no caso as dimensões. Essa matriz geral de associações – comparando entre si todas as categorias de análise – aparece na tabela 4. Os modelos de associação para cada uma das dimensões aparecem no Anexo 3.

Tabela 4 – Matriz geral de associações entre as dimensões dos eixos Assistir e Atender da Assistência Integral identificadas nas falas de pacientes e profissionais entrevistados no Hospital Moinhos de Vento, 2008

Dimensões analisadas (nós)		Comprometimento	Espiritualidade	Ética	Foco na pessoa	Estrutura	Formação e capacitação	Processo	Resultados
Assistir	Comprometimento		0	3	16	4	3	8	2
	Espiritualidade	0		1	8	1	1	2	0
	Ética	3	1		8	2	2	4	0
	Foco na pessoa	16	8	8		8	15	22	4
Atender	Estrutura	4	1	2	8		6	17	4
	Formação e capacitação	3	1	2	15	6		8	3
	Processo	8	2	4	22	17	8		6
Resultados		2	0	0	4	4	3	6	

Neste caso, optei por apresentar os achados em números absolutos, ou seja: a tabela mostra quantas vezes houve associação entre dimensões. Isso porque, neste caso, a comparação entre o “tamanho” de cada aspecto individualmente seria mais informativa do que a proporção do item em relação ao total. Analisando a matriz da esquerda para a direita, ou seja, a partir das linhas, as células em azul mostram o número maior de associações em cada dimensão. Percebe-se, então, que, em praticamente todas as dimensões, as associações se dão com a dimensão Foco na pessoa. As exceções são a própria dimensão Foco na pessoa (evidentemente, já que cruzar a categoria consigo própria não gera uma informação de associação), Estrutura e Resultados, sendo que esses três itens possuem o maior número de associações com a dimensão processo, o que está coerente com a lógica que diz que todo o processo advém de uma estrutura e que pressupõe um resultado.

Essa análise corrobora os princípios da Assistência Integral, já que coloca o Foco na pessoa como um aspecto essencial do cuidado – um aspecto ilustrado especialmente pelo fato de que o *processo* do cuidado é extensamente associado ao Foco na pessoa, especialmente nas falas dos profissionais. São exemplos dessa associação:

- Aqui cada técnico tem o seu leito, o seu paciente e (cuida) até ele ter alta. E então, talvez por isso, por esse detalhe existe uma maior afinidade, um maior afeto. Até porque acaba conhecendo o paciente melhor, acaba conhecendo, existe mais uma relação de afeto também. (PR4)

- Eu vejo a interdisciplinaridade, como a integração das áreas... pelo bem estar do paciente, integrar as atitudes, as atividades de cada um. O que a minha atividade pode estar interferindo na do outro, vejo o que eu posso ajudar no trabalho do outro, é uma cadeia, Estão encadeados, um no outro e não “pular de um para o outro. (PR6)

- Todo o pessoal da assistência está sempre focado no paciente, com esse foco no paciente a gente acaba trabalhando mais em conjunto, se a necessidade eu não consigo suprir, eu tenho que saber encaminhar e não dizer: não é comigo. (PR9)

O foco no paciente se dá pela maneira de trabalho, especialmente pela ação do técnico de enfermagem, que faz o papel de mediador, quando é dito que, no modelo em discussão, um mesmo técnico cuida sempre do mesmo paciente, sendo responsável por fazer ou encaminhar as demandas desses indivíduos. Isso permite a prática interdisciplinar integrada, fazendo um

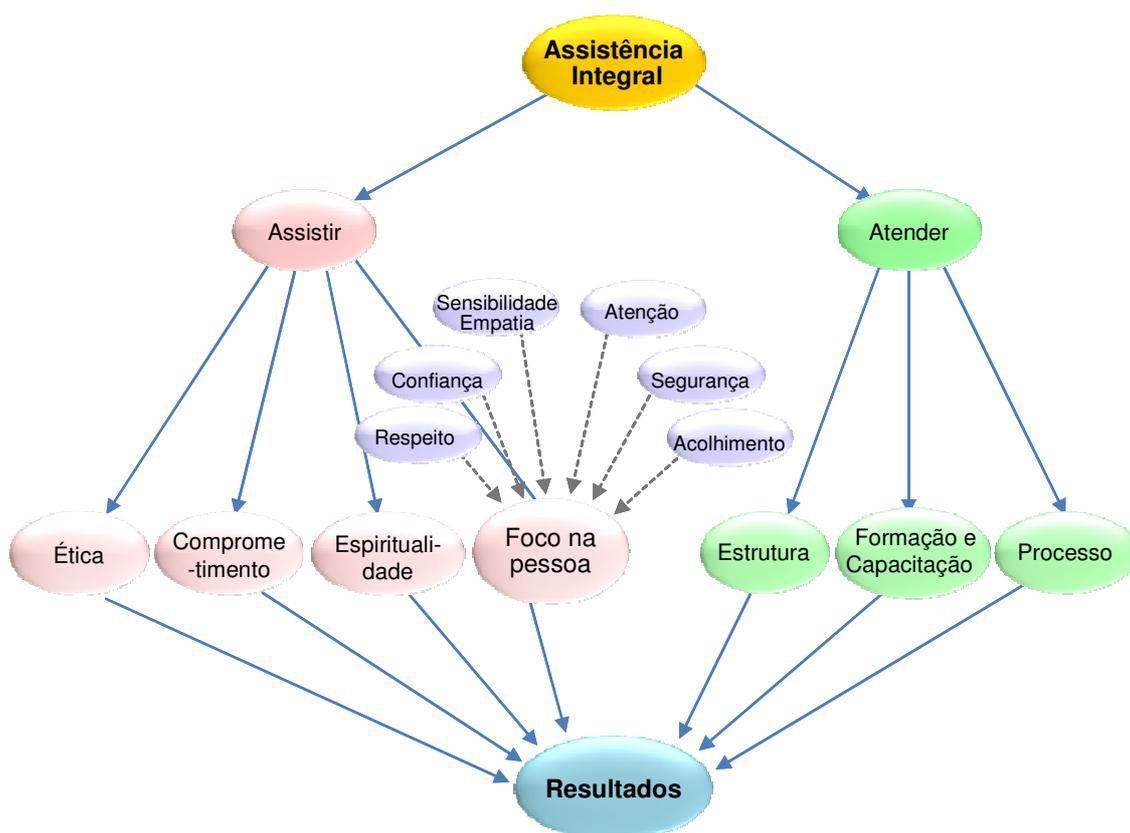
elo entre as diferentes especialidades e disciplinas na execução do plano de cuidados, assim mencionado:

- (...)das diferenças que eu vejo aqui no Moinhos, começa pela estrutura duma unidade de internação. A maneira como os processos são definidos é pra que o técnico não saia da unidade e a enfermeira também não. E também voltado ao trabalho do Assistir que tem aqui no hospital, assim que a gente prega muito que se dê mais atenção ao paciente, que se ouça mais o paciente. Essa função em que o paciente é o foco de toda a atenção, de todos processos, eles giram em torno do paciente, Tu acaba identificando mais o olhar para o paciente e dar atenção para o que ele está dizendo... (PR2)

Por sua vez, a associação de Resultados aparece distribuída de modo mais uniforme em relação a todas as outras dimensões (menos variação entre o número máximo e o mínimo de menções), sendo a sua associação mais forte com a dimensão Processo. Isso faz sentido na medida que é através do *processo* de cuidado que são atingidos os resultados. Entretanto, tendo em vista a distribuição equilibrada das associações, e tendo em vista o achado descrito anteriormente de que não foram mencionados resultados financeiros e técnicos, mas, acima de tudo, resultados de satisfação implícitos e explícitos nas dimensões do Assistir, foi cabível daí mais uma alteração ao modelo emergente de Assistência Integral: nesse modelo final, apresentado a seguir, os Resultados deixam de ser uma dimensão do Atender e passam a conformar um novo eixo, alinhado simultaneamente ao Atender e ao Assistir.

Também é interessante notar a ausência de associação entre certas dimensões. Interessantemente, Espiritualidade não se associa com Comprometimento, que aparece mais com o sentido de engajamento, “um vestir a camisa” enquanto a Espiritualidade aparece com o sentido de proteção de consolo e conforto.

Figura 18 - Representação do modelo emergente da Assistência Integral



4 DISCUSSÃO

Este estudo indagou sobre um modelo de cuidado que enfoca o paciente a partir do reconhecimento do seu contexto, limites e condições possíveis decorrentes da doença, sejam elas transitórias ou definitivas – procurando, por meio de atitudes de cuidado, auxiliar o paciente a reconhecer e aceitar o novo contexto de forma a preservar toda a autonomia possível pós-agravo. Como diz Boff (2003), “o cuidado é aquela condição prévia que permite o eclodir da inteligência e da amorosidade. ... O cuidado surge da consciência coletiva sempre em momentos de crise” (p. 22). O foco na pessoa e o respeito, duas das dimensões preconizadas na Assistência Integral, têm fundamento no princípio da autonomia das escolhas de vida de cada ser humano, já que “assegurar a autonomia das escolhas de cada ser humano é o princípio que rege o viver” (BOFF, 2000).

É premissa da AI a afirmação de Heidegger de que, “do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda a atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda a atitude e situação de fato”. Acolher incondicionalmente cada pessoa e respeitar a sua individualidade sem pré-concepção e numa visão transcendental permite que essa pessoa vivencie incondicionalmente as suas demandas interiores.

A partir da reflexão sobre essas linhas filosóficas, é reconfortante perceber, como mostram os depoimentos colhidos, avaliados e discutidos nesta dissertação, que um diferencial fundamental da Assistência Integral é a possibilidade de sistematização dos diferentes saberes que compõem o cuidado. Brian (2000, p.176) explica que a “compreensão sistêmica (know-why) é o conhecimento profundo da rede de causa e efeito subjacente de uma disciplina. Permite que os profissionais ultrapassem a execução de tarefas e atinjam um estágio de solução de problemas maiores e mais complexos – capacitando-os a criar valor extraordinário”. A capacidade de identificar as necessidades do paciente é uma das vantagens da Assistência Integral – que se vale de múltiplos saberes para nos aproximar das possibilidades do ser cuidado em cada pessoa e para “cuidar dos valores que dão rumo à nossa vida e das significações que geram esperança para além da morte” (BOFF, 2000, p. 151). Ao mesmo tempo, é capaz de se sustentar como modelo de gestão, com resultados técnicos e de qualidade percebida. O modelo de AI hoje está suficientemente consolidado para permitir a

sua reprodutibilidade, com sistematização das novas dimensões de valor identificadas, em outras instituições.

O aspecto dos resultados financeiros não foi abordado nesta dissertação, até porque uma mensuração desse tipo dependia justamente da revisão dos conceitos, foco do presente trabalho. Entretanto, a partir dos resultados aqui descritos, é possível prever que uma continuação natural do estudo seria verificar que tipo de impacto financeiro resulta da AI em termos, por exemplo, de qualidade de vida, adesão do paciente ao tratamento e satisfação dos colaboradores no ambiente de trabalho *vis-à-vis* o impacto financeiro direto do custo desse sistema; este é um espaço ainda inexplorado na operacionalização da AI.

Uma faceta que se revelou muito importante da operacionalização da AI é a capacitação dos profissionais, tanto em termos do eixo Atender quanto em termos do eixo Assistir. Como ficou demonstrado, existe uma identificação entre esse modelo e o treinamento dos profissionais, e entre a capacitação e a “ética do atendimento”. O estudo aponta para a importância de o HVM manter a sua escola de Técnicos de Enfermagem, já que essa estrutura permite a disseminação formal de valores e conceitos essenciais e cuidado. Por outro lado, é possível prever que a ausência de um foco em capacitação seja um impedimento para a implantação e manutenção bem-sucedida da AI.

Em relação ao desenvolvimento do estudo, é importante comentar as metodologias empregadas. Conforme afirma Roesch (2005), pesquisadores que utilizam a metodologia de entrevista e análise de conteúdo se deparam, ao encerrar sua coleta de dados, com uma grande quantidade de depoimentos e/ou notas de pesquisa, os quais terão de organizar para posterior interpretação. Yin (2005) salienta ainda que usar estudos de caso para fins de pesquisa permanece sendo um dos mais desafiadores de todos os esforços das ditas ciências sociais, embora também ressalve que, “embora o estudo de caso seja uma forma distintiva de investigação empírica, muitos pesquisadores demonstram um certo desprezo para com a estratégia... cada pesquisador do estudo de caso deve trabalhar com afinco para expor todas as evidências de forma justa” (p. 29). Tendo passado pela experiência de produzir esta dissertação, posso afirmar que o uso da metodologia escolhida implica em grande responsabilidade por parte do pesquisador no sentido de não manipular os dados a partir de suas escolhas categóricas – é um desafio a formulação do questionário, a seleção dos entrevistados, a definição das variáveis e, como já citado na Metodologia, a identificação dos

“sinais de linguagem” que serviram como evidência para os resultados. Entretanto, o exame exaustivo das entrevistas completas permitiu, nesse caso, contornar essa limitação humana que, no caso dessa poderosa ferramenta de análise que é o NVivo, provavelmente é a maior limitação. A minha experiência com essas metodologias resultou, ao contrário do desprezo citado por Yin, em grande respeito pela loquacidade das entrevistas e pelo imenso trabalho de analisá-las.

Vale ainda comentar o que senti ao fazer este estudo exercendo a função de Superintendente Assistencial do Hospital Moinhos de Vento, uma posição de assimetria de poder em relação aos entrevistados. Tive sempre o cuidado de manter a isenção e assegurar à entrevistadora a distância necessária para sua autonomia nas entrevistas.

Quanto aos resultados em si, foi extremamente importante observar um modelo emergente de Assistência Integral diferente do modelo com o qual o estudo iniciou. Esse aspecto ao mesmo tempo revestiu de maior importância o trabalho atual como também demonstrou a vitalidade e as potencialidades do modelo de assistência – um modelo que agrega valor, uma proposta de valor, um modelo vivo na teoria e prática de profissionais e pacientes, com consistência suficiente para emergir de forma coerente do discurso individual de sujeitos diversos. Um aspecto extremamente interessante foi a inclusão do aspecto espiritualidade. As entrevistas tornaram gritante a ausência deste aspecto no modelo anterior, especialmente frente à tradição da instituição onde se desenvolveu a Assistência Integral. O Hospital Moinhos de Vento tem carimbado no discurso feito na solenidade da pedra fundamental, em 1914, a sua pluralidade e o seu ecumenismo: “queremos um hospital que atenda a todos, sem distinção de raça, cor, credo ou religião” (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 1973, p. 31)

Também vale perguntar por que uma idéia aparentemente simples, como o Foco no Paciente/Pessoa, pode parecer à maioria das instituições tão complexa em termos de implementação. Por que na prática o Foco no Paciente e a Assistência Integral são desconsiderados pelos gestores hospitalares e estão ausentes das estruturas convencionais de hospitais? Estamos caminhando em busca do aperfeiçoamento contínuo deste modelo assistencial, que na prática reflete os valores de origem do Hospital Moinhos de Vento, e que tem como tarefa acompanhar a evolução do segmento hospitalar. Estamos longe da perfeição,

porém temos um caminho, uma estratégia de valor, claramente explicitados nas falas analisadas.

Da mesma forma, foi interessante observar os inter-relacionamentos e associações como material de reflexão para desenvolver estratégias de inovação no cuidado, com percepção de valor. A mais recente publicação sobre gestão hospitalar, “Inovação na Gestão da Saúde”, de Clayton M. Christensen, propõe uma ruptura com o que chama de medicina intuitiva no atual sistema de saúde, dentro de um cenário mundial, como pré-requisito para a inovação que poderá viabilizar a assistência em saúde. Ele propõe, entre outras medidas, o estabelecimento de “redes facilitadoras, nas quais profissionais e pacientes trocam idéias e experiências, ajudando-se mutuamente e cujos coordenadores precisam ser remunerados com base nos sistema de pagamento por adesão” (2009, p. 416). A Assistência Integral, ao identificar o foco na pessoa como o mais importante atributo de valor, pode ser um dos elementos na cadeia de ações que promovem a adesão ao tratamento e, mais do que isso, a adesão ao *ser cuidado*. As atitudes de proteção e a criação de vínculos, como ocorre nas dimensões emergentes do Assistir, podem sensibilizar e gerar ou ampliar o auto-cuidado.

No modelo em prática no Hospital Moinhos de Vento, são claros os atributos de qualidade percebidos e requisitados pelo paciente – o Foco na Pessoa, que contempla agora a confiança, a segurança, o respeito, o acolhimento, a atenção e a sensibilidade e empatia.

4.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, este estudo mostra que a AI é um modelo de cuidado diferenciado identificado por pacientes e profissionais da saúde: uma proposta de valor que certamente traz um diferencial competitivo para a instituição de saúde, uma vez que o paciente passa a ser agente do processo de cuidado, sente-se ouvido e acolhido, o que gera nele confiança e compromisso incondicional com o tratamento. Traz evidências de que é possível incorporar sistematicamente dimensões de valor percebido, como comprometimento, ética e espiritualidade, ao modelo de cuidado denominado emergente neste estudo. Isso permitiu uma

atualização da Assistência Integral, adequando os eixos do Atender e do Assistir, que são a base do modelo de gestão da assistência.

Da mesma forma, o estudo traz um melhor entendimento da dimensão Foco na Pessoa, que passa a incorporar confiança, segurança, respeito, acolhimento, atenção, sensibilidade e empatia como elementos essenciais à sua manifestação. Nessa nova configuração, o eixo Assistir compreende o foco na pessoa, a ética, a espiritualidade e o comprometimento. O eixo Atender, por sua vez, engloba processo, estrutura e formação e capacitação. Resultado passa a representar as dimensões de ambos os eixos.

Ficou claro que a cultura da instituição influencia fortemente a manutenção dos valores aqui abordados, sendo portanto pré-requisito para este modelo de cuidado o engajamento institucional para efetivar o modelo de gestão assistencial. Também é evidente a necessidade de uma rede de sustentação para o desempenho dos profissionais de beira de leito, desde a definição do perfil, programa de formação e de capacitação e processos mensurados, e ainda a existência de uma estrutura de liderança focada na função assistencial.

No modelo emergente da AI há um espaço inexplorado, capaz de trazer diferenciação e inovação no cuidado do paciente. Com base nos resultados e nas análises realizadas, proponho a releitura da Assistência Integral, com direcionamento a estudos de custo-efetividade dos processos de cuidado capazes de explicitar os resultados financeiros. Finalmente, outro espaço que pode ser mais explorado é o fortalecimento da capacitação para intensificar e disseminar as dimensões relevantes para pacientes e reconhecidas pelos profissionais, como proposta de valor no modelo de gestão da assistência.

BIBLIOGRAFIA

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994. 281p.

BOFF, Leonardo. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 199p.

BOHN, R. S. **Qualificação da Gestão e da Assistência**. Porto Alegre: Decasa Editora/Palmarinca, 2007. p.30-32.

BRIAN, J. **Gestão do conhecimento**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. 205p.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. Metodologia científica. 4. ed. São Paulo: Makron Books. 1996. 209p.

CHANLAT, Jean-François. Modos de Gestão, saúde e segurança no trabalho. Recursos humanos e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 118- 128.

CHRISTENSEN, C.M.; GROSSMAN, J.H.; HWANG J. Inovação na Gestão da Saúde. Porto Alegre: Bookman, 2009. p. 417.

ENCK, C. R. **Gerência na área da saúde: educação e desenvolvimento para a liderança**, 2006. 136f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 2.ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1991. 136p.

GADAMER, H. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006. 176p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 175p.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo: Parte 1**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 325 p.

HERMANN, N. **Hermenêutica e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. 109p.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. **Hospital Moinhos de Vento**. 1912-1972. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 1973. 172p.

KIM, W.C; MAUBORGNE, R. A estratégia do oceano azul. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 241p.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**: memórias do viver e do morrer. 8. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998. 313p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296p.

LIDZ, T. **A pessoa**: seu desenvolvimento durante o ciclo vital. Porto Alegre: Artes médicas, 1983. 606p.

LICHTENFELS, I. **Assistência Integral**. Grupo Referencial de Assistência do Hospital Moinhos de Vento. Palestra proferida dia 12.05.2000.

PESSINI, P.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 319 p.

MARTINELLI, M.L (org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999. 143p.

MATURANA, H; REZEPKA, S.N. **Formação humana e capacitação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432p.

ROESCH, S.M.A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2005. 308p.

SHORTELL, Stephen M.; KALUZNY, Arnold D. **Health care management**: organization design and behavior. 3rd ed. New York: Delmar Publishers inc., 1993.

SOUZA MACHADO, M. de F. A. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-42, mar./abr. 2007.

STAKE, R.E. **Investigación com estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998. 159 p.

TEIXEIRA, A.N. **A espetacularização do crime violento pela televisão: o caso do programa Linha Direta**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2002. 144f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TEIXEIRA, A.N. **Análise qualitativa com o programa NVIVO8**. Disponível em: <<http://nvivo.vilabol.uol.com.br>> Acesso em: 23 nov. 2008.

TORRESINI, E.W.R. **Hospital Moinhos de Vento: 75 anos de compromisso com a vida**. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2002. 168p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

WEBER, B.; DEMENEGHI, L.S. **Assistência integral: o paciente como núcleo, a equipe como célula**. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 1997. 95p.

WILBER, K. **Espiritualidade integral: uma nova função para a religião neste início de milênio**. São Paulo: Aleph, 2006. 383p.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PACIENTES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo:

Idade:

Número de dias de internação:

1) O Sr.(a) foi bem atendido (a)? Como foi isso?

Como foi esta experiência

2) As pessoas que lhe atenderam foram respeitosas?

3) As pessoas que lhe atenderam perceberam exatamente do que o Sr. (a) estava necessitando?

4) Fale como foi a atitude das pessoas que lhe atenderam

5) As pessoas que lhe atenderam expressaram sensibilidade em relação às suas queixas e pedidos?

6) como o Sr. (a) percebeu o cuidado?

7) O que a experiência em outro hospital tem de diferente da experiência neste hospital?

8) Entendo por Assistência Integral...

ANEXO 2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PROFISSIONAIS

- 1) O sr.(a) identifica alguma diferença entre o cuidado prestado no Hospital Moinhos de Vento e a outra Instituição onde também trabalha?
- 2) O sr.(a) percebe atitude de respeito e foco na pessoa doente, entre as pessoas responsáveis pelo cuidado no HMV?
- 3) O sr.(a) encontra algum atributo, no modelo de cuidado do Hospital Moinhos de Vento, que indique que o paciente será “bem atendido”?
- 4) A atitude das pessoas da assistência lhe asseguram confiança e segurança na execução do melhor tratamento?
- 5) Percebe na equipe sensibilidade e afeto com os doentes?
- 6) No seu ponto de vista, o método de cuidado prestado no Hospital Moinhos de Vento evidencia atenção emocional e espiritual ao paciente?
- 7) O sr.(a) identifica atitude de acolhimento ? como se dá?
- 8) Entendo por Assistência Integral...

ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Titulo do estudo:

“ASSISTÊNCIA INTEGRAL® UM MÉTODO DE GESTÃO ASSISTENCIAL”.

Você está convidado(a) a participar de uma pesquisa referente á dissertação de Mestrado em Educação do Curso de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pesquisadora Responsável: **Bernardete Weber**, este estudo está sendo realizado sob a orientação da Profa. Dra. **Marta Luz Sisson de Castro**.

O objetivo desta pesquisa é avaliar como a maneira de cuidar praticada pelo Hospital Moinhos de Vento é vista pelo paciente que teve uma hospitalização prévia no hospital.

Para isso, iremos relacionar a sua experiência no Hospital Moinhos de Vento com outras experiências ocorridas em outros hospitais.

Realizaremos perguntas sobre sua percepção do cuidado realizado no hospital, sobre como as pessoas atendem, se portam, quais os sentimentos gerados nestes atendimentos e o que você considera importante no atendimento.

Esta pesquisa não envolve riscos aos respondentes, pois se refere apenas à coleta de dados não-pessoais através de um trabalho de pesquisa acadêmico. Os respondentes da pesquisa não serão prejudicados no trabalho; não receberão qualquer remuneração por estar participando e poderão cancelar o seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua participação. Neste caso qualquer informação dos mesmos não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa e para os desistentes. Os resultados agregados serão utilizados para fins acadêmicos e podem ser publicados em revistas científicas e congressos acadêmicos.

Nenhum resultado que possa identificar qualquer participante ou a instituição será publicado. O acesso aos dados é restrito aos pesquisadores. A participação nesta pesquisa é totalmente voluntária.

Li e entendi este formulário de consentimento. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Decidi participar deste estudo voluntariamente.

NOME DO PARTICIPANTE:

ASSINATURA:

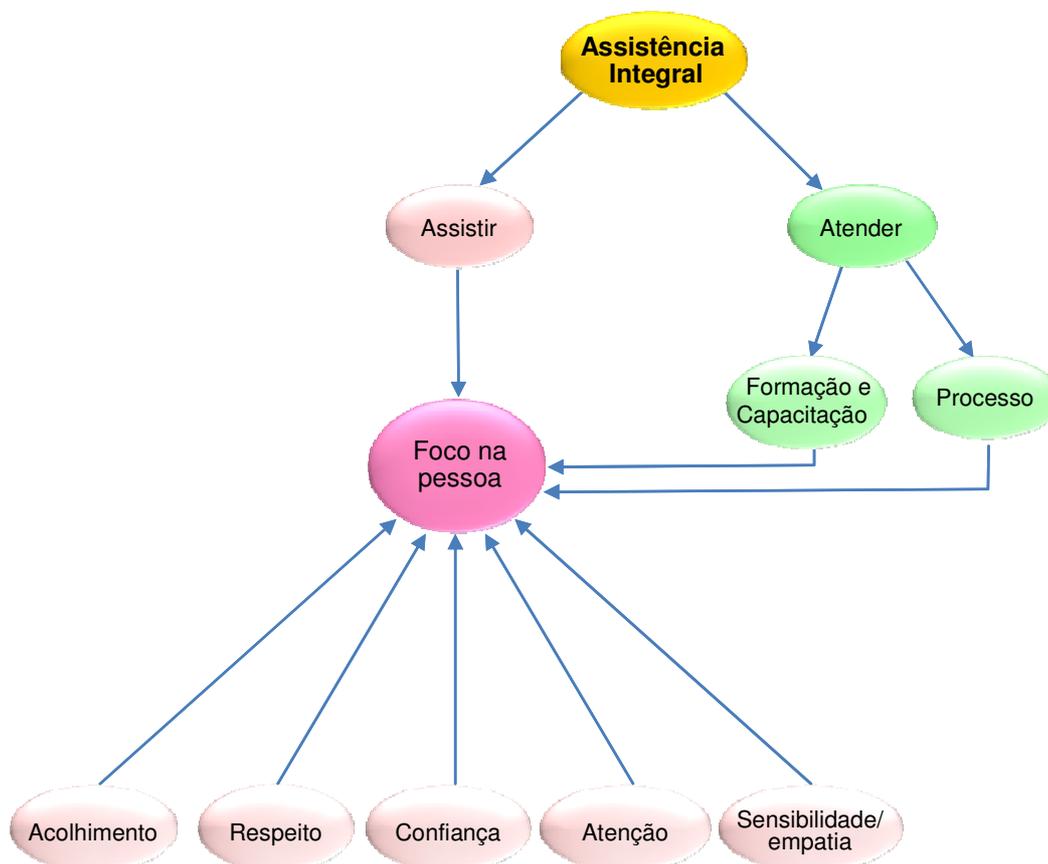
DATA:

NOME DA PESSOA QUE REALIZOU O CONSENTIMENTO:

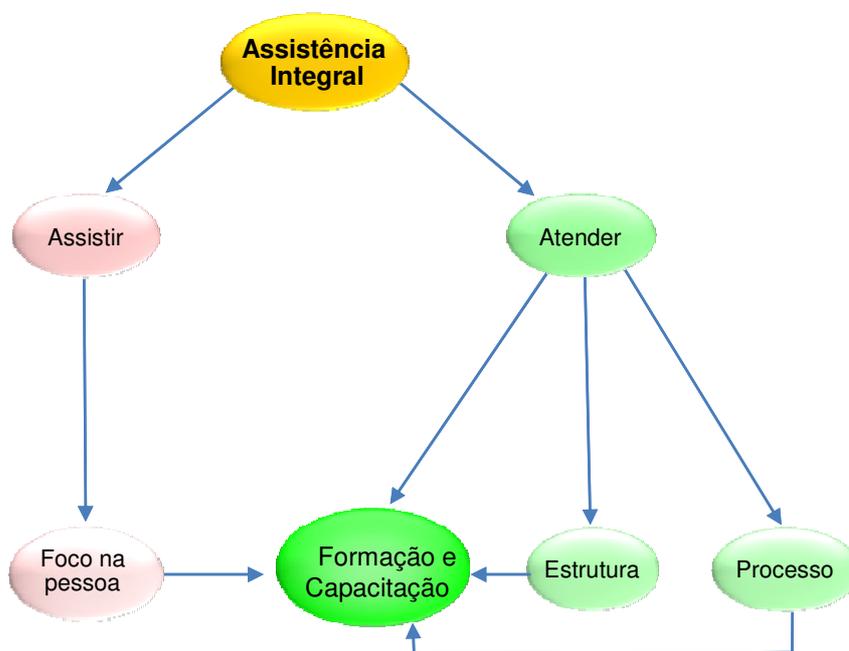
ASSINATURA:

DATA:

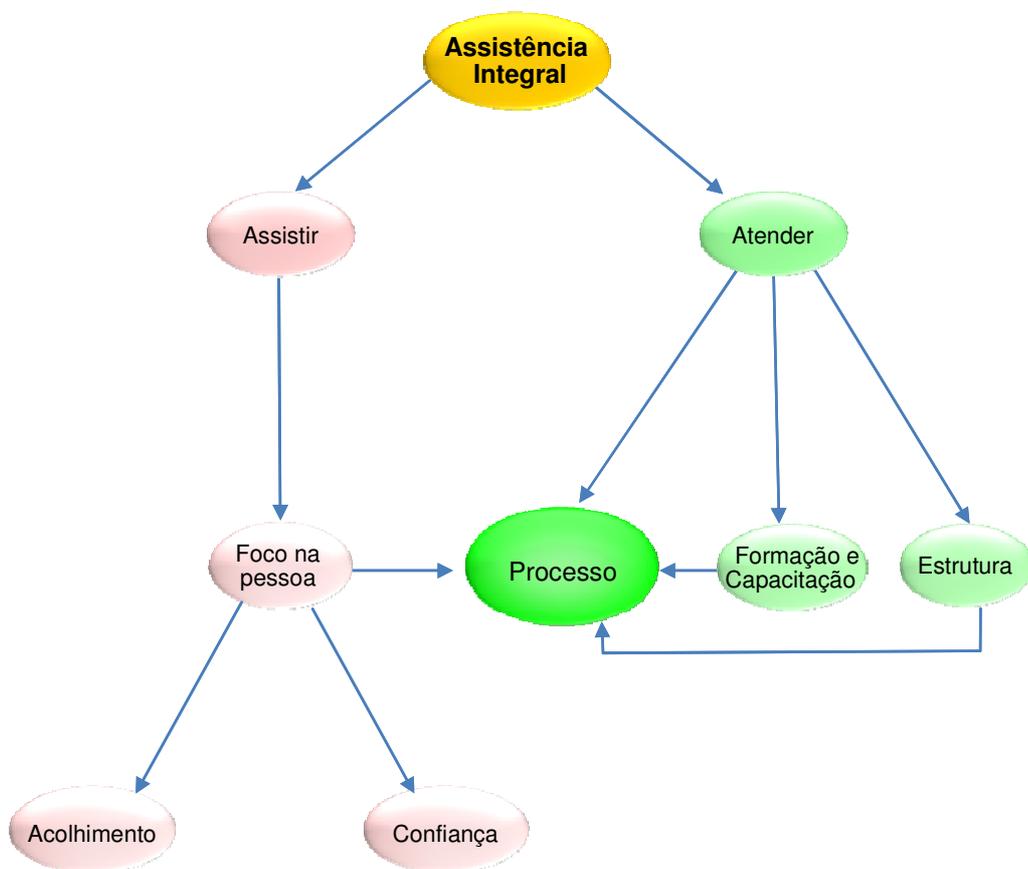
ANEXO 4 – ASSOCIAÇÕES ENTRE DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL CONFORME ENTREVISTAS COM PACIENTES E PROFISSIONAIS, HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE



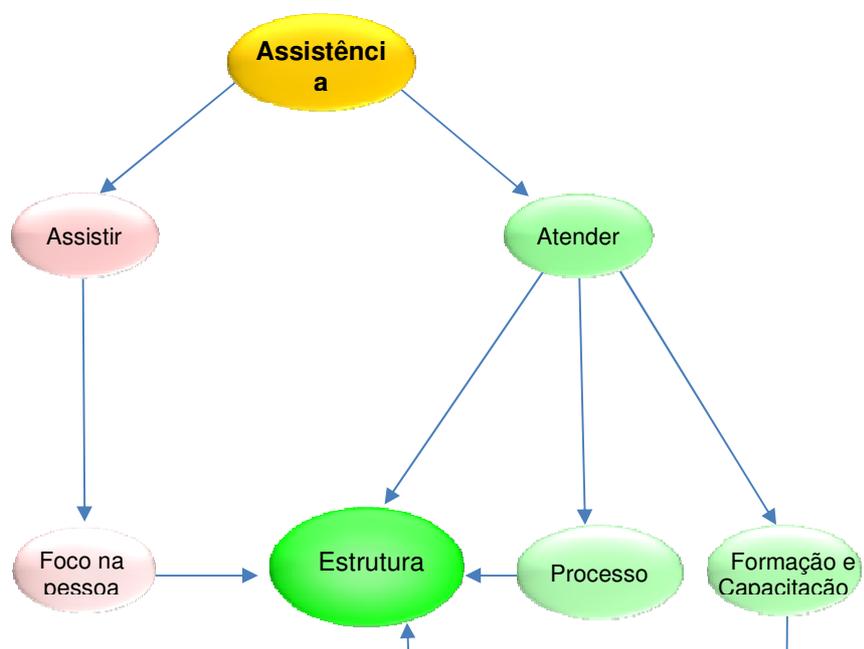
Associações entre Foco na Pessoa e outras dimensões.



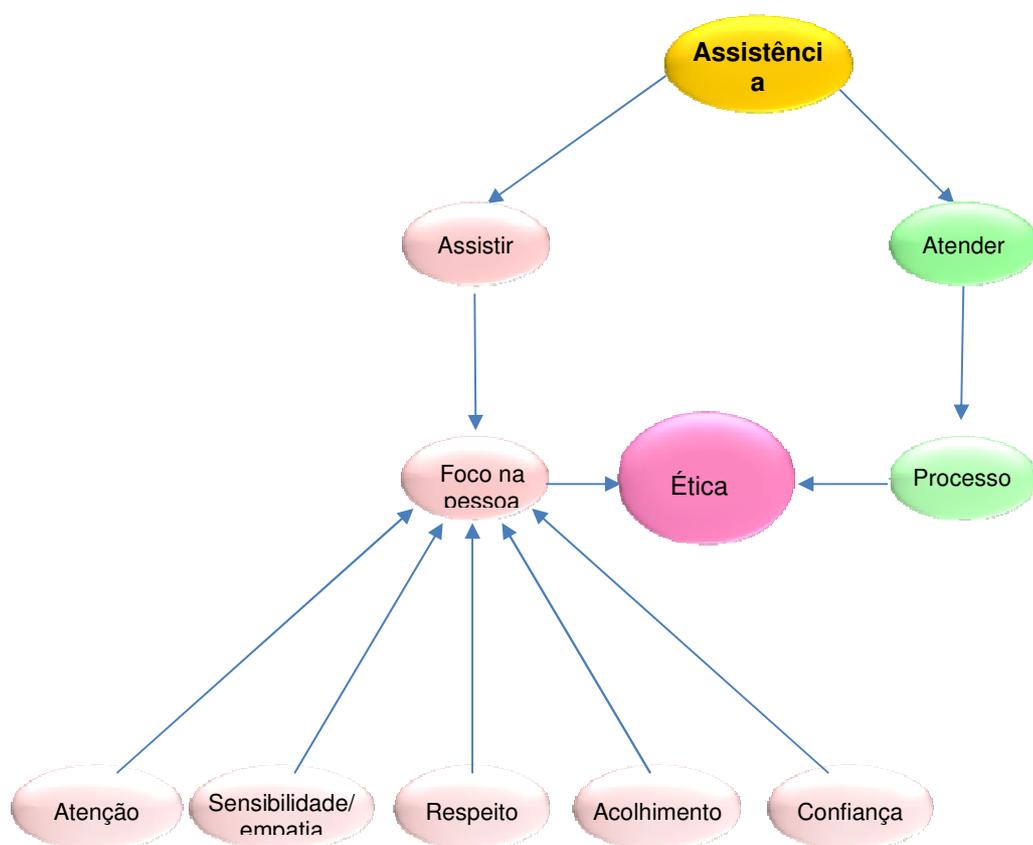
Associações entre Formação e Capacitação e outras dimensões.



Associações entre Processo e outras dimensões.



Associações entre Estrutura e outras dimensões.



Associações entre Ética e outras dimensões.