

1120

DM  
MARQ/C.1

# INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

## ÁREA DE MESTRADO EM COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E GESTÃO

### DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar:  
Um Projecto de Planeamento de Altas**

Cristina Maria Alves Marques, n.º 1806



ORIENTADOR DA DISSERTAÇÃO: Prof.ª Doutora Teresa d'Oliveira  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DA DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR:.. Prof. Doutor Miguel Pina e Cunha  
Faculdade Nova de Lisboa

<b>BIBLIOTECA</b>
<b>ISPA</b>
<b>REG:</b>
<b>16660</b>
<b>COTA:</b>
<b>DM MARQ/C1</b>

2001/2005

	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	
Registo:	16660
Data:	6/6/06
Tel: 21 831 17 50 • biblioteca@ispa.pt	

**O meio de fazer melhor mais tarde,  
é fazer presentemente tão bem quanto possível!**

Van Gogh

## AGRADECIMENTOS

Na convicção de que este trabalho só está concluído graças à ajuda, apoio e conforto de todos aqueles que me acompanharam, gostaria de registrar o meu agradecimento.

Agradeço à Professora Doutora Teresa d'Oliveira pelas suas críticas construtivas, sempre pertinentes e especialmente pela tolerância, compreensão e até amizade, nos momentos mais complicados, da minha vida pessoal e ao Professor Doutor Miguel Pina e Cunha pelo acompanhamento inicial neste trabalho.

De uma maneira muito especial quero agradecer, aos funcionários e utilizadores da instituição onde foi feita a colheita dos dados para a dissertação, pela forma como colaboraram e como tornaram possível o meu trabalho, destacando a Enfermeira Matilde Carlos, pela sua motivação e empenhamento.

Obrigada aos meus pais, Leonor e José, por todo o apoio e facilidades concedidas.

Agradeço à minha irmã Anabela e ao meu cunhado Bruno, todo o apoio e paciência, principalmente nos momentâneos desesperos com o computador. Ao Tiago, meu irmão e ao João, meu namorado, pelo apoio e calma transmitida.

Aos meus colegas e amigos Ana e Paula, mas de um modo muito especial ao Miguel, que sempre me incentivaram.

A todos o meu sincero OBRIGADA!!!

**Palavras-chaves:** Mudança Organizacional, Políticas e Estratégias de Saúde e Planeamento de Altas.

## RESUMO

A aprovação da nova Lei de gestão hospitalar veio configurar uma nova realidade para o sector hospitalar português. É uma oportunidade para desenvolver novas competências de gestão, recompensar o bom desempenho e premiar a maior eficiência.

Neste contexto de mudança vários foram os objectivos traçados pela Unidade de Missão, bem como as estratégias para os atingir, entre os quais o projecto de planeamento de altas, que é uma das iniciativas chave na redução dos internamentos por motivos de natureza social, sendo para tal necessário o empenhamento de toda a equipa multidisciplinar, incluindo o doente/elemento cuidador.

A necessidade de diminuir o tempo de internamento que hoje vigora nos hospitais, na perspectiva da optimização económica de recursos, colide frequentemente com os interesses dos familiares e dos doentes hospitalizados, podendo mesmo atropelar a qualidade dos cuidados que estes merecem.

Neste seguimento, este estudo teve por base este projecto, implementado num serviço hospital central de Lisboa, recentemente tornado sociedade anónima. Pretende-se assim contribuir para a compreensão, num contexto de mudança, do conceito de planeamento de altas na continuidade dos cuidados de saúde e na sua estruturação, no sentido de perceber como podem levar a cuidados mais centrados no doente.

Este serviço é caracterizado por recursos humanos altamente especializados e os seus clientes têm habitualmente déficite de saúde, mais concretamente na área da respiratória. São assim portadores de doenças crónicas, de alguma forma limitativas, obrigando-os, com alguma frequência, a dirigirem-se ao hospital.

O facto da alta do doente não ser planeada atempadamente, torna-se com frequência num momento de ansiedade, tanto para o doente, como para a família/elemento cuidador, não o deixando de ser também para a equipa multidisciplinar. É frequentemente no momento de alta que é transmitida toda uma

quantidade de informações e conselhos importantes para a vida futura dos mesmos, o que se houvesse planeamento, poderia ter sido feito de uma forma gradual e sistemática.

Pretende-se estudar o impacto deste projecto e para tal analisou-se o impresso implementado aos doentes internados, durante um mês consecutivo, perfazendo um total de 51. Por esta análise ter sido inconclusiva, recorreu-se a entrevistas aos líderes dos grupos profissionais envolvidos.

Trata-se de um trabalho exploratório, uma vez que procura conhecer melhor os fenómenos em estudo, quer através de novas questões ou novas explicações, ou simplesmente tentando indagar as características dos acontecimentos ou situações.

Concluimos de uma forma geral que realmente não se ganhou a aposta da mudança pretendida inicialmente, mas acabou por ficar incutido no seio da equipa determinadas alterações à sua rotina, que permitiram uma melhoria futura contínua dos cuidados, sendo necessário que todos se sintam motivados e envolvidos.

Com este projecto aconteceram evoluções muito significativas no processo de cuidados e no modo de estar dos profissionais. Pensa-se e fala-se na alta precocemente e é registada mais informação relativa ao processo de alta para garantir a continuidade de cuidados e do investimento de cada grupo profissional.

A família é mais “chamada” a participar nos cuidados e “ensina-se” mais cedo, para obterem mais segurança e confiança na capacidade para lidar com as “novas dependências” do seu doente.

Há uma maior solicitação, melhoria do diálogo e maior esforço de articulação entre os vários grupos profissionais (os envolvidos no projecto e os nutricionistas e psicólogos), nomeadamente em situações com necessidade de apoio domiciliário. Rompeu-se com algumas formas de pensar e agir, dominantes no início do projecto, havendo agora argumentos e fundamentos para poderem negociar tempos para orientação do doente/família/elemento cuidador.

A postura da equipa é mais activa e dinâmica na procura de soluções para o doente e família, sendo a comunicação mais horizontal. Sendo que actualmente a equipa deste serviço conhece de outro modo a pessoa, que por estar doente vive este período da sua existência, precisando da sua ajuda e da sua competência.

Sugere-se o alargamento deste estudo aos doentes e elementos cuidadores, de uma forma mais activa.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
0 – INTRODUÇÃO.....	11
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1 – Mudança Organizacional.....	14
1.1.1 – <i>Ignição Para a Mudança</i> .....	17
1.1.2 – <i>Modelos de Mudança</i> .....	19
1.1.3 – <i>Oposição e Resistência à Mudança</i> .....	22
1.1.4 – <i>O Agente de Mudança</i> .....	28
1.2 – Mudança no Âmbito da Saúde.....	34
1.2.1 – <i>Mudança na Estrutura Hospitalar</i> .....	37
1.2.2 – <i>Caracterização do Sistema de Saúde Português</i> .....	39
1.2.3 – <i>Atributos dum Modelo de Regulação dos Hospitais SA</i> .....	44
1.3 – Planeamento de Altas.....	45
2 – PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO.....	49
3 - MÉTODO.....	52
3.1 – População e Amostra.....	52
3.1.1 - <i>População</i> .....	52
3.1.2 – <i>Amostra</i> .....	53
3.2 – Design.....	53
3.3 – Instrumento.....	54
3.4 – Procedimento.....	55
4 – RESULTADOS.....	56
4.1 – Indicadores de Gestão Hospitalar.....	56
4.2 – Impresso de Planeamento de Altas.....	57
4.3 – Entrevistas às Chefias de Cada Grupo Profissional.....	64
5 – DISCUSSÃO.....	73
7 - CONCLUSÃO.....	84

7 – REFERÊNCIAS.....	87
8 – ANEXOS.....	92
8.1 – Anexo A (Instrumento do Projecto de Planeamento de Altas).....	93
8.2 – Anexo B (Guião da Entrevista).....	96
8.3 – Anexo C (Transcrição das Entrevistas).....	98
8.4 – Anexo D (Tabelas da Análise de Conteúdo).....	122

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
TABELA 1: Dados estatísticos referentes ao SIR.....	56
TABELA 2: Dados estatísticos referentes ao DPOC, EP e IR.....	57
TABELA 3: Caracterização da amostra relativamente à idade (Média,...).....	58
TABELA 4: Caracterização da amostra relativamente ao sexo.....	58
TABELA 5: Caracterização da amostra relativamente ao diagnóstico.....	59
TABELA 6: Caracterização da amostra relativamente à demora média(Média). 60	60
TABELA 7: Caracterização da amostra relativamente à admissão.....	60
TABELA 8: Caracterização da amostra relativamente ao grau de parentesco do elemento cuidador.....	61
TABELA 9: Frequência das respostas médicas.....	61
TABELA 10: Problemas e intervenções de enfermagem na amostra.....	62
TABELA 11: Factores de risco identificados pela assistente social.....	64
TABELA 12: Questão 1- O que entende por Planeamento de Altas e quais os objectivos?.....	65
TABELA 13: Questão 2- Que pensa do projecto de Planeamento de Altas, proposto pela unidade de missão?.....	66
TABELA 14: Questão 3- Até que ponto o impresso adoptado por este Projecto, vai de encontro às necessidades do serviço?.....	67
TABELA 15: Questão 4- Considera o impresso, um instrumento adequado, claro, objectivo e de fácil preenchimento?.....	67
TABELA 16: Questão 5- Houve alguma reunião a explicar o porquê do impresso, como preencher e de acompanhamento do projecto?.....	68
TABELA 17: Questão 6- Sugestões de melhoramento do impresso?.....	69
TABELA 18: Questão 7- Quais as razões que pode apontar para a não adesão dos profissionais?.....	70
TABELA 19: Questão 8 - Comentários extra.....	71

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
FIGURA 1: Principais desafios encontrados.....	41
FIGURA 2: Objectivos de reforma em curso.....	42
GRÁFICO 3: Caracterização da amostra relativamente à idade.....	58

## ABREVIATURAS

- ARS: Administração Regional de Saúde  
AVC: Acidente Vascular Cerebral  
DL: Decreto Lei  
DM: Demora Média  
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio  
EP: Edema Pulmonar  
INE: Instituto Nacional de Estatística  
IR: Insuficiência Respiratória  
MSSS: Ministério da Solidariedade e Segurança Social  
OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OLD: Oxigénio de Longa Duração  
OPSS: Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
PMSS: Programa de Apoio Integrado a Idosos  
RH: Recursos Humanos  
SA: Sociedade Anónima  
SAOS: Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono  
SIR: Serviço de Insuficientes Respiratórios  
SNS: Sistema Nacional de Saúde  
UM: Unidade de Missão  
VNI: Ventilação Não Invasiva  
W: Trabalho

## 0 - INTRODUÇÃO

Tem-se assistido a mudanças frequentes na saúde nacional, em termos de políticas e estratégias de saúde, nomeadamente com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, 24 de Agosto) que refere que os cidadãos enquanto clientes devem ter um papel activo na promoção da sua própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres. Neste sentido, a estratégia nas mudanças estruturais propostas, admite também a adopção de estilos de vida mais saudáveis, a construção de um contexto que proporcione aumento do bem estar, são reconhecidos como deveres e direitos de todos os portugueses (Ministério da Saúde Português, 1997, p. 28). Nesta perspectiva, o cliente é visto como um parceiro activo nos cuidados.

Em traços gerais, as mudanças desencadeadas procuram, por um lado, introduzir mecanismos de mercado, quer ao nível organizacional, quer ao nível da prestação e da criação de sistemas de incentivos, desenvolvendo mecanismos de financiamento relacionados com a produção e desempenho, a contratualização de serviços, a autonomia organizacional dos prestadores, as competências de gestão e novas formas de regulação destes sistemas mais descentralizados (Saltman & Figueras, 1997). Tem sido crucial a separação institucional entre entidades financiadoras e prestadoras de cuidados de saúde. Por outro lado, na vertente da procura, desenvolveram-se mecanismos de partilha de custos (racionalizando o financiamento) ou mesmo de estabelecimento de prioridades (ou até racionamento) no acesso a cuidados primários, enquanto porta de entrada no sistema. Relevantes têm sido também, as mudanças que visam o “empowerment” do utente, por vezes ligadas até a mecanismos de financiamento que dependem da sua procura e do seu grau de satisfação.

À pessoa é cada vez mais reconhecido o direito à sua autonomia, o direito de se realizar e de ser livre. A noção de pessoa exprime o mais elevado conceito que o homem adquiriu de si próprio. A existência é um projecto pessoal de que cada um deve-se encarregar e tentar realizar, mesmo quando hospitalizado.

O tradicional modelo biomédico, ainda dominante, tende a retirar qualquer espécie de poder e autonomia à pessoa, quando se centra na doença ao invés de no doente, levando-a a assumir um papel passivo e fragmentado. Mas surge hoje, a denominada “teoria integradora ou dialéctica, em que propõe metodologias mais consentâneas com a complexidade humana, em que o profissional de saúde respeita e promove a autonomia e a individualidade da pessoa” (Reis, 1999, p. 12).

No âmbito hospitalar, os serviços são caracterizados por recursos humanos altamente especializados e os seus clientes têm habitualmente déficite de saúde (doentes), sendo muitas vezes portadores de doenças crónicas, de alguma forma limitativas, obrigando-os, com alguma frequência, a dirigirem-se ao Hospital, podendo levar a reinternamentos consecutivos.

Devido ao facto do sector da saúde viver um momento agitado pela mudança acelerada, com a privatização de 31 Unidades de Saúde, os índices de gestão hospitalar tomam um lugar de destaque, como é exemplo a demora média. O planeamento de altas nasce, assim, como uma iniciativa chave na redução dos internamentos por motivos de natureza social, sendo para isso necessário o empenhamento e envolvimento da equipa multidisciplinar, onde está incluído o doente/elemento cuidador, e também a comunidade que deverá ser preparada para receber estes doentes crónicos.

O facto da alta do doente não ser planeada atempadamente, torna-se muitas vezes um momento de ansiedade, tanto para o doente, como para a família/elemento cuidador, não o deixando de ser também para a equipa multidisciplinar. Com frequência apenas no momento de alta que é transmitida toda uma quantidade de informações e conselhos importantes para a vida futura dos mesmos.

Depreendemos daqui que, é necessário que “o doente/elemento cuidador sinta algum tipo de *empowerment*, entendido como todo o acréscimo de poder que induzido ou conquistado, permite aos indivíduos ou unidades familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania” (Fridman, 1996, p. 8).

Deste modo, o problema que se propõe estudar emergiu das preocupações e vivências da prática clínica à pessoa em situação de doença crónica, onde se verificou que o modelo de cuidados ainda dominante nos nossos serviços de saúde negligencia o envolvimento dos doentes. A diferença de valores/cultura entre o doente/elemento cuidador e os profissionais de saúde, pode também levar a dificuldades de

comunicação/colheita de dados e conseqüentemente ter implicações num planeamento de altas, que se pretende personalizado.

Para os profissionais de saúde, como nos refere Gomes (2002, p. 11), “o desafio que se coloca é o de aprofundar conhecimentos e de desenvolver estratégias, no sentido de cuidar da saúde das populações de forma flexível e adaptada às diferentes necessidades de cada indivíduo. É nesta perspectiva que devemos encarar os cuidados, de modo a permitir que estes tenham controlo sobre a sua pessoa e sobre a sua saúde. O que tem de passar, necessariamente, pelo respeito e pelo quadro de referência da pessoa”.

O presente trabalho ganhou forma devido à relevância do tema, bem como a sua aplicabilidade na área de saúde. O projecto de planeamento de altas que estava a ser implementado inicialmente apenas em quatro serviços desta organização, entre os quais o serviço deste estudo, implicando um acréscimo da carga de trabalho dos profissionais, no seu horário habitual.

Este trabalho pretende apoiar a formulação de políticas/estratégias de intervenção, nomeadamente no âmbito da mudança, que venham a constituir um instrumento para melhorar os índices de gestão hospitalar.

Central no trabalho desenvolvido foi o instrumento de trabalho, associado ao próprio projecto de planeamento de altas. Os impressos que reúnem informação de três grupos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais), informação esta que se pretende que seja partilhada. Após uma análise de conteúdo considerou-se necessário conduzir algumas entrevistas aos representantes dos grupos profissionais envolvidos, com vista a esclarecer algumas manifestações comportamentais.

O trabalho divide-se em duas partes fundamentais. A primeira traduz-se numa breve revisão bibliográfica sobre estas temáticas, seguindo-se a contextualização com a apresentação do problema de investigação do estudo e do método, bem como a discussão dos resultados obtidos. Por último, as conclusões obtidas, sustentadas pelos resultados.

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 – Mudança Organizacional

As organizações mudam continuamente, por mais estáveis e burocráticas que sejam. Elementos que entram e saem, há a introdução de novas tecnologias, a entrada em novos mercados, surgimento de novos concorrentes, novas exigências por parte dos clientes e alterações dos quadros legal/político/social/ambiental, são alguns dos muitos factores que provocam a mudança. Quer sejam pequenas ou grandes, incrementais ou revolucionárias, desejadas ou impostas, as mudanças nas organizações são naturais e comuns.

As condições actuais aceleram a mudança, ao mesmo tempo que a tornam mais imprevisível e incontrolável. Com um enquadramento de alterações tecnológicas aceleradas, economias em transformação imprevisível, mudanças demográficas, reformas políticas que põem em causa princípios antes assumidos como dogmas, preferências e prioridades flutuantes dos clientes, peso crescente de factores ambientais e concorrência dinâmica, fazer estratégia significa necessariamente, fazer as organizações mudarem. “Num ambiente tão turbulento, pode ser que a missão de uma organização não tenha que se alterar durante um longo período de tempo, mas os seus objectivos e comportamento decerto necessitarão de ser alterados. A questão será tão só saber quando, como e em que direcção devem mudar” (Wit & Meyer, 1998, p. 237).

Duck (1998, p. 73) compara a organização, com rede de interconexões, ou seja, uma mudança numa determinada área leva a que outra fique desequilibrada, “gerir estes efeitos de ricochete é o que torna a gestão da mudança um propósito dinâmico, com desafios inesperados”. Drucker (1996) constata que “numerosos futurológicos” têm uma taxa de sucesso elevada, pois conseguem prever certos acontecimentos. No

entanto, as mudanças fundamentais, cujas consequências são também importantes, aparecem sem que tenham sido previstas.

A mudança acompanha-se de um conjunto de contradições, oposições e situações paradoxais (hoje e amanhã, reflexão e acção, prioridade ao social e ao lucro, urgente e importante, motivação e autoridade... e entre a própria mudança e a continuidade), que geram um clima de instabilidade se não for convenientemente gerida.

A organização contém em si próprias tensões e conflitos reais e potenciais. Drucker (1996) enumera algumas tensões, entre as quais:

- A necessidade de estabilidade da colectividade e a necessidade, própria da organização, de criar instabilidade;
- As relações entre o indivíduo e a organização para a qual trabalha, assim como a sua dependência mútua;
- A necessidade de autonomia da organização e o seu papel na sociedade;
- A procura crescente de organizações socialmente responsáveis e
- A tensão entre os detentores de um saber especializado e a necessidade, para a organização, de os fazer trabalhar em equipas.

Constata-se que o conflito de interesses intrínseco à própria organização, como sistema, procura manter um certo equilíbrio, enquanto como entidade económica deve procurar otimizar os seus resultados. Para Moura (2003, p. 9) “este conflito de interesses enquadra qualquer tipo de mudança da e na organização, principalmente num contexto de mudança acentuada pelas variáveis exógenas, causando uma sensação de aceleração e perda de controlo por parte da organização e dos seus responsáveis”.

O contexto é também um factor fundamental. As principais mudanças externas actuais com que as organizações se confrontam, são listadas por Kotter (1996):

- Mudança tecnológica;
- Integração económica internacional;
- Maturação de mercados nos países desenvolvidos;
- Queda dos regimes socialistas e comunistas.

Todos estes factores confluem na globalização dos mercados, criando mais variáveis exógenas à organização, mas também mais oportunidades.

Uma das missões dos gestores é lidar com a mudança, já que se torna imperativo que cada organização integre a gestão da mudança na sua própria estrutura. Drucker (1996, p. 81 e 82) defende que cada organização deve aprender a colocar a questão

seguinte: “Se o não fizéssemos já, sabendo o que sabemos hoje, fá-lo-íamos?” Sendo necessário agir quando a resposta é negativa, “não se contentando em encomendar mais um estudo”. Por isso advoga que organizar-se para a mudança pressupõe um alto grau de descentralização, assumindo-se que a estrutura da organização deve permitir uma tomada de decisão rápida, que leve a responder eficazmente às mudanças de contexto.

Brénot & Tuvée (1996, p. 125) referem-nos que se a mudança é, ao mesmo tempo, decisão, opinião, ou ainda questão de saber, é também e sobretudo um acto, implicando previamente, “um acto de fé, uma confiança profunda, condição “sine qua non” à implementação da mudança”. Pelo menos para aqueles que têm um papel activo no processo, já que só em casos muito excepcionais estarão nele envolvidos activamente todos os elementos da organização.

A mudança surge com frequência, como a necessidade de procurar outras alternativas, outras formas de fazer. Para os mesmos autores (1996, p. 110) “uma mudança nos processos, nos métodos ou na organização do trabalho, resulta de uma modificação prévia do modo de pensar, evolução essa que repousa sobre a verdadeira alavanca da mudança - mudança de visão”.

Poderemos então enquadrarmo-nos na perspectiva de Kanter (1984, p. 279) para definir mudança organizacional como “a criação e construção de novos padrões, ou a reconstituição de padrões existentes, com o objectivo de melhorar as capacidades e possibilidades da organização, ao responder mais adequadamente aos requisitos do mercado”.

A mudança pode enquadrar-se dentro de diversos tipos, tendo em conta o prazo, a profundidade e o ritmo. Alguns destes justapõem-se e complementam-se.

Brénot & Tuvée (1996) propõem a seguinte nomenclatura:

- Modificações: Mudanças que não alteram a natureza das organizações;
- Transformações: Que por seu lado trarão uma nova forma e aspecto diferente;
- Adaptações: Que são ajustamentos entre as condições internas e externas;
- Mutações: Que assumem, por sua vez, um carácter permanente e fundamental;
- Inovações: Reforçam a ideia de mudança ao introduzir-se um elemento novo, ainda não implementado em outra organização (como sejam ao nível da reorganização, da redução de custos, de aumentos de produtividade, de melhoria de qualidade do produto e/ou do serviço, dos sistemas de comunicação ou do controlo);

- Evoluções: Mudanças graduais e sempre no mesmo sentido, por etapas sucessivas e por vezes quase despercebidas;
- Revoluções: Mudanças bruscas e radicais;
- Progressões e Regressões: Mudanças de estado, no domínio da cultura ou da estrutura do sistema organizacional;
- Ajustamentos: São acções pontuais;
- Reformas: São acções abrangendo simultaneamente as dimensões económicas, técnicas, administrativas e sociais para alterar a dinâmica global do sistema, mas conservando as formas da infra-estrutura;
- Renovações: levam a mudanças estruturais significativas, ao nível do sistema e dos seus sub-sistemas e
- Refundações: Serão situações extremas em que se “volta à estaca zero”.

Este exercício de definição e de classificação das diversas formas de mudança não pode ser considerado um exercício fútil, porque a política a conduzir e a sua estratégia de aplicação serão ajustadas caso a caso, respeitando os princípios de acção que desenvolvemos.

### *1.1.1 – Ignição Para A Mudança*

A “ignição” para a mudança surge quando é percebido, com base em informação recolhida, um desvio entre o estado actual da organização e o estado desejável, sendo para Brénot & Tuvée (1996) a necessidade satisfeita pela anulação desta diferença e pela da tensão que ela provoca. Algumas organizações estão melhor preparadas que outras, para detectar este desvio, actuando de acordo com essa percepção. Torna-se assim necessário saber com que tipos de reacção se pode deparar quem, numa organização, tenta evidenciar a existência de uma necessidade, tal como a definimos, para que a mudança seja percebida como forma de suprir essa necessidade.

Neste contexto Brénot & Tuvée (1996, pp. 93 e 94) adoptam os seguintes níveis de reacção:

- Negativa: As resistências são muito fortes, sendo a mudança percebida como prejudicial aos equilíbrios, posições e desempenhos actuais. A pressão será para manter o “status quo”, pelo que exigirá normalmente muita persistência e capacidade de

argumentação. O diagnóstico a apresentar deve permitir esclarecer os gestores, ao identificar os possíveis bloqueios à mudança, de forma a poder ser alternada a sua posição;

- Inexistente: Não existe a percepção da necessidade de mudar, parecendo que tudo está a funcionar perfeitamente. Há algumas mudanças que são implementadas por “visionários” e que são implementadas por um gestor que aceita o desafio que é lançado. Exige-se neste nível uma forte capacidade de persuasão para a acção;

- Não expressa: Quando a organização vive um problema interno de fundo ou se ressentida de um contexto difícil, as tensões e problemas subjacentes levam à necessidade de mudar sem se saber o quê ou como. As reformas e reenquadramentos são alguns dos tipos de mudança que resultam desta situação. Uma forte capacidade de argumentação será fundamental;

- Transbordante: Quando há determinados sectores da empresa que se apresentam como “voluntários” para a mudança, desejando evoluir mais rapidamente que a globalidade organizacional. Deverá ser convenientemente acompanhada, evitando-se frustrações. A capacidade de argumentação poderá ajudar a atingir a coesão necessária e a nivelar as energias acumuladas, para a mudança organizacional;

- Desigual: Quando não há sincronismo e harmonia nos diversos sectores e na evolução das fases de mudança, com os riscos consequentes para a harmonia global. A principal dificuldade específica se ligará ao esforço de persuasão diferenciada;

- Reduzida: Quando se regista uma quebra após os períodos de euforia ou de atenção e tomada de consciência. Torna-se necessário relançar o interesse em iniciativas que ficaram esmagadas pelo peso do quotidiano e por um acompanhamento insuficiente;

- Sustentada: Resulta de um bom acompanhamento técnico, da aplicação de metodologias adequadas e de uma comunicação forte. Mais que um nível constatado, é desejável, mas para que tal aconteça é preciso que os recursos humanos na sua totalidade, sejam destinatários de uma argumentação para a mudança, de tal forma que implementem as medidas necessárias para pôr em prática a ideia de mudança. É aquele em que a argumentação é mais eficaz. Brénot & Tuvée (1996) propõem inclusivamente a elaboração de um “plano de marketing interno” para promoção da mudança.

A necessidade de mudança surge de um processo de diagnóstico, onde a recolha de dados tem sido amplamente estudada (do rigor, objectividade, profundidade e oportunidade), devido à implicação que tem sobre a credibilidade do mesmo.

A mudança exige a presença de determinadas competências por parte da organização, entre as quais, para Moura (2003) a organização deve ser plástica (com flexibilidade, disponibilidade e curiosidade por parte dos indivíduos e da organização) e deve ser radar (com capacidade de recolher, actualizar, verificar e transmitir informações relevantes). Brénot & Tuvée (1996, p. 47) por sua vez defendem que a mudança “deve representar um valor acrescentado que determinará a adesão dos actores, a sua identificação com o projecto, concretizada pela aceitação de serem reconhecidos como portadores do projecto”. Toda a mudança é de alguma forma, “um salto no desconhecido”, originando o medo de não ter sucesso e o medo de obter um resultado diferente do esperado, que não traga ganhos reais quer para o indivíduo, para a organização, ou até mesmo, que resulte em percas. Muitos especialistas da mudança advogam que somente uma crise pode ultrapassar os obstáculos naturais à mudança, sendo que alguns recomendam simular uma crise, para favorecer e acelerar a tomada de consciência e vencer a inércia conservadora.

### *1.1.2 - Modelos De Mudança*

Vários são os autores que abordaram esta temática, pelas mais vastas abordagens, entre as quais usando o modelo das fases, onde alguns a assumem como sendo planeada, enquanto outros a estudam como não planeada (ciclos de mudança natural). Neste trabalho iremos focar a nossa atenção sobre os primeiros.

Dawson (1994) propõem um modelo constituído por seis fases:

- Factores de precipitação (mudanças ou incertezas acerca das pessoas, estratégia, estrutura, tecnologia, ambiente ou indicadores de “performance”);
- Membros sentem necessidade de mudança (percepção de constrangimentos ou oportunidades);
- Decisões/planos para institucionalizar a mudança;
- Implementação;
- Resultados (previstos e imprevistos) e

- Avaliação e controlo.

Trata-se de um modelo bastante simplificador e omissivo em questões fulcrais, como o poder e a influência, cultura, rotinização e difusão da mudança, mas é suficientemente claro ao identificar a fase de percepção da necessidade de mudança, em que os membros da organização com capacidade de influência, a percebem ou sentem. Pode acontecer existirem dados que demonstrem um défice de performance, mas se não houver este sentimento de necessidade de mudança, nada acontecerá, pelo menos de forma deliberada.

Kotter (1996, 1998) propõe um modelo cíclico, com oito passos:

- Estabelecer um sentido de urgência;
- Formar uma coligação condutora e com poder;
- Criar visão;
- Comunicar a visão;
- Dar poder aos outros para actuar com base na visão;
- Criar e planear vitórias de curto-prazo;
- Consolidar melhorias e fazer ainda mais mudança e
- Institucionalizar novas abordagens.

Constata-se que este modelo esquece uma fase primordial, a ignição da mudança, isto é, a fase em que os decisores são persuadidos para a necessidade de mudança na organização, limitando-se a apresentar as fases de implementação.

Um outro modelo é proposto por Brénot & Tuvée (1996, p. 37), que ressaltam que um mesmo processo de mudança leva a resultados com temporalidades diferentes, originando ritmos desfasados e conseqüentemente a situações que resultam em insatisfação. Torna-se importante pôr em prática processos de comunicação eficazes, para medir o ritmo dos progressos e os riscos de incoerência. O processo deverá passar por três fases naturais:

- Adesão (Reconhecimento do interesse na mudança);
- Implementação (Identificação de cada papel, motivação e fase experimental) e
- Apropriação.

Neste modelo, a fase da adesão, aparece destacada.

Sobre a divisão da mudança, Bergson (1994) tem uma posição bastante crítica, defendendo que a mobilidade é a própria realidade, ligando a essência profunda da realidade ao espírito criador, considerando que, estando a realidade em perpétua e

sucessiva mudança, será artificial e limitador pulverizar o tempo. Partir da imobilidade e, “por engenhoso arranjo de imobilidades, recompôr uma imitação do movimento que substitui ao próprio movimento” é uma “operação praticamente cômoda mas teoricamente absurda” (Bergson, 1994, p. 63). Esta posição crítica é, também ela, passível de algum reparo. De facto, mesmo assumindo que a mobilidade é contínua, poderá ser falso assumir que entre os diversos momentos nada os possa distinguir. Existe um momento em que o decisor se auto-persuade ou é persuadido para a mudança.

Kanter (1984) distingue dois tipos de abordagens da mudança nas organizações, com correspondentes modelos distintos:

- Abordagem integrativa: Visão dos problemas como um todo, de uma forma integrada e interligada. Busca-se a troca de informações através de uma comunicação fluida entre as diversas áreas da empresa. Procura-se a troca de experiências e o cruzamento de múltiplas perspectivas como forma de assegurar o aproveitamento das ideias para introdução de melhorias na organização, mantendo a sua unidade e coesão. Encoraja-se a antecipação e a resposta às pressões externas, prevalecendo a flexibilidade e

- Segmentarismo: Compartimentalização das diversas áreas da organização, das acções, eventos e problemas, num sistema de “dividir para reinar”, prevalecendo a autoridade e o domínio.

Não é necessariamente que o primeiro modelo seja mais receptivo e eficaz na adopção de processos de mudança. Se existem organizações que adoptam o primeiro modelo, também muitos estudos de gestão abordam a mudança de forma segmentada, dificultando a percepção global do fenómeno da mudança.

Ford & Ford (1995) propõem um modelo de mudança convencional, baseando-se em fases, cabendo ao agente de mudança, assegurar a passagem de cada conversação para a outra:

- Iniciativa;
- Percepção da necessidade de mudança;
- Acção e
- Conclusão.

Se este modelo tem mérito de dar relevância às relações interpessoais, torna-se “refém” dessas relações, ao considerar Ford (1999, p. 496) que as conversações são “o fim, o meio e o produto da mudança organizacional”. Ora, ser difícil ter acesso à

realidade não quererá significar que a mudança se limita à esfera das relações interpessoais.

Moura (2003) propõe um modelo argumentativo de mudança organizacional, que dá especial ênfase à importância da argumentação em todo o processo:

- Percepção: Pelo agente da mudança, da necessidade de mudança;
- Persuasão: Do(s) decisor(es) pelo agente de mudança (um processo argumentativo em que, no caso de haver resistências, pode dar lugar à existência de argumentos falaciosos, visando criar obstáculos e, frequentemente, um bloqueio à mudança;
- Tomada de decisão: No sentido favorável ou não;
- Persuasão dos implementadores (seguidores): Também aqui se verifica um processo argumentativo, igualmente sujeito a resistências. Não sendo tão provável o bloqueio à mudança, há pelo menos uma forte probabilidade de os objectivos assumidos serem minorados, enfiados ou mesmo boicotados;
- Implementação;
- Seguimento (Acompanhamento, controlo e eventual tomada de medidas correctivas): Igualmente nesta fase se torna necessário estar alerta para a utilização de argumentos falaciosos por elementos da organização que se opõem ao processo de mudança em curso e
- Avaliação de resultados (e reportá-los superiormente): Mais uma vez, também nesta fase existe a possibilidade de se constatarem argumentos falaciosos, na tentativa de persuadir os administradores, accionistas, credores, entre outros, para os efeitos obtidos pelo processo de mudança.

### ***1.1.3 - Oposição e Resistência à Mudança***

Em qualquer processo de mudança existem campos de forças, de impulsão e de restrição, em que a mudança dependerá da relação existente entre estas.

No início de qualquer processo de mudança é essencial a identificação de alguns factores facilitadores, bem como de constrangimento para o desenvolvimento do trabalho/projecto.

Podemos considerar que os factores facilitadores dos projectos funcionam, de certa forma como forças impulsionadoras, sendo estas definidas por Lewin (sd, citado por Silva, 1991, p. 228) como “um grupo de forças que dirige a situação, impulsionando-a para a mudança – forças de impulsão”. Nesta perspectiva, os factores facilitadores são as forças de impulsão, nomeadamente a motivação de alguns elementos da equipa, o apoio das hierarquias, entre outros. O mesmo autor define as forças de restrição como o “grupo de forças que “tende a limitar o movimento para que a mudança não ocorra (...) as forças de restrição estão relacionadas com a resistência à mudança”. Alguns exemplos sugeridos por Carmo & Ventura (2003, p. 25) são o medo do desconhecido, sentimentos de insegurança, energia e esforço necessários para a mudança, existência de alguns elementos com características de resistência à mudança, características físicas dos próprios serviços e dificuldades inerentes à mudança de atitudes.

Brénot & Tuvée (1996) defendem que a criação implica sempre alguma destruição, ou pelo menos corre o risco de o parecer numa primeira fase e a “dor” psicológica criada pela mudança ainda é mais agravada nos casos em que a situação actual, não satisfatória, é resultado, pelo menos em parte, das mesmas pessoas que devem tornar-se actores de mudança. As expectativas dos diversos elementos da organização face à mudança serão fundamentais para determinar a sua adesão ou resistência já que, “o poder da mudança alimenta-se da mudança dos poderes” (Brénot & Tuvée, 1996, p. 24). Os jogos de poder constituem um dos temas chave dos processos de mudança, juntamente com outros identificados estes autores, como sendo os conhecimentos, aptidões, atitudes, valores, pressões (de natureza doméstica, social ou institucional), medos e conflitos (os já referidos jogos de poder, insegurança, desconfiança, inveja, interesses pessoais e profissionais), interpretações, comunicação, implicação e motivação, identificação com os objectivos, medição do progresso, implicação no processo e reconhecimento do mérito.

Sempre que há um processo de mudança, as pessoas reagem a este de forma diferente, dependendo esta reacção de diversos factores. As pessoas podem ser classificadas consoante a sua reacção à mudança, contudo, estas não fazem exclusivamente parte de uma categoria ou de outra, dependendo do processo de mudança. No entanto, existem pessoas com maior tendência para se incluírem numa determinada categoria.

Assim Oldcorn (1995, pp. 201 e 202) classifica as pessoas em relação à forma como reagem com a mudança, como impulsionadoras, que são pessoas que fazem com que a mudança aconteça, que são normalmente indivíduos com ideias brilhantes, criativos, descontentes com o status quo e insatisfeito com a perspectiva futura da organização. Diz ainda que as pessoas não fazem sempre parte da mesma categoria, depende do processo de mudança em curso. “No funcionalismo público diz-se muitas vezes que não há lugar para o inovador e que as burocracias se desenvolvem apenas em tamanho e como um meio de proteger o estado de coisas existente”.

Existem aquelas pessoas que aceitam a mudança, sendo caracterizadas, como as verdadeiras agentes de mudança, que têm ideias criativas, encorajam-nas e desenvolvem-nas, assegurando-se da sua implementação. O seu entusiasmo pode levar à conquista dos elementos menos activos do grupo. Dentro desta categoria existem ainda as pessoas que aceitam simplesmente a mudança e utilizam-na em seu benefício.

Os indiferentes à mudança, simplesmente aprendem a lidar com esta quando ela acontece. São pessoas apáticas que supõem que a mudança nada trará de diferente.

Outra categoria de pessoas são os resistentes à mudança, que podem sê-lo de forma activa ou passiva. Os indivíduos passivamente resistentes são aqueles que nunca aprenderão as inovações e que tudo farão para evitar a mudança. Num processo de mudança estão sempre inerentes factores de resistência à mesma. Devemos ter em consideração que existem atitudes diferentes em relação à mudança e que está relacionado com a personalidade dos indivíduos, assim como com os seus valores, convicções culturais e sensações de insegurança.

Quanto à resistência à mudança, o mesmo autor refere que “as pessoas não resistem à própria mudança. Aquilo a que estão a resistir são às implicações por de trás da mudança (quer reais, quer imaginárias) de que de certo modo vão ser prejudicadas”.

Considera-se então, que existem diversos factores que podem conduzir a uma resistência à mudança. Segundo o mesmo autor estes podem ser no âmbito económico (se implicam mais trabalho com o mesmo ou menor salário), inconveniência (se as pessoas tiverem a percepção de que a mudança lhes vai tornar a vida mais difícil), liberdade (se o indivíduo sentir que a sua liberdade vai diminuir) e segurança (se a mudança for vista como uma ameaça à segurança pessoal ou grupal).

Para Kotter (1986, p. 9) “as pessoas não estarão dispostas a fazer sacrifícios, mesmo não estando satisfeitas com o status quo, se não acreditarem em benefícios

potenciais decorrentes da transformação que se propõem”. E daqui decorre, entre outros factores, a necessidade de uma boa comunicação e de uma boa argumentação. Sempre tendo em conta que as palavras e os actos terão que ser necessariamente coerentes e consistentes.

Para Rumelt (1998) há pressupostos erróneos emprestados da economia, como a plasticidade, a racionalidade da acção colectiva e a homogeneidade de crenças. O mais importante destes poderá ser a plasticidade (assumir que as empresas respondem prontamente a choques exógenos e mudanças nas condições competitivas). Mudar a estratégia, as formas estruturais e procedimentos administrativos é difícil, com custos, arriscado e consumidor de tempo, sendo que na verdade as empresas mudam apenas com dificuldade. Nesta sequência Kotter (1986, p. 5) refere-nos que “muitos gestores não têm êxito nas mudanças organizacionais, já que tendem a (sobre/sub)estimar o difícil que é convencer as pessoas a sair das suas zonas de conforto”.

Rumelt (1998) organiza as principais fontes de inércia da seguinte forma:

**Percepção distorcida:** Pode ter origem em miopia (visão apenas de curto prazo, não vendo o futuro com clareza, levando à subestimação dos alertas para ameaças de oportunidades), em aprendizagem supersticiosa (associar sucessos passados a factores de mera coincidência, sem relação causal directa), recusa (rejeição e filtragem de informação que seja contrária ao que é desejado ao que se acredita ser verdade) e rotina (pensamento restrito e imposto pelo grupo, punindo ou rejeitando ideias e informação demasiado afastados da ortodoxia) e

**Motivação apagada:** Mesmo quando a percepção é ajustada, as organizações podem resistir à mudança por esta não ser suficientemente sentida como necessária (por vezes por motivos racionais). Entre outros factores, encontram-se os custos directos da mudança (inclusivamente ao aumentar o risco de falhas), custos e subsídios cruzados (quando um negócio problemático é subsidiado por outro).

Será importante reconhecer a existência de resistências de várias ordens, para que quando for necessário persuadir para a mudança, de forma a antever o possível boicote à mudança, tanto na fase de concepção como já posteriormente, na fase de implementação, seja de forma activa (conflituosa) ou passiva (pela indiferença e não adesão).

Argyris (1991) também analisa o conceito apontando factores de aumento da resistência à mudança, como a cultura, estrutura mental, rotinas defensivas, entre outras,

quer sejam de carácter consciente ou inconsciente, podendo constituir um travão ou uma alavanca determinante, já que a resistência não significa rejeição absoluta. Paradoxalmente, a vontade de acreditar, compreender e aceitar passa por uma fase necessariamente crítica antes de ser reconhecida. É que não se pode pretender que os indivíduos neguem levianamente modelos nos quais acreditam, ou mesmo para cuja implementação deram anteriormente o seu contributo e saíram frustrados.

Cormier (1995, p. 213) refere-nos que “é necessário as pessoas renunciarem aos benefícios adquiridos e trocarem o conforto da rotina, pelo estímulo da novidade”.

As resistências à mudança passam também pela existência dos mapas conceptuais, conceito analisado por McCaskey (1998) e que traduz a limitação do conceito de cada um de nós, com base nas nossas próprias experiências e necessidades, ou seja, as representações mentais de cada indivíduo perante a realidade. “A mudança é muitas vezes impedida pela tenacidade dos sistemas de crenças na organização (os mapas cognitivos partilhados pelos membros de uma organização não se adaptam facilmente)” (Wit & Meyer, 1998, p. 239).

Smircich & Stubbart (1998) propõem uma terceira via, relativamente ao debate sobre os contextos serem fenómenos objectivos ou perceptuais, sendo representações, através da construção social e processos de interacção de actores organizados. Os gestores só podem gerir as suas organizações com base na sua interpretação (uma das múltiplas possíveis) da realidade. É assim que, concluem que os gestores devem olhar em primeiro lugar para si próprios, suas acções e representações, e não para o contexto ambiental, em busca de explicações para as diversas situações. É de facto, como constata estes autores, investigações recentes revelam que em muitos casos são os padrões de pensamento dos gestores de topo, e não os ambientes externos, que causam crises, ou seja, com frequência são os próprios gestores de topo os principais obstáculos à mudança. Este tema é também polémico e existem diferentes leituras a este respeito, nomeadamente Strebél (1998, p. 139) refere que há uma forma diferente como os executivos e os empregados vêem a mudança, “para os gestores de topo, mudança significa oportunidade, tanto para o negócio, como para eles próprios, mas para muitos empregados, a mudança é vista como uma ruptura e intrusão”.

Wit & Meyer (1998) alertam sobre os perigos da imposição da mudança pelos gestores de topo, quando referem que os estrategas devem convencer-se de que a evolução pode ser conduzida, mas não imposta pelo topo. Deve-se ter em conta que, se

o processo de mudança pode ser problemático para aquele que a propõe e protagoniza, também o pode ser para quem se opõe a um processo que se torne bem sucedido, além de que pode haver uma necessidade recíproca de apoio posterior.

Muitas vezes é a própria mudança que gera resistência, como é o caso de experiências passadas, por vezes com maus resultados, um estilo de gestão desajustado ou a presença de “autores do projecto pouco credíveis” perante os seus pares, originam frequentemente papéis de oposição activa e passiva, de cumplicidade e de indiferença.

Apoiando-nos na tipologia de Brénot & Tuvée (1996):

**Neutralização:** Consiste em esvaziar de sentido a mudança. Tentará provar que o anterior sistema era válido e que o novo coloca muitos problemas. Para se protegerem, os indivíduos desculpam-se com as pressões do quotidiano (“não tenho tempo” ou “tenho muito trabalho”, são exemplos de expressões que se banalizam nas organizações e que ilustram esta atitude);

**Desvio:** A mudança só é efectuada num aspecto parcial de que se retira alguma vantagem, abandonando as outras dimensões do projectos e

**Recusa:** Embora as motivações possam ser diferenciadas, é importante saber a fundamentação, já que esta posição pode ser recuperável para o projecto.

Para identificar o carácter consciente ou inconsciente dos bloqueios, estes autores (1996, p. 23) propõem “apresentar os fenómenos naturais de inércia ou de conservadorismo em geral perante uma audiência, de forma a trazer os obstáculos ao nível da consciência”, desta forma a manutenção de atitudes negativas, ou desfavoráveis ao movimento desejado, só poderá ser atribuída à vontade. A tomada de consciência destes receios deve levar ao desenvolvimento de estratégias de acompanhamento bem servidas pela informação, formação e comunicação.

É necessário salvaguardar que a resistência à mudança pode, em alguns casos, ser justificada e tornar-se um “feedback” legítimo para os decisores (Ballé, 1998), por isso as tomadas de decisões e as acções implementadas devem estar constantemente a ser alvo de monitorização, com vista a detectarem-se eventuais reacções não desejadas e que levem à implementação de medidas correctivas. Aliás, é frequente, depois de algo correr mal, o decisor sentir que “devia ter pensado nisto”.

Torna-se necessário salvaguardar que a resistência à mudança pode ser encarada como positiva, quando um processo de mudança planeado ou em curso é apercebido como podendo pôr em causa a organização. A resistência pode ser vista mesmo como

potencialmente útil, já que será um factor de estabilidade, que alertará para as incertezas derivadas desses processos e provocará, desejavelmente, uma melhor preparação, por parte do agente de mudança, perante os riscos potenciais (Wadell & Sohal, 1998). A persuasão, por oposição à imposição, deve conviver e saber lidar com estas resistências, através da utilização de uma argumentação racional e evitando que argumentos falsos ponham em causa a mudança.

Antes de iniciar qualquer processo de mudança, deve-se avaliar o grau de resistência que poderemos ter no grupo, com a análise das diversas personalidades e comportamentos, tentando elaborar estratégias para reduzir esta mesma resistência.

Para Oldconr (1995) a resistência à mudança pode diminuir se a mudança tiver o apoio total da gestão de topo, se as ideias vierem da equipa, baseadas numa decisão e diagnóstico do grupo, se a mudança reduzir a carga de trabalho, não ameaçar os níveis de vida ou os rendimentos, se as mudanças forem interessantes e excitantes, se estiverem em harmonia com os valores dos participantes e se houver incentivos económicos (se a mudança se focalizar no campo económico).

#### ***1.1.4 - O Agente de Mudança***

Uma grande mudança é sempre iniciada por um indivíduo, cuja posição de estratega lhe permite exprimir as suas capacidades de visionário, mas são os seus gostos e convicções que dão início à mudança. Esse agente de mudança será alguém empreendedor, que testa limites e cria novas possibilidades à organização, ao provocar e possivelmente conduzir, o processo de mudança. O agente de mudança pode ser alguém externo à organização, da área-alvo da mudança (que tenha características de criatividade e de persuasão).

“Para ter sucesso, um processo de mudança deverá ser sentido como uma necessidade, definido como um problema a resolver e assumido como um projecto, individual ou colectivo. O investigador da mudança, que já tenha interiorizado estes aspectos, deverá saber transmitir estas dimensões aos diferentes operadores, de forma a torná-los protagonistas da mudança” (Brénot & Truvée, 1996, pp. 9 e 10).

O agente de mudança deverá ter, segundo Kanter (1984), as seguintes características:

- Competências de poder (capacidade de persuadir os outros a investir informações, apoio e recursos em novas iniciativas;
- Capacidade de gerir os problemas associados à utilização de equipas de trabalho e às participações individuais e
- Compreensão dos mecanismos de mudança (micro e macro) na organização.

Interessará distinguir o conceito de gestor, que se ocupa com o planeamento, orçamento, organização, gestão dos recursos, controlo e resolução de problemas, do conceito de líder, que cria e adapta organizações às circunstâncias de mudança externa significativa, através de uma visão sobre o futuro e pelo alinhamento das pessoas a essa visão, inspirando-as, tendo em conta os obstáculos com que qualquer organização se depara (Kotter, 1996). Uma organização necessita de ambos os perfis, de um(s) gestor(es) para implementar e controlar o processo de mudança e do(s) líder(es) para estabelecer a visão e obter a adesão dos elementos da organização, conseguindo que se interiorize na sua própria cultura.

Stacey, Fonseca & Pina e Cunha (1996, p. 77) referem que “o papel dos gestores é o de tomarem as supresas em mãos, lidarem com as inconsistências resultantes da imprevisibilidade, com os paradoxos e com as visões conflitantes, tudo isto em tempo real... a sua função consiste em serem criativos e em criarem novos conhecimentos... Os gestores precisam de estar em contextos dinâmicos da realidade, e não de agir como robôs que executam análises algorítmicas passo-a-passo”.

Não é necessário que o agente de mudança seja um visionário, muitos são-no por saberem utilizar informações obtidas de superiores, colegas, subordinados, clientes, fornecedores, etc. e por terem a capacidade de detectar necessidades, de encontrar os meios para as suprir e de “plantar as sementes” da mudança. Ter competências para criar na organização um “sentido de urgência” que permita quebrar a inércia e que a transformação possa ter sucesso.

Kotter (1996) sugere algumas formas de criar esse sentido de urgência de mudança numa “organização adormecida”, assim sugere:

- Que se permita que os erros resultem em maus resultados, em vez de serem corrigidos de forma voluntariosa;
- Que se crie nas pessoas, através da distribuição de informação, uma noção sobre o estado das coisas, a um nível mais abrangente que o da sua área específica e

- Que sejam criados mecanismos de escuta do mercado e do estado de satisfação dos clientes.

Se o alvo de renovação é a empresa no seu todo, o responsável máximo deve ser a chave. Se a mudança é necessária numa divisão, o principal responsável dessa divisão é a chave. Quando estes indivíduos não são líderes, ou campeões da mudança, a transmissão necessária de um sentido de urgência, pode ser um desafio tremendo (Kotter, 1998).

Mas não é necessariamente verdade que os líderes da organização sejam sempre os agentes de mudança. Todos os indivíduos dentro de uma organização podem ser catalisadores potenciais de mudança, desde que tenham capacidade para captar e transmitir sinais de tendências emergentes e/ou para propôr medidas de melhoria de processos. Para isso, é fundamental uma boa compreensão dos sistemas de funcionamento da empresa, da sua forma de trabalhar, de informar, de decidir, de animar, de formar e de avaliar um conjunto complexo de elementos muitas vezes dificilmente compatíveis. Os gestores da mudança precisam ser curiosos e rigorosos no que respeita aos fenómenos que se registam na sua organização, da mesma forma que o devem continuar a ser nas suas análises técnicas (Martin, 1998). Salienta-se que nem sempre são os quadros de topo que conseguem quebrar as forças de inércia. Ocasionalmente alguém corajoso e competente fora do nível de orientação, torna-se fundamental na criação de condições que podem apoiar a transformação, assumindo o papel de agente de mudança (Kotter, 1996).

É fundamental para o sucesso que o agente de mudança obtenha dos dirigentes um apoio visível em todo o processo, com determinação e sem falhas. Sem a adesão dos dirigentes a extensão e a difusão da mudança serão limitadas, ou até mesmo bloqueadas. Kotter (1996, p. 6) refere que “tão ou mais importante do que obter a adesão dos dirigentes, é a formação duma coligação poderosa, em termos de títulos formais, informação e conhecimentos, reputação, relações e capacidade de liderança”.

A mudança dificilmente terá sucesso sendo imposta, pois como nos refere Kanter (1984, p. 232) “para praticamente todas as inovações que vi, o gestor não podia simplesmente ordenar aos seus subordinados para se envolverem: fazer algo acima e além disso requer criatividade e cooperação. Significa que os subordinados devem estar totalmente comprometidos, ou não funcionará”.

O agente de mudança também dificilmente poderá ter sucesso sem envolver um conjunto maior ou menor de pessoas, real ou implícito, que permitirá maximizar os resultados. Para o conseguir, Kanter (1984) propõe uma metodologia colaborativa/participativa:

- Persuadir mais que ordenar: Embora em determinadas circunstâncias seja necessária uma intervenção pressionante de um nível hierárquico superior, como ultimo recurso;

- Criação de equipas;
- Procura de *inputs* de outros;
- Mostrar sensibilidade política para os interesses dos outros e
- Vontade de partilhar recompensas e reconhecimento.

É necessário saber quem e como persuadir, e saber que quando a persuasão não é a forma mais adequada de dar seguimento a um processo de mudança. Nestes casos, uma argumentação de autoridade será provavelmente o melhor método, mas a argumentação persuasiva será a melhor forma de assegurar o estabelecimento e a manutenção de uma relação de confiança entre os diversos elementos da empresa. O que se passa com frequência é que o agente de mudança receia naturalmente expor-se ao confronto de ideias e perder. Este receio, de certa forma compreensível, inibe em muitos casos a predisposição para ser utilizada a argumentação persuasiva no processo de mudança, porque se confronta com rotinas defensivas.

Argyris (1994) alerta que a chave para um melhor desempenho é a melhor comunicação.

A comunicação tem que ser credível, já que a transformação é impossível a não ser que as pessoas, pelo menos as que estão em lugares chave, estejam dispostas a ajudar, frequentemente ao ponto de fazerem sacrifícios de curto-prazo. Os empregados não farão sacrifícios, mesmo que estejam descontentes com o status quo, a não ser que acreditem que é possível uma mudança útil. Esta situação é particularmente desafiante quando aos sacrifícios de curto-prazo incluem redução de pessoal (Kotter, 1998).

A comunicação deve ser uma prioridade para qualquer nível da empresa. “É importante que as mensagens sejam consistentes, claras e repetidas as vezes necessárias até se tornarem compreensíveis, interiorizadas e aplicadas pelos elementos da organização. É necessário que haja coerência e consistência, não somente nas acções, mas entre as palavras e os actos” (Cormier, 1995, p. 215). É que o entusiasmo surge

quando o discurso e os comportamentos coincidem, embora que o que acontece frequentemente na prática é a comunicação oficial/formal na organização ser posta em causa pelas mensagens implícitas dos gestores. A regra da coerência é importante na fase em que os decisores tentam persuadir os seguidores para a mudança, mas mesmo antes, na fase em que o agente de mudança tenta persuadir o decisor, é necessário que haja coerência entre o discurso e os comportamentos.

“A mudança numa organização implica coragem, e não se pode induzir coragem, nem mesmo pelo exemplo” (Martin, 1998, p. 136). O que se pode fazer, no entanto, é tornar os objectivos e métodos suficientemente transparentes para que os elementos da organização estejam dispostos a correr alguns riscos calculados. As escolhas devem ser informadas e as decisões devem ser tomadas em tempo útil, onde a clareza na comunicação é fundamental para envolver a mudança.

A mudança não se pode desenvolver sem um clima de confiança ao longo da sua implementação, que só poderá surgir com base numa comunicação honesta sobre a mudança como acção humana. Na prática o que se verifica é que os obstáculos, os conflitos e por vezes mesmo os bloqueios durante o decurso do projecto são muitas vezes devido mais a uma má compreensão e preparação do processo de mudança em si (o problema) e menos ao domínio considerado (o objecto de mudança) (Brénot & Truvée, 1996, p. 115).

Antes de se lançar na aventura da mudança, os indivíduos devem ser “aproximados” e em seguida “alinhados” com o projecto, de forma a obter a coesão e a focalização necessárias. Orgogozo (1988, p. 108) propõe que a mudança seja negociada com o conjunto dos subsistemas da organização, de forma a obter “um extraordinário apetite de todos para fazer melhor”.

Kotter (1998) refere que considera padrões de má comunicação, como sendo, comunicar uma visão com uma simples e única reunião ou comunicado, transmitir a mensagem a grupos de empregados mas em linguagem que as pessoas não entendam, ou ainda, divulgar a nova visão de forma alargada e esforçada, mas com alguns gestores de topo a comportarem-se de forma incoerente com a visão que é transmitida. “Nada destrói mais a mudança do que o comportamento inconsistente com as suas palavras, por parte dos gestores de topo.

No contexto da mudança, enquanto não existem factos, e muito menos resultados, existem apenas sinais, a comunicação deve completar o projecto e ocupar o vazio, que

naturalmente se irá preencher à medida que a mudança for consolidada. Quando isso acontecer, os factos e os resultados falarão naturalmente por si próprios. Brénot & Truvée (1996, p. 118) alertam que “a mudança é já um processo suficientemente portador de stress para que se agrave, por ignorância ou negligência, ao “pecar pela palavra ou pela acção”. A comunicação terá necessariamente um papel central para facilitar e humanizar a transição”.

Segundo Kanter (1984,), os projectos de mudança mais “vendáveis” são os:

- Demonstráveis: Se for possível experimentá-los em testes-piloto;
- Reversíveis: Permitindo à organização retomar o estado original em caso de insucesso;
- Divisíveis: Possíveis de serem implementados por fases ou etapas;
- Compatíveis: Com os recursos disponíveis;
- Tangíveis: Concretizáveis e passíveis de serem evidenciados;
- Familiares: Compatíveis com experiências anteriores;
- Congruentes: Com a direcção seguida pela organização e
- Potenciadores: De valor.

Em inovações mais radicais, estas características não estarão provavelmente presentes.

O agente de mudança deverá ter consciência de que nunca conseguirá anular todas as resistências irracionais e políticas, mesmo que numa fase inicial essas resistências possam não transparecer e provocar bloqueios, ainda mais quando a mudança provoca choques com a cultura enraizada na empresa. “A cultura estará receptiva à mudança e mudará quando se alteraram com sucesso as acções, depois do novo estado de coisas, produzir algum benefício durante um período de tempo e de os elementos da organização estabelecerem uma correlação positiva entre as novas acções e a melhoria no desempenho” (Kotter, 1996, p. 156). Os elementos da organização poderão reservar-se o direito de concordar com a mudança apenas depois de esta se concretizar e de se revelar como benéfica, ou seja, uma forma de não errar o alvo, é só pinta-lo depois de atirar a seta (obriga a um esforço e a um risco redobrados, por parte do agente de mudança e do decisor que implementar esse processo).

Saliente-se que a resolução de problemas numa organização pode envolver uma decisão para não mudar, e não necessariamente para a mudança. Importante será tomar a decisão mais adequada, tendo em conta os diferentes interesses em jogo.

O agente de mudança terá que estar preparado para desenvolver “anticorpos” aos comentários de outros, que possam pôr em causa o que se pretende implementar, por “não poder ser feito”, por “nunca ter sido feito”, por “já ter sido feito e não ter resultado” ou por qualquer atitude deste tipo.

## 1.2 – Mudança no Âmbito da Saúde

Os sistemas de saúde dos países ocidentais têm contribuído, ao longo de décadas, para relevantes ganhos na saúde das populações. Não obstante, a partir do final da década de 80, devido a alguma rigidez, confrontaram-se com vários problemas, que desencadearam um movimento generalizado de reforma organizacional e estrutural mantendo, todavia, o seu carácter normativo, relacionando com a justiça social e a universidade (Saltman & Von Otter, 1992).

A mudança pode ser entendida como a alteração da agenda e da prática política na área da saúde, visando a prossecução de certos objectivos, num contexto que justifica estas modificações. Entre os factores que pressionaram o desencadear das reformas, conta-se o aumento tendencial da despesa com a saúde, gerador de fortes pressões orçamentais no financiamento público ao nível macro, a par com a constatação de ineficiências técnicas e económicas na afectação dos recursos no sector da saúde. Também do lado da oferta de cuidados, há que ter em conta a pressão causada pelo desenvolvimento tecnológico e científico, fortemente inovador e indutor do aumento dos custos. Uma insatisfação crescente dos cidadãos com a rigidez do funcionamento do sistema de saúde, apesar dos bons resultados em saúde generalizadamente alcançados, a par com a mudança de características sócio-demográficas e de morbilidade da população (relacionadas, nomeadamente com o seu envelhecimento tendencial e o aumento da sua exigência para com os serviços públicos), são factores que, do lado da procura explicam o impulso para a reforma (Ferreira, 2003).

Estes factores ajudam a contextualizar o movimento que se gerou com o objectivo de flexibilizar o sistema público, descentralizá-lo e, gradualmente, introduzir maior competição em várias áreas do seu funcionamento, procurando obter ganhos na sua eficiência e capacidade de inovação, contendo o ritmo de aumento da despesa com

saúde, ao mesmo tempo que se visava melhorar a equidade no acesso, incrementar a capacidade de escolha do cidadão/doente e os ganhos em saúde.

Em traços gerais, as mudanças desencadeadas procuram, por um lado, introduzir mecanismos de mercado, quer ao nível organizacional, quer ao nível da prestação, e criar sistemas de incentivos, desenvolvendo-se mecanismos de financiamento relacionados com a produção, desempenho, contratualização de serviços, autonomia organizacional dos prestadores, competências de gestão e novas formas de regulação destes sistemas mais descentralizados (Saltman & Figueras, 1997). Tem sido crucial a separação institucional entre entidades financiadoras e prestadoras de cuidados de saúde. Por outro lado, na vertente da procura, desenvolveu-se mecanismos de partilha de custos (racionalizando o financiamento) ou mesmo de estabelecimento de prioridades (ou até racionamento) no acesso a cuidados primários, enquanto porta de entrada no sistema. Relevantes tem sido também as mudanças que visam o empowerment do doente, por vezes ligadas até a mecanismos de financiamento que dependem da sua procura.

A separação financiador-prestador e o incentivo à maior descentralização e autonomia organizacional no Sistema Nacional de Saúde ganha relevância sobretudo em países, como Portugal, com sistemas do tipo beveridgeano, ou seja, que o financiamento da saúde assenta basicamente nos impostos e a prestação de cuidados é tipicamente assegurada por instituições pertencentes ao sector público e geridas de acordo com as suas regras. Nos países com sistemas de tipo, bismarckiano, por contraste, o financiamento e a organização do sistema assentam em formas de seguro social obrigatório, com descentralização e contratualização ao nível da prestação, pelo que a separação financiador-prestador existe à partida e o grau de regulação destes sistemas costuma ser elevado. O argumento usado pelos primeiros, em favor desta separação, tem sido o de que contribui para o aumento da autonomia da gestão e da eficiência na afectação de recursos (Saltman, Figueras & Sakellarides, 1998).

A administração pública tradicional no sector da saúde apresenta problemas diversos de (in)eficiência(s) que, a par dos factores mencionados, motivam a implementação de reformas no sistema. Na literatura económica, este tipo de problemas tipicamente recebe a designação de falhas ou fracassos do governo.

Saltman & Von Otter (1992) apontam três grandes problemas que os sistemas públicos integrados e centralizados tendem a enfrentar, uma afectação de recursos

rígida, em vez de uma planificação inovadora, um enfoque excessivo nos inputs do sistema, em vez de na mediação dos resultados, e uma inadequação dos serviços oferecidos pelas instituições públicas face às necessidades e expectativas dos utentes.

Para Ferreira (2003, p. 37) ao nível das organizações prestadoras, por sua vez, várias dificuldades tendem a verificar-se em termos da sua gestão “indefinição de metas e objectivos a alcançar, limitada efectividade da sua acção, fraca capacidade de gestão de recursos e de liderança, incentivos irrelevantes para a produtividade e motivação dos trabalhadores, baixo nível de satisfação, excessiva divisão de trabalho entre classe profissionais e entre gestores e prestadores de cuidados propriamente ditos”. As organizações tendem a tornar-se rígidas, burocráticas e pouco inovadoras, num contexto que desincentiva a eficiência, bem como inflexíveis face a mudanças nas características e necessidades da procura.

Preker & Harding (2000), por sua vez, caracterizaram os fracassos do governo existentes a quatro níveis:

- Relacionados com a rigidez e inflexibilidade dos serviços públicos tradicionais que gera sub-utilização de capacidade e má afectação de recursos;
- Os fracassos decorrem da existência de fortes assimetrias de informação no sector público que concorrem em três planos no sector da saúde (entre doente e prestador, entre prestador e administrador, entre administradores e o poder político, acarretando várias ineficiências e fortes custos de monitorização de comportamentos que as agravam);
- O sector público tradicional goza de poder de monopólio, pelo menos regional ou local, os seus trabalhadores podem ter aqui um incentivo para comportamentos menos produtivos e até para uma redução de qualidade e
- Apontar a possibilidade de errada formulação de políticas, dada a imprecisão na definição de objectivos e a estrutura burocrática das organizações.

Segundo Ferreira, Neves, Abreu & Caetano (1996, p. 302) o tipo de estrutura mais frequente nas organizações de saúde, “terá uma configuração que se caracteriza pela predominância do centro operacional, uma reduzida linha hierárquica e uma tecnoestrutura igualmente reduzida, mas com extenso apoio logístico”.

As características desta configuração são, para Mintzberg (1995):

- Coordenação baseada na estatização de qualificações;
- Qualificações adquiridas fora da organização;

- Configuração encontrada nas organizações de saúde em que os profissionais possuem grande controlo sobre o seu próprio trabalho;
- Profissionais trabalham de um modo independente;
- Descentralização em termos de poder;
- Necessidade de grande apoio logístico;
- Adequada a ambientes estáveis e complexos e
- Encontra dificuldades em adaptar-se a ambientes inovadores.

Para o mesmo autor (1995, p. 380) a burocracia profissional, “recruta especialistas devidamente formados e socializados, dando-lhe uma latitude considerável no controlo do seu próprio trabalho (...). O profissional, que controla o seu próprio trabalho actua de maneira relativamente independente dos seus colegas, mas continua próximo dos clientes que serve”. Esta estrutura valoriza a competência técnica, científica e relacional dos profissionais e confere-lhes poder. “A outra parte que está completamente desenvolvida é o pessoal de apoio, mas tem sobretudo como missão a de servir o centro operacional” (Mintzberg, 1995, p. 385).

Para Kurcgant (1991, p. 9) citado por Ferreira (2003, p. 40), neste tipo de estrutura “o pessoal passa a ter características profissionais, de técnicos especializados, com comportamentos e posições estrategicamente definidos pelo grupo que detém o poder na organização. A valorização das normas e regras parece ser entretanto, o enfoque da Teoria da Burocracia que mais tem influenciado a prática dos profissionais de saúde, influência essa que, na verdade, constitui um dos factores que tem contribuído para uma prática administrativa estanque, baseada em regras e normas obsoletas com poucas perspectivas de mudança”.

### ***1.2.1 – Mudança na Estrutura Hospitalar***

Vários autores falam cada vez mais num modelo de saúde global (Bury, 1997; Honoré, 2002), em que Bury (1997) caracteriza da seguinte forma:

- A doença resulta de factores complexos (orgânicos, humanos e sociais);
- Afecta o indivíduo, a família e a comunidade;
- Implica uma abordagem contínua, da prevenção à readaptação, que tem em conta os factores orgânicos, psicológicos e sociais;

- Por profissionais de saúde trabalhando em colaboração e
- Num sistema aberto e interdependente com a comunidade.

Esta abordagem concebe a pessoa e o seu ambiente como um todo, em que o doente tem um papel activo na promoção da sua saúde e tratamento da doença. Vê em cada homem o protagonista da sua própria existência, que deve assumir o cuidado da sua própria vida. O doente é respeitado como parceiro e é ele quem melhor sabe de si e do que sente, a responsabilidade é partilhada por uma equipa de cuidados, cabendo-lhe a decisão final.

No nosso sistema de saúde, continua a prevalecer uma abordagem paternalista do doente, como refere Bury (1997), um factor importante que faz com que isso aconteça é o facto do modelo de saúde ser muitas vezes confundido com o modelo médico (que é fechado, a doença afecta o indivíduo, a doença tem de ser diagnosticada e tratada, pelos médicos, num sistema autónomo, centrado em torno dos hospitais).

Quanto à melhor forma de prestar cuidados a um determinado doente, há múltiplos pontos de vista diferentes, no entanto o objectivo principal do hospital deve ser o de garantir cuidados de saúde de qualidade.

As características básicas dos serviços de saúde fazem com que a relação com os seus clientes seja fundamentalmente diferente das organizações produtoras de bens de grande consumo. Como refere Carapinheiro (1993), em paralelo com o objectivo primordial da garantia de uma boa prestação de cuidados, são identificados outros interesses, nas instituições hospitalares, como sejam a reprodução do saber médico e a investigação”.

A unidade hospitalar é um espaço multifacetado e multidisciplinar onde, diariamente, se cruzam diferentes experiências que levam a várias estratégias, múltiplas de jogos de poder, que condicionam as políticas hospitalares e o papel do doente. Como sublinha Carapinheiro (1993), o doente é remetido a um papel passivo, não se admitindo a sua participação no trabalho que à sua volta é organizado, o seu saber é desvalorizado pela organização de saúde, sendo o saber central, o saber médico.

Quando internados a vida dos doentes são reguladas por rotinas, regras práticas concebidas para responder mais às necessidades dos profissionais, do que às dos doentes. Deste modo retira-se a responsabilidade ao doente que perde, ao mesmo tempo, a liberdade de tomar decisões sobre a sua vida. Nas instituições hospitalares espera-se que os doentes se acomodem pacientemente a estas regras e fiquem

dependentes dos profissionais. A este propósito Coe (1984), Carapinheiro (1993) e Morrison (2001) referem que muitos doentes renunciam a um papel activo no processo de cuidados, subestimando as suas próprias necessidades individuais a favor da colaboração com as prioridades institucionais, abstendo-se mesmo de se pronunciarem sobre os cuidados a que são sujeitos com receio de serem considerados “maus doentes”. Mas Honoré (2002, p. 187) sublinha que “é necessário que os problemas de saúde da população não sejam inteiramente assumidos por profissionais no quadro de um sistema que, sob a capa da solidariedade, se torna cada vez mais apaziguador e controlador”.

Pereira (1999, p. 104) defende no meio hospitalar a clareza de papeis é muito grande, não havendo espaço para ambiguidades, não sendo por isso necessário que superiores digam o que fazer.

O hospital é assim um sistema aberto, na medida em que transacciona com o seu meio envolvente, ele influencia e é influenciado por ele, procurando o estado de equilíbrio dinâmico. “A organização deve ser considerada um sistema aberto, em constante interacção com o meio, recebendo matéria prima, pessoas, energia e informações e transformando-as ou convertendo-as em produtos e serviços que são exportados para o meio ambiente” (Schein, sd, citado por Chiavenato, 1987, p. 363).

### *1.2.2 - Caracterização do Sistema de Saúde Português*

Numa avaliação abrangente do nosso sistema de saúde, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 1998) caracterizava-o como sendo particularmente complexo, assentando num Sistema Nacional de Saúde (SNS) de acesso universal e financiado basicamente por impostos, que coexistem com vários subsistemas de saúde que a ele se sobrepõem, alimentando algumas ineficiências globais e o “sobreconsumo” de serviços de saúde. Realçam também as características algo perversas da relação entre o sector público e privado de saúde no nosso país, com alguma desnatação entre eles, e um excesso de oferta facilitado pelo emprego da maioria dos médicos em ambos os sectores em simultâneo (aspecto que se reflecte numa elevada proporção da despesa privada com a saúde no nosso país, quando comparado com os seus parceiros europeus).

Relativamente ao SNS, a OCDE avalia-o como sofrendo de sérias ineficiências e de uma incorrecta afectação interna de recursos. A um nível global, assiste-se ao subdesenvolvimento dos cuidados ambulatoriais no sector público (dada a sua rentabilidade no sector privado), o que facilita o excessivo uso das urgências, mas em paralelo, a extensa lista de espera nos cuidados hospitalares, congestionados, apesar da subutilização da capacidade e tecnologias instaladas. O sistema de remuneração tradicional dos profissionais do SNS assenta na categoria profissional e tempo de serviço, e não em aspectos como a produtividade ou o desempenho.

Na prática, apesar dos bons resultados em saúde alcançados nas ultimas décadas em Portugal e dos princípios da universalidade e da equidade no acesso que caracterizam o SNS, este revela-se igualmente pouco equitativo na sua cobertura efectiva. Também Pinto & Oliveira (2001, p. 183) salientam as “iniquidades que persistem no nosso sistema, dados os elevados pagamentos directos pelos cidadãos, a múltipla cobertura de riscos para alguns, uma desadequada oferta de cuidados na relação público/privado e falhas na regulação dos seguros privados de saúde, favorecendo a desnatação”.

Do ponto de vista da gestão do SNS, ao nível financeiro os incentivos para uma afectação cuidadosa dos recursos têm sido reduzidos, pelo facto das restrições orçamentais, nomeadamente para o sector hospitalar, apesar de teoricamente assentes, serem meramente indicativas. Este facto tem facilitado a formação de elevados défices no sector, directamente financiados de modo incremental pela entidade central com orçamentos extraordinários e pouco envolvimento directo das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) a este nível, o que tem contribuído para a responsabilização das administrações hospitalares, a par com os restantes profissionais, pelo desempenho verificado no sector. Não são comuns as avaliações sistemáticas de desempenho, nem ao nível individual, nem organizacional, nem sistemático, nem as penalizações face a resultados insatisfatórios, num sistema que se mantém fortemente centralizado.

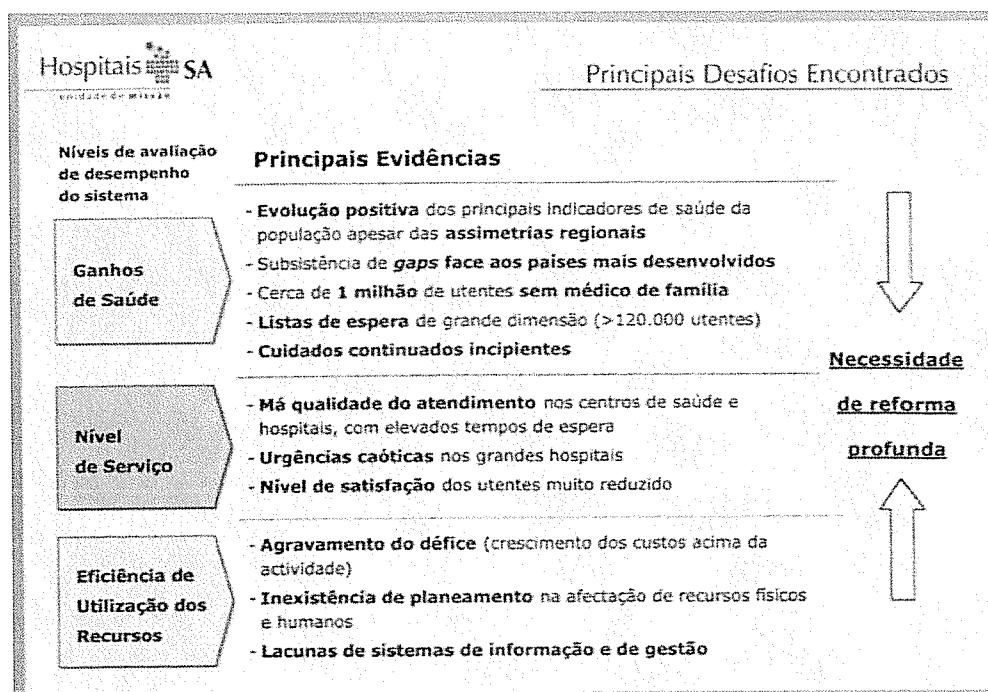


Figura 1 - Fonte: Ribeiro (2003, p. 11)

É neste contexto que algumas tentativas de reforma têm vindo a ser introduzidas.

Do ponto de vista da organização do sistema, a partir de 1997 tentou-se introduzir a separação entre financiador e prestadores, com a criação do que poderíamos designar por mercado público interno, através da acção de agências de contratualização, responsáveis por adquirir serviços em nome das necessidades dos doentes. No entanto, na prática, as agências tiveram um reduzido impacto no sistema e poder limitado, uma vez que estavam constrangidas por orçamentos muito reduzidos (Pinto & Oliveira, 2001). Estas iniciativas de reforma traduziram-se, assim, sobretudo em tentativas de mudanças pontuais, sem efeitos estruturais, não existindo um real mercado público interno no sistema português (Cabiedes & Guillén, 2001).

Algumas experiências de reforma no sector hospitalar foram também levadas a cabo. Em 1995 negociou-se a concessão da gestão de um hospital público a uma entidade privada. At 2002 havia sido concedida maior autonomia de gestão e estatuto empresarial, em três casos do sector hospitalar público, com o funcionamento dessas entidades a reger-se por regras de direito privado.

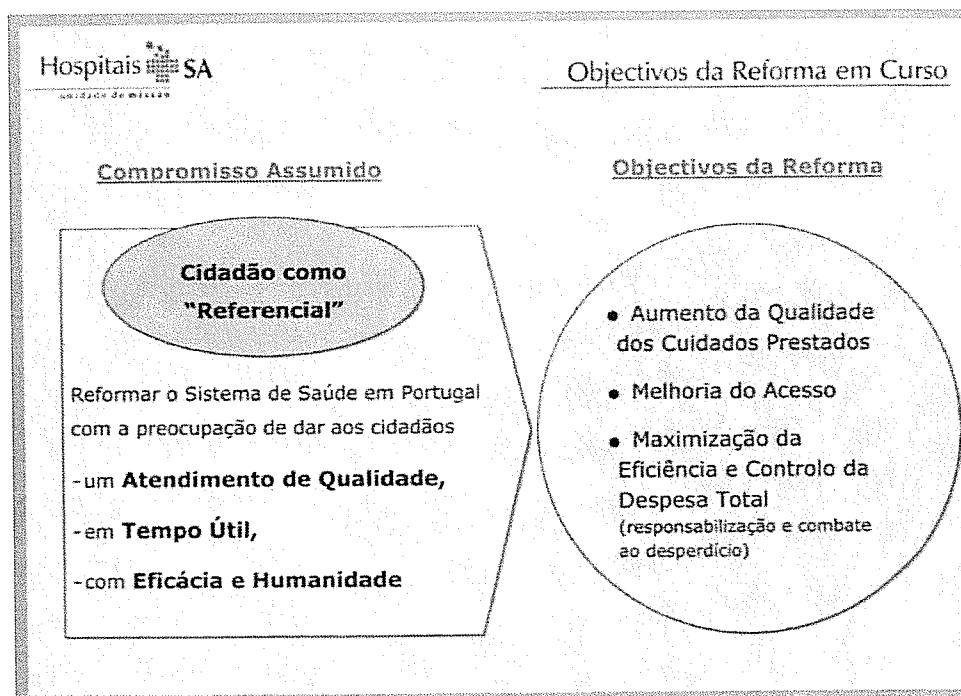


Figura 2 - Fonte: Ribeiro (2003, p. 11)

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002, p. 34), o modelo de “fiscalização e acompanhamento destas unidades foi muito preciso, mas quase completamente ineficaz. A comissão de fiscalização a designar pelos Ministérios das Finanças e da Saúde nunca foram nomeadas, as comissões de acompanhamento, também previstas na lei, reuniram esporadicamente” e o mesmo relatório conclui (2002, p. 36) que se verifica no nosso país “um grande desencontro entre os projectos de mudança do sistema prestador e a considerável fragilidade da sua regulação(...): Acumulação de dívidas financeiros, insuficiências na produção dos serviços, rarefacção do sistema de contratualização, a crise do medicamento, a quase inexistência de mecanismos de promoção, acompanhamento e disseminação da inovação”.

Pinto & Oliveira (2001) neste cenário consideram que tem havido alguma incapacidade dos governos de introduzirem reformas estruturais com impacto efectivo no sistema, largamente influenciado por grupos de interesse e fortes burocracias e, em contraste, com uma reduzida participação dos doentes que contrabalance o poder corporativo daqueles grupos.

Nos últimos dois anos, com a mudança de executivo governamental, novas iniciativas têm sido desenvolvidas, na intenção de proceder à reforma do sistema de saúde onde se incluiu algumas, especialmente dirigidas ao sector hospitalar.

Em Novembro de 2002 foi publicada a nova Lei de Gestão Hospitalar (Lei 27/2002), que altera alguns pontos da Lei de Bases de 1990 e estabelece o novo regime jurídico da gestão de hospitais. Alguns aspectos a realçar neste diploma são o alargamento (e a tentativa de generalização) do regime laboral aplicável aos profissionais do sector, com base em contratos individuais de trabalho, a intenção de criar um novo sistema de financiamento assente numa posterior publicação de tabela de preços de serviços prestados, a definição do novo conceito de “rede de prestação de cuidados de saúde” (integrando hospitais públicos “tradicionais”, hospitais públicos com a natureza empresarial, hospitais sociedade anónima de capitais públicos e estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos), a consagração da liberdade de escolha de estabelecimento hospitalar pelo utente, a previsão de divulgação anual de relatórios de avaliação do desempenho dos hospitais da rede e a intenção da promoção de sistemas de incentivos ao desempenho dos profissionais do sector. Nesta sequência em Dezembro de 2002 foi publicado a consagração empresarialização de 34 hospitais do SNS (DL nº 272/2002), transformando-os em 31 (envolve um grupo de dois hospitais e outra um centro hospitalar com três hospitais) sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, integrados no SNS, mas passando a pertencer ao sector empresarial do Estado. Facto que publicamente tem sido alvo de críticas, com base no argumento de favorecer a desorçamentação no sector da saúde.

Em Fevereiro de 2003, a Resolução do Conselho de Ministros nº 15/2003 cria uma unidade de missão, designada por “Hospitais SA”, com a função específica de coordenar e acompanhar a empresarialização dos hospitais sociedades anónimas de capitais públicos.

Com base neste enquadramento legal, e naquilo que vier a ser o seu impacto efectivo no sistema de saúde, parece tender a verificar-se uma acrescida complexidade no sector hospitalar, com maior diversidade de actores e maior autonomia e descentralização do que vigorou até aqui. Isto requer uma exigente e específica capacidade de regulação do sistema, com o reforço da supervisão das entidades autonomizadas, monitorização sistemática do seu desempenho e correlações atempadas de quaisquer desvios face ao definido como desejável.

### *1.2.3 – Atributos de um Modelo de Regulação dos Hospitais SA*

Num contexto actual, onde aos Hospitais SA é atribuída maior autonomia organizacional e de gestão e em que algum mecanismo de separação entre financiador e prestadores é introduzido, deverá compatibilizar a introdução de maior descentralização, competição e empreendedorismo no sector hospitalar, com a solidariedade social e coesão. Ferreira (2003, p. 42) refere que para tal, há que assegurar a prossecução de objectivos a dois níveis. Por um lado, objectivos sociais, como sejam a promoção da equidade no acesso (assente em critérios que ponderem as necessidades específicas da população), dos ganhos em saúde e da liberdade de escolha dos doentes e por outro lado, numa perspectiva económica e mais ligada à gestão do sistema, temos a contenção de custos globais, o aumento da eficiência e a promoção da qualidade organizacional e dos cuidados.

Trata-se, portanto, de conceber um novo conjunto de regras e de sistemas de incentivos que garantam a compatibilidade da promoção de maior eficiência na gestão, com um financiamento sustentável, a qualidade das prestações de saúde, a equidade no acesso e uma maior participação do doente, favorecendo, em simultâneo, a coerência na interacção de actores mais diversificados e com uma actividade mais descentralizada e autónoma do que até aqui. Importante será, assim, que o modelo de regulação aumente a transparência e a responsabilização dos actores do sistema, quer pela sinalização de boas práticas e níveis de excelência, como pela penalização de mau desempenho (que a regulação deve minimizar, prevenindo as situações indesejáveis), e que favoreça a maior sensibilidade daqueles às necessidades (e satisfação) dos doentes.

Várias são as dimensões de regulação nos hospitais segundo Ferreira (2001), entre as quais a capacidade produtiva do sector hospitalar e os investimentos de volume considerável em infra-estruturas e tecnologias, a eficiência técnica das organizações, a qualidade organizacional e dos cuidados prestados pelas entidades da rede hospitalar. O papel dos doentes no sistema hospitalar tem sido menosprezado, em favor, de um excessivo enfoque nos grupos profissionais. Do ponto de vista da regulação do sistema, num cenário de maior autonomia organizacional dos prestadores, tal facto é altamente indesejável e a implementação de mecanismos de empowerment dos doentes torna-se crucial, com o objectivo de tornar a actividade dos prestadores mais centrada nos seus clientes, mais flexível face às suas necessidades e sensível às suas legítimas

expectativas. O empowerment dos doentes envolve normalmente três dimensões, a dos seus direitos (que pode ser mais divulgada, podendo o regulador obrigar à fixação pública da carta de direitos), a da liberdade de escolha (que pode ser “decretada e alimentada” com a divulgação de informação pública sobre a avaliação do desempenho dos hospitais) e a da participação no sistema (que poderia ser incrementada, quer ao nível regional, como ao nível organizacional, através de iniciativas dos próprios reguladores que passem pela auscultação dos doentes).

### 1.3 – Planeamento de Altas

O facto da alta do doente não ser planeada atempadamente, torna-se muitas vezes um momento de ansiedade, tanto para o doente, como para a família, não o deixando de ser também para a equipa multidisciplinar. É frequentemente no momento da alta que é transmitida toda uma quantidade de informação e conselhos importantes para a vida futura dos mesmos.

“O conceito de planeamento de altas é muitas vezes visto como sinónimo de continuidade de cuidados ou ainda, como a continuidade de cuidados, sendo o produto final desejável do processo de alta, que habilita os doentes a maximizar o seu potencial para o bem-estar” (Hesbeen, 1996, p. 186).

As intervenções são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando são as intervenções que visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O facto do conceito planeamento de altas ser frequentemente utilizado para designar, o conjunto das actividades que facilitam a saída do doente do hospital, tem levado alguns autores a substituí-lo pelo de cuidados contínuos ou continuidade de cuidados. O conceito de planeamento de altas, apresenta a vantagem de incluir os doentes, podendo ser definido como “o conjunto de actividades que envolva os doentes e os prestadores de cuidados de saúde num trabalho de equipa, de forma a facilitar a transferência dos cuidados de uma instituição, para outra, ou para o domicílio” (Gomes, 2002, p. 43). Esta definição é suficientemente alargada para incluir quer os doentes que necessitam de recursos na comunidade, quer os que são capazes de se autocuidarem.

“Nesta perspectiva, o planeamento de altas constitui mais do que a simples transferência do doente, do hospital para a comunidade, é sim um processo que se inicia no momento da admissão, ou até antes, e continua até ao momento da alta. Através de uma boa colheita de dados, adaptada à realidade de cada doente e envolvendo-o em todo este processo” (Gomes, Almeida & Rebelo, 2000, p. 152).

Esta informação leva-nos a conhecer as verdadeiras necessidades criando assim um plano de acção em torno do qual nos podemos orientar, proporcionando ao doente uma vida o mais agradável e satisfatória possível. Para tal é necessário o domínio da comunicação, por forma a conseguirmos uma boa colheita de dados.

A comunicação tem sempre lugar num determinado contexto e traduz o quadro de referências dos seus intervenientes (atitudes, sentimentos, opiniões e valores), onde eventualmente os estereótipos condicionam os mesmos a agir de acordo com os seus modelos sociais (Pearce, 1994, p. 63).

No planeamento de altas, os vários interventores devem ter em atenção, segundo Gomes, Almeida & Rebelo (2000, p. 154):

- “Têm como função proporcionar ao doente e família um processo de cuidados que mobilize as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes (...) procurando os meios mais adaptados para o conseguir;

- Os meios a usar serão os que permitem uma qualidade de vida ou uma morte em que a dignidade humana seja, sempre tomada em conta;

- É a apropriação deste princípio que dá toda a pertinência e sentido à importância da compreensão, aceitação e controle por parte do doente/família da sua situação;

- A informação, como outros meios, só terá sentido se articulada com um processo relacional onde a participação estabelecida do doente/família seja uma realidade;

- A hospitalização arrasta consigo uma série de acontecimentos com implicações várias, destacando-se, a própria doença e os respectivos tratamentos, que geram sentimentos de receio. Mesmo os gestos habituais de cuidar de si lhe parecem complicados e repletos de estranheza;

- Estar com o doente/família e compreender, segundo o seu quadro de referência e projectos de vida o modo como está a lidar com a situação, é fundamental. Se ninguém puder analisar com o doente/família a dificuldade que encontra para assegurar as

necessidades do quotidiano em relação com as suas condições de vida e como as resolver, a situação desta pessoa agrava-se e

- A autonomia, ou seja, a estruturação do pensamento em torno do que significa acompanhar uma pessoa, nas relações com a vida, com a saúde, com a doença, integrando nele a sua experiência e subjectividade, ajudar-nos-á a fundamentar tanto as acções profissionais, como a antecipar os benefícios esperados”.

A necessidade de diminuir o tempo de internamento que hoje vigora nos hospitais, denominada demora média, na perspectiva da optimização económica de recursos, colide frequentemente com os interesses dos familiares e dos doentes hospitalizados, podendo mesmo atropelar a qualidade dos cuidados que estes merecem.

Segundo os mesmos autores (2000, p. 159) “são bastantes os casos em que a saída do hospital é adiada (apesar da alta médica) porque não se podem arranjar soluções em devido tempo. A mais frequente é acabar por ser internado num lar, de um momento para o outro. Outros doentes, para quem o seu principal sistema de suporte é a família, saem do hospital, mas dias depois são reinternados, verificando-se por parte daquela dificuldades em lidar com a situação: ausência de conhecimento ou de certos modos de fazer o cuidado; não conseguir custear as despesas com o tratamento ou não poder acompanhar o doente por causa do emprego, etc. Também há famílias e doentes, os menos idosos, que procuram saber junto do médico e dos enfermeiros os cuidados que devem tomar, procurando desenvolver certas competências, se for caso disso”.

Para que a alta/transferência se processe em tempo útil e possa ser considerada adequada, é necessário que a alta médica, alta de enfermagem e alta social, sejam coincidentes, com a saída efectiva do doente da instituição, e que esteja disponível todo o tipo de cuidados apropriados àquela situação concreta. Nesta perspectiva os profissionais de saúde são a chave de todo este processo, sendo que Sakellarides (1999), citado por Neves (2001) refere que as organizações de saúde têm de ser pensadas para proporcionar aos profissionais, condições de realização pessoal e profissional. As profissões de saúde e as suas lideranças têm que fazer um esforço contínuo e concentrado para pensar o seu futuro.

Por outro lado Henriques & Jorge (1995) referem que a alta hospitalar precoce, a dependência, a carência da rede de suporte na comunidade, contribuem para as dificuldades da família na satisfação de necessidades humanas básicas do doente.

O planeamento de altas também inclui segundo Lowenstein & Hoff (1994), uma avaliação da continuidade de cuidados de saúde que são necessários fora do hospital e obriga também a um trabalho com os doentes e seus elementos cuidadores, por forma a desenvolver um plano realista a ser implementado após a alta. Este planeamento de altas identifica as necessidades potenciais dos recursos da comunidade e assistência dos pacientes e das suas famílias.

Como refere Brooten (1988) e Needlingers (1987), citados por Neves (2001), o planeamento de altas e o uso apropriado dos recursos da comunidade decresce os custos a nível do sistema de saúde, através da redução do tempo de internamento e prevenindo a necessidade de rehospitalização devido a complicações que possam surgir no pós-alta.

Resumindo, planeamento de altas pode ser definido como o conjunto de actividades, prosseguidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados, ao longo do internamento, que facilita a transferência adequada e em tempo útil ao doente, de forma que, a continuidade da prestação dos cuidados fique assegurada.

## 2 - PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Em larga medida, a mudança surge como resultado de diversos grupos de consumidores, cada vez melhor informados, que reclamam uma assistência na saúde mais humanizada, com acesso à informação e participação nas tomadas de decisão.

O projecto de planeamento de altas vai neste sentido, visto ser não só necessário trabalhar em equipa multidisciplinar, como também é a favor do envolvimento do doente.

A mudança pretendida por alguns projectos de saúde no seio das equipas, insere-se no nível comportamental, na medida em que se pretende obter mudanças a nível da comunicação, entre os profissionais e da prestação de cuidados, mais que institucional e tecnológica.

A mudança na dimensão comportamental envolve, segundo Silva (1991, p. 225):

- O relacionamento interpessoal;
- A liderança e a coordenação do grupo de trabalho;
- O compromisso e a responsabilidade de cada elemento da equipa e
- A motivação e o desempenho do indivíduo no trabalho.

Consideramos que as mudanças são dinâmicas e que, se conseguirmos obter mudanças a nível comportamental, certamente estas poder-se-ão extrapolar para os níveis tecnológico e institucional.

Com os projectos pretende-se de alguma forma questionar a forma de actuar, pois “o acto de questionar os fazeres habituais foi o primeiro acto fundador da formatividade das situações de trabalho..., onde as trocas de pontos de vista acerca das acções concretas que se fazem no quotidiano, assentando na experiência e na interpretação do significado dela, para os colectivos de trabalho” (Gomes, Almeida & Rebelo, 2000, p. 162).

Outras questões sociais como sejam o aumento dos direitos do consumidor, os movimentos de associações de doentes, os custos mais elevados dos cuidados de saúde

e a avaliação dos índices de gestão hospitalar (demora média, taxa ocupacional, entre outros), têm levado a que os profissionais de saúde se envolvam de uma forma mais activa na prestação de cuidados, bem como, adiram a projectos nesse âmbito.

Deste modo, surgem hoje novas perspectivas em relação às políticas sociais e de saúde, criando-se novos mecanismos de orientação estratégica, de responsabilização e de inovação, descentralização e flexibilização.

Estas mudanças das políticas e estratégias de saúde, não estão alheias à necessidade de fazer face a índices de gestão desajustados. Reconhecem a necessidade de implementar rapidamente estratégias que vão de encontro aos objectivos pretendidos.

Inscrevemos este estudo exploratório, no objectivo geral de conseguir criar estratégias mais eficazes na intervenção, no âmbito da identificação dos doentes para os quais deve ser colocado um ênfase especial no planeamento da alta, sob pena de terem o seu internamento prolongado ou de pôr em risco a continuidade de cuidados a prestar. Nestas estratégias deverão ser envolvidos todos os parceiros profissionais para que a equipa seja congruente.

Da prática clínica, por vezes, constatamos alguns problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e o doente/elemento cuidador, o que leva a que o contexto do doente não seja tido em consideração. Este projecto alerta-nos, no sentido de haver uma maior preocupação ao nível da prestação de cuidados individualizados e humanizados, pelo que pretendemos saber junto aos vários representantes dos grupos profissionais envolvidos, qual o significado desta questão e sua importância.

Esta linha de pensamento conduziu ao objectivo já enunciado:

- Validar o projecto de planeamento de altas.

Neste trabalho entende-se validação de um projecto de mudança no seu sentido mais lato, isto é, envolvendo todos os indicadores possíveis associados a esta intervenção e não apenas recorrendo a indicadores de gestão hospitalar.

Desta forma foram considerados os seguintes aspectos:

- Qual a ligação entre a diminuição da demora média e o projecto de planeamento de altas?
- Qual o envolvimento da equipa multidisciplinar, neste projecto?

- Qual o envolvimento do doente/elemento cuidador, neste projecto?
- Que conclusões os impressos implementados, nos permitem retirar?
- Qual o acompanhamento dos representantes junto da sua equipa, dos vários grupos profissionais de saúde envolvidos?
- Que implicações práticas deste mesmo projecto?

Para conseguirmos dar resposta às questões previamente enunciadas, pretendemos percorrer os seguintes passos:

- Recolher toda a informação disponível na instituição, referente às mudanças a implementar, de forma a compreender o aparecimento do projecto de planeamento de altas;
- Analisar o impresso a ser implementado no serviço, nas vertentes dos vários profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros e assistente social) e
- Averiguar junto aos representantes dos grupos envolvidos no projecto, qual a sua opinião acerca deste projecto.

### **3 - MÉTODO**

#### **3.1 – População e Amostra**

##### ***3.1.1 - População***

Este Hospital foi criado em 1975, absorvendo dois estabelecimentos sanatoriais. A transformação do antigo Centro Sanatorial em Hospital Geral, Central e Universitário implicou profundas alterações na estrutura e na organização. Embora a pneumologia permaneça como vertente médica predominante, outros serviços se foram desenvolvendo quer na área cirúrgica quer na área médica. Presta também assistência nas modalidades de internamento, consulta externa, hospital de dia, assistência domiciliária e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, encontrando-se articulado com várias universidades no âmbito da saúde.

Este hospital desenvolve as suas actividades no quadro das orientações e estratégias da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e em estreita articulação com os Centros de Saúde da área e outro Hospital Central, que no seu conjunto integram uma Unidade Funcional de Saúde.

O hospital deixou de ser um estabelecimento com doentes de estadia prolongada para passar a ser um hospital de agudos com a sua dinâmica própria de funcionamento, ainda mais actualmente, onde uma das metas é a redução da demora média.

Desta faz parte o serviço de insuficientes respiratórios, que se subdivide em enfermaria e unidade de cuidados intermédios, de onde foi seleccionada a amostra para o nosso estudo. Em termos de estrutura física, o espaço é antigo, com falta de amplitude, mas com bastante luminosidade. Tentando-se mesmo assim, conseguir que a qualidade da prestação dos cuidados não seja posta em causa, ultrapassando diariamente todos os problemas daí decorrentes.

### **3.1.2 - Amostra**

Quanto à aplicação do impresso do projecto de planeamento de altas, a dimensão é de 51, devendo cada um ser preenchido pelos três grupos profissionais envolvidos. Foram tidos em consideração todos os doentes admitidos no serviço de insuficientes respiratórios, de 5 de Fevereiro até 5 de Março de 2004, período este que corresponde ao primeiro mês após a implementação deste projecto, onde o próprio impresso já tinha sido remodelado uma vez.

Optou-se posteriormente por avançar para as entrevistas, aos representantes dos grupos interventores neste projecto, ao nível deste serviço, uma vez que tinha sido inconclusivo a análise dos impressos. Assim entrevistou-se o Director Clínico, a Enfermeira Chefe e a Assistente Social, visto serem os que tinham mais informação sobre a temática e desta forma poderiam enriquecer o trabalho.

### **3.2 – Design**

Recorreu-se ao impresso implementado (elaborado pela equipa coordenadora do projecto), após uma reformulação inicial, com sugestões dos enfermeiros, por se ter concluído algumas lacunas no mesmo. Assim recorreu-se aos dados de arquivo, tendo-se por base os doentes admitidos de 5 de Fevereiro a 5 de Março de 2004, onde se fez o tratamento estatístico e a análise de conteúdo respectiva, mas por ser inconclusivo, optou-se por avançar para entrevistas aos representantes de cada um dos grupos profissionais envolvidos no projecto. Criou-se para esse efeito um guião da entrevista, tendo também por base os resultados obtidos na fase anterior e entrevistou-se o Director do Serviço, a Enfermeira Chefe e a Assistente Social responsável por este serviço.

Em certa medida, pode dizer-se que este estudo tem um carácter exploratório, uma vez que “procura conhecer melhor os fenómenos em estudo quer através de novas questões ou novas explicações ou simplesmente tentando indagar as características dos acontecimentos ou situações. Explora-se uma determinada realidade porque pouco se conhece sobre ela” (D’Oliveira, 2002, p. 15). Trata-se de uma investigação aplicada, uma vez que “é a resolução a médio prazo de problemas práticos sendo as suas

implicações claramente visíveis” (D’Oliveira, 2002, p. 21), em que os resultados obtidos e as propostas daqui decorrentes, terão implicações práticas na mudança organizacional. Acredito que tal como refere Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso (2003, p. 690) “o papel dos académicos e dos investigadores é, também nesta matéria, de grande relevância. Sobre que reflectem ponderadamente sobre o tema, seja porque possuem ferramentas analíticas de relevante valor interpretativo, seja porque executam trabalho empírico sistemático que lhes permite detectar regularidades e tendências, seja porque sugerem vias de actuação e métodos de investigação de valor inquestionável”.

Parece-nos importante referir algumas limitações deste estudo. Por um lado, no impresso implementado, a amostra nem sempre preenche a totalidade dos mesmos, bem como inicialmente, se trabalhou com dados de arquivo (design ex post factum segundo Campbell e Stanley).

### 3.3 - Instrumento

O instrumento utilizado (anexo A) foi um impresso construído pela comissão coordenadora do projecto de planeamento de altas, criada para esse fim e modificado posteriormente, após implementação, com as sugestões dos parceiros.

Tem uma parte inicial, com questões de descrição do doente, que geralmente é preenchida pelos enfermeiros, visto serem estes que estão 24 horas com o doente, e tenta-se que fique logo preenchido no momento do acolhimento.

Segue-se três colunas, correspondente a uma parte médica, de enfermagem e da assistente social, respectivamente, onde cada grupo profissional terá de preencher a parte que lhe compete, estando à partida estipulado um prazo para o fazer. Assim a área médica tem várias informações, nomeadamente a data de previsão de alta clínica, bem como as possíveis limitações que após a alta alteram as suas actividades de vida diária; na área de enfermagem a identificação dos problemas, bem como a previsibilidade de cuidados de enfermagem após alta clínica e por ultimo a área da assistente social onde estão os factores de risco identificados, bem como quem apoiará após a alta e o destino após a alta. Este impresso quando preenchido devidamente e

atempadamente, permite que haja uma partilha importantíssima de informação, levando a cuidados mais integrados e de qualidade.

Quanto às entrevistas criou-se um guião, tendo por base os resultados obtidos com a análise do impresso.

### **3.4 – Procedimento**

O trabalho foi desenvolvido em duas fases distintas. Numa primeira fase foram recolhidas do arquivo, todos os impressos dos doentes internados de 5 de Fevereiro a 5 de Março de 2004. A análise desta informação permitiu responder ao objectivo deste trabalho, ie, validar o projecto de planeamento de altas.

Na sequência desta fase, e como forma de melhor compreender os resultados obtidos, foram desenvolvidas entrevistas com os representantes os grupos profissionais envolvidos neste projecto (ie, enfermeiros, assistentes sociais e médicos).

## 4 - RESULTADOS

### 4.1 – Indicadores de Gestão Hospitalar

A tabela 1 apresenta alguns indicadores estatísticos relacionados com o projecto de planeamento de altas de Março de 2002/03 e Março de 2003/04.

**Tabela 1 – Dados Estatísticos Referentes ao Serviço Insuficientes Respiratórios**

SERVIÇO	2002	2003	2004 até	Varição	Varição
INSUF. RESPIRATÓRIOS			Março	2002/2003	2003/2004
DOENTES SAÍDOS	51	57	68	11,76	19,30
DEMORA MÉDIA	13,5	12,9	9,4	-0,9	-3,5
TAXA DE OCUPAÇÃO	85,1	90,9	79,5	5,8	-11,4
DOENTES SAÍDOS/CAMA	2,0	2,2	2,6	0,2	0,4

Tem-se registado um aumento do número de doentes saídos desde 2002, sendo a variação de 2002 a 2003 de mais 11,76% e a de 2003 a Março de 2004 de mais 19,30%. De salientar ainda a diminuição do número de dias de internamento de 2003 para Março de 2004 (menos 12,6%). A demora média de internamento também tem vindo a diminuir: 13,5 dias em 2002 , 12,5 dias em 2003 e 9,4 dias até Março de 2004. A taxa de ocupação registou uma variação de 2003 para Março de 2004 de menos 11,4%.

A tabela 2 apresenta os dados estatísticos dos dois diagnósticos mais habituais no serviço onde decorreu o estudo.

**Tabela 2 – Dados Estatísticos Referentes à Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva, Edema Pulmonar e Insuficiência Respiratória**

	DOENTES SAÍDOS					PESO RELATIVO			DEMORA MÉDIA				
	2002	2003	2004	Var.	Var.	2002	2003	2004	2002	2003	2004	Var.	Var.
		até		2002/	2003/			Até			até	2002/	2003/
		Março		2003	2004			Março			Março	2003	2004
DPCO	120	148	167	23,3	12,48	5,6	6,4	6,5	9,6	7,3	9,0	-2,3	1,7
EP e IR	79	75	122	-5,06	62,7	3,7	3,2	4,8	6,4	7,4	6,4	1	-1

Na doença pulmonar obstrutiva tem-se verificado um aumento progressivo no número de doentes saídos desde 2002: a variação de 2002 para 2003 foi de mais 23,3% e a variação de 2003 a Março de 2004 de mais 12,48%. A demora média nesta patologia registou uma quebra acentuada de 2002 para 2003, menos 2,3 dias, tendo tornado a aumentar de 2003 a Março de 2004 (mais 1,7 dias), verificando-se actualmente uma demora média de cerca de 9 dias.

No Edema Pulmonar e Insuficiência Respiratória houve uma ligeira diminuição do número de doentes saídos de 2002 para 2003 (menos 5,06 %), tendo-se verificado um aumento extremamente acentuado de 2003 a Março de 2004 (mais 62,7%). A demora média aumentou 1 dia de 2002 a 2003, tendo diminuído 1 dia de 2003 a Março de 2004, verificando-se actualmente uma demora média de 6,4 dias.

A demora média no Edema Pulmonar é de cerca de menos 2,7 dias comparativamente com a Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva.

O peso relativo destas duas patologias em 2004 (até Março) é superior ao peso relativo registado em 2002.

#### 4.2 – Impresso de Planeamento de Altas

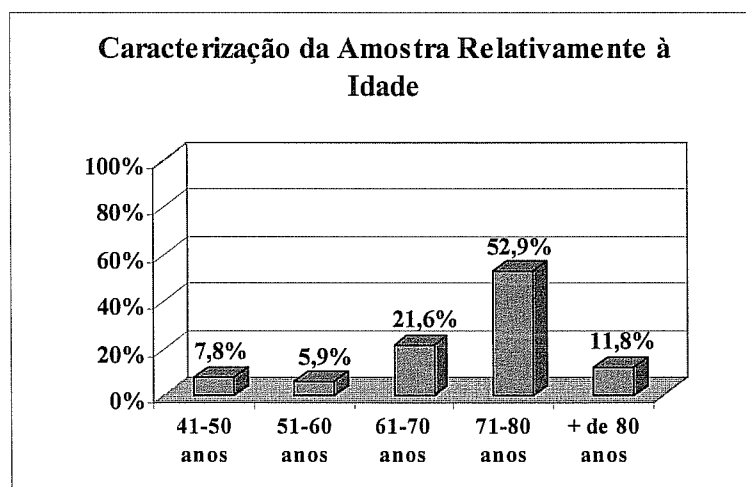
Os doentes envolvidos no período considerado, tem uma média etária de cerca de 71 anos, com 41 anos de idades mínimas e 99 de idade máxima.

**Tabela 3 – Caracterização da Amostra Relativamente à Idade – Estatística Descritiva (Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo)**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>IDADE</b>	51	41,00	99,00	71,06	10,78

A esmagadora maioria dos sujeitos (74,5%) tem idade compreendida entre os 61 e os 80 anos (21,6% entre os 61 e os 70 anos e 52,9% entre os 71 e os 80 anos). Com menos de 61 anos há 13,7% de sujeitos e com mais de 80 anos 11,8%. Como é visível no gráfico 1, trata-se essencialmente de doentes idosos.

**Gráfico 3**



Relativamente ao sexo, a maioria dos doentes é do sexo masculino 56,9% (29 doentes), havendo no entanto, uma boa representação de ambos os géneros sexuais como ilustra a tabela 4.

**Tabela 4 – Caracterização da Amostra Relativamente ao Sexo**

		Frequência	Porcentagem
<b>SEXO</b>	Masculino	29	56,9
	Feminino	22	43,1
	Total	51	100,0

Relativamente ao(s) diagnóstico(s) efectuados na tabela 5, ilustra a sua variedade, podendo cada doente apresentar múltiplos diagnósticos.

**Tabela 5 – Caracterização da Amostra Relativamente ao Diagnóstico**

	Frequência	Percentagem
Insuficiência Respiratória	49	96,00
Infecção Respiratória	34	66,67
Doença Pulmonar Obstrutiva	30	58,82
Sequelas de Tuberculose Pulmonar	17	33,33
Insuficiência Cardíaca	13	25,49
Diabetes Mellitus	12	23,53
Hipertensão Arterial	12	23,53
Cardiopatía	10	19,61
Neoplasia	10	19,61
Cor Pulmonar	8	15,69
Status Pós-Cirurgia	6	11,76
Alterações Analíticas	5	9,80
Obesidade	5	9,80
Patologia do Aparelho Digestivo	5	9,80
Asma	5	9,80
Síndr. da Apneia Obstrutiva do Sono	4	7,84
Fibrilhação Auricular	4	7,84
VNI/OLD	4	7,84
Hipertensão Pulmonar	3	5,88
Síndrome Depressivo	3	5,88
Dermatite	3	5,88
Status Pós Ventilação Mecânica	3	5,88
Tabagismo	3	5,88
Sequelas EAM	2	3,92
Patologia Ocular	2	3,92
Intoxicação Benzodiazepinas	2	3,92
Status Pós AVCI	2	3,92
Tromboembolismo Pulmonar	2	3,92
Infecção Hospitalar	2	3,92
Hemoptises	1	1,96
Bronquite	1	1,96
Cirrose Hepática	1	1,96
Traumatismo Torácico	1	1,96
Osteoporose	1	1,96
Insuficiência Renal	1	1,96
Sarcoidose	1	1,96
Hipotensão	1	1,96
Etilismo	1	1,96
Síndrome Crest	1	1,96
Incumprimento Terapêutico	1	1,96

A maioria dos doentes apresentam as seguintes patologias: Insuficiência Respiratória (96% - 49 sujeitos), Infecção Respiratória (66,67% - 34 sujeitos) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (58,82%- 30 doentes). Muitos doentes apresentam ainda Sequelas de Tuberculose Pulmonar (33,33% - 17 doentes), Insuficiência Cardíaca

(25,49% - 13 sujeitos), Diabetes Mellitus (23,53% - 12 sujeitos), Hipertensão Arterial (23,53% - 12 sujeitos), Cardiopatia (19,61% - 10 sujeitos) e Neoplasia (19,61%).

No que respeita ao tempo de internamento, temos como tempo mínimo nesta amostra 1 dia e o máximo de 55 dias, sendo a média de 12,06 dias e a dispersão em torno deste valor de 9,05.

A tabela 6 revela-nos que a maioria dos sujeitos (68,6%) estão internados entre 5 a 16 dias (39,2% entre 5 a 10 dias e 29,4% entre 11 a 16 dias). Internados mais do que 16 dias há 17,7% de sujeitos e internados menos de 5 dias de duração há 13,7%.

**Tabela 6 – Caracterização da Amostra Relativamente à Demora Média de Estatística Descritiva (Frequências)**

		Frequência	Percentagem
Tempo de Internamento	Menos de 5 dias	7	13,7
	5-10 dias	20	39,2
	11-16 dias	15	29,4
	17-22 dias	6	11,8
	Mais de 28 dias	3	5,9
	Total	51	100,0

Relativamente à proveniência da admissão dos doentes, a esmagadora maioria foi admitida no hospital através do serviço de urgência e não de forma programada, como se pode observar na tabela 7.

**Tabela 7 – Caracterização da Amostra Relativamente à Admissão**

		Frequência	Percentagem
Admissão	Programada	6	11,8
	Urgência	45	88,2
	Total	51	100,0

Relativamente ao grau de parentesco do cuidador principal, podemos constatar na tabela 8, que numa grande percentagem dos casos (47,1% - 24 doentes) é o cônjuge ou o filho(a) (33,3% - 17 doentes), sendo poucos os casos em que o cuidador principal é o próprio (5,9% - 3 sujeitos), nos restantes casos os cuidadores são vizinha (5,9%), o lar (3,9%), a nora (2%) e a irmã (2%).

**Tabela 8 – Caracterização da Amostra Relativamente ao Grau de Parentesco do Cuidador Principal**

		Frequência	Percentagem
Parentesco do cuidador principal	Esposo(a)	24	47,1
	Filho(a)	17	33,3
	Vizinha	3	5,9
	Nora	1	2,0
	O próprio	3	5,9
	Lar	2	3,9
	Irmã	1	2,0
	Total	51	100,0

Seguidamente será analisada a informação apresentada no impresso de planeamento de altas, por cada um dos grupos profissionais envolvidos.

#### **Médicos:**

Tal como se pode observar na tabela 9, relativamente a uma grande percentagem de doentes (45,10%), os médicos não preencheram o impresso do projecto de planeamento de altas. Em apenas 29,41% dos casos (15 doentes) existe esse preenchimento completo e nos restantes casos (25,49% - 23 doentes) houve preenchimento, embora não na totalidade.

**Tabela 9 – Frequências de Respostas Médicas**

		Frequência	Percentagem
Parte Médica da Ficha	Preenchimento Completo	15	29,41
	Preenchimento Incompleto	13	25,49
	Não Preenche a Ficha	23	45,10
	Total	51	100,0

#### **Enfermeiros:**

A área do impresso preenchida pelos enfermeiros, revela uma adesão de 98,04%, sendo que apenas um dos impressos não estava preenchido. A informação recolhida permitiu uma identificação de problemas nos doentes, bem como as intervenções

delineadas pelos enfermeiros. Visto a área de enfermagem ser questões abertas, daí resultou a tabela 10.

**Tabela 10 – Problemas e Intervenções de Enfermagem na Amostra**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>INTERVENÇÕES</b>
<b>SEM PROBLEMAS</b>	
Sem qualquer problema que ponha em causa a alta - 54,90% (28)	⇒ Não foi Necessário Intervir 54,90 % (28)
<b>VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA/OXIGÉNIO DE LONGA DURAÇÃO</b>	
Necessidade VNI, por descompensação gasimétrica 7,84% (4)	⇒ Ensino sobre a necessidade de VNI, cuidados a ter , vantagens e desvantagens 7,84% (4)
Relutância em Fazer VNI 9,80% (5)	⇒ Reeducação/Ensino sobre a necessidade de VNI, Cuidados a ter, Vantagens desvantagens 9,80% (5)
Défice de conhecimento do VNI 3,92% (2)	⇒ Ensino ao doente e à família sobre a necessidade de VNI, Cuidados a ter, Vantagens desvantagens 3,92% (2)
Hipoxémia corrigida com O <sub>2</sub> 3,92%	⇒ Ensino sobre Oxigenioterapia 3,92% (2)
<b>ACTIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (que requer intervenção do elemento cuidador)</b>	
Desorientação no tempo e no espaço 1,96% (1)	⇒ Incentivar a máxima autonomia Levante diário 3,92% (2)
Dependente (Alimentação, Higiene e Mobilidade)- 7,84% (4)	⇒ Contactar com elemento cuidador, para ensino, De forma a dar apoio no domicílio 7,84% (4)
<b>ACTIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (que requer intervenção de técnicos de saúde)</b>	
Dificuldade em expelir secreções 1,96% (1)	⇒ Cinesioterapia respiratória Hidratação 1,96% (1)
Úlceras 3,92% (2)	⇒ Encaminhamento para centro de saúde/ apoio domiciliário 3,92% (2)
Dor infra púbica 1,96% (1)	⇒ Despiste de queixas urinárias 1,96% (1)
Diminuição da mobilidade por falta de força muscular 7,84% (4)	⇒ Instituir plano de reabilitação 7,84% (4)
<b>MEDICAÇÃO</b>	
Desconhecimento do uso de inaloterapia 5,88% (3)	⇒ Ensino referente à inaloterapia (importância e como usar) 5,88% (3)
Incumprimento da medicação 1,96% (1)	⇒ Reforço do ensino sobre a necessidade do cumprimento terapêutico 1,96% (1)
Administração incorrecta da inaloterapia 1,96% (1)	⇒ Reforço do Ensino 1,96% (1)

Na maioria dos casos (54,9% - 28 doentes) não foram encontrados problemas que colocassem em causa a alta, ou seja, se há necessidades de continuidade dos cuidados após a alta do doente, não tendo sido necessário qualquer tipo de intervenção por parte dos enfermeiros.

Os problemas detectados na maioria dos casos (25,48% - 14 doentes) prendem-se com a ventilação não invasiva/Oxigénio de longa duração (VNI/OLD), tais como: necessidade de VNI, relutância em fazer VNI, défice de conhecimento da VNI e Hipoxémia corrigida com oxigénio, que conduziram a intervenções de educação ou reeducação ao doente e elemento cuidador relativamente à VNI e oxigenoterapia.

Outra categoria de problemas que afecta uma grande percentagem de sujeitos (19,6% - 10 sujeitos) prende-se com as actividades de vida diária que requer intervenções de terceiros, como no caso de doentes com desorientação no tempo e no espaço; dependentes de terceiros para a higiene, alimentação e mobilidade; e diminuição da mobilidade por falta de força muscular. Este tipo de problemas levou a intervenções do tipo incentivar a máxima autonomia e fazer o levante diário (3,92% - 2 sujeitos), contactar familiares para ensino, de forma a darem o apoio necessário no domicílio (7,84% - 4 sujeitos) e instituir plano de reabilitação física (7,84% - 4 sujeitos).

Um terceiro tipo de problema que afecta cerca de 10% dos doentes, prende-se com a medicação, tal como, o incumprimento, desconhecimento ou administração incorrecta, sendo neste caso necessário fazer o ensino e reforça-lo.

Nesta amostra verificaram-se ainda outro tipo de problemas: Úlceras (3,92%) onde se interveio fazendo o encaminhamento para centro de saúde/apoio domiciliário; Dificuldade em expelir secreções (1,96%) que levou a intervenções do tipo cinesioterapia respiratória e hidratação e Dor infra púbica que conduziu a uma intervenção de despiste de queixas urinárias.

### **Assistentes Sociais:**

Por último temos a parte do impresso do planeamento de altas destinada a ser preenchida pela assistente social. Esta não foi preenchida em 15,69% dos casos, o que corresponde a 8 doentes.

**Tabela 11 – Factores de Risco Identificados pela Assistente Social**

		Frequência	Porcentagem
Factores de Risco	Idade > 65 anos	27	52,94
	Vive Só	6	11,76
	Sem Abrigo	0	0
	Família Problemática	1	1,96
	Dependência	5	9,80
	Fracos Recursos Económicos	8	15,69
	Admissões Frequentes	7	13,73
	<b><i>Outros:</i></b>		
	Não foram identificados Problemas	7	13,73
	Enquadramento Social Anterior	19	37,2
	Bom Suporte Social	17	33,33
Não Responde	8	15,69	

Tal como apresentado na tabela 11, constata-se que o factor de risco identificado na maioria dos sujeitos é a idade superior a 65 anos (52,94% - 27 doentes), em alguns sujeitos é referenciado os fracos recursos económicos (15,69% - 8 sujeitos), admissões frequentes (13,73% - 7 sujeitos) e o viver só (11,76% - 6 sujeitos), em apenas um sujeito foi assinalado a existência de uma família problemática e não se verificou nenhum caso de sem abrigo.

É curioso destacar que o valor apresentado no factor de risco, idade superior a 65 anos, que é de 52,9%, contraria o previamente apresentado no gráfico 3, onde o valor é significativamente mais elevado (> a 64,17%), de onde se pode concluir não haver rigorosidade no levantamento dos factores de risco.

Na alternativa de resposta - outros (para dar resposta aberta) foram referenciados numa grande percentagem de sujeitos: a existência de enquadramento social anterior (37,25% - 19 sujeitos), bom suporte social (33,33% - 17 sujeitos) e não foram identificados problemas (13,73% - 7 sujeitos).

### **4.3 – Entrevistas às Chefias de Cada Grupo Profissional**

Tal como referido anteriormente e porque os resultados estatísticos não foram conclusivos, avançamos para entrevistas e respectivas análises de conteúdo, aos líderes dos três grupos envolvidos, neste impresso.

O guião da entrevista foi elaborado por nós, por forma a dar resposta ao objectivo do trabalho, que é a validação do projecto de planeamento de altas. Os entrevistados desconheciam as questões (O que entende por planeamento de altas e quais os seus objectivos; Que pensa do projecto de planeamento de altas, proposto pela unidade de missão; Até que ponto o impresso adoptado neste projecto, vai de encontro às necessidades do serviço; Considera o impresso, um instrumento adequado, claro, objectivo e de fácil preenchimento; Houve alguma reunião a explicar o porquê do impresso, como preencher e de acompanhamento do projecto; Sugestões de melhoramento do impresso; Quais as razões que pode apontar para a não adesão dos profissionais e Comentários extras), apenas tinham conhecimento atempado do âmbito do estudo.

Iniciámos por a elaboração das tabelas, onde se começaram a destacar as dimensões (anexo D) das várias questões colocadas.

Propomos assim analisar cada questão por si só, pois pareceu-nos ser a forma de melhor apresentação dos dados, no entanto optámos por apresentar os resultados totais por razões de confidencialidade.

**Tabela 12: Questão 1- O que entende por de planeamento de altas e seus objectivos?**

<b>Dimensões/Categoria</b>	<b>Total</b>
<b>Projecto</b>	
- Processo	2
- Coordenação	1
- Cooperação/Articulação	2
- Necessidades (Doente e Elemento Cuidador)	3
- Optimizar a autonomia	1
- Continuidade de cuidados	3
- Multidisciplinar	2
- Planeamento	1
- Rede de apoio	1
- Início no acolhimento	1
<b>Objectivo</b>	
- Continuidade de cuidados	1
- Evitar reinternamentos	1
- Reduzir a demora média	2
- Antecipar necessidades	2
- Multidisciplinar	1

Para a totalidade dos sujeitos o projecto de planeamento de altas é a antecipação das necessidades do doente e do elemento cuidador, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.

Foi definido como um processo, que requer cooperação, planeamento e articulação, no seio de uma equipa multidisciplinar (dois participantes).

Todavia apenas um dos sujeitos, define como tendo início no momento do acolhimento do doente, em coordenação, tendo em consideração a rede de apoio comunitário, com a possibilidade de otimizar a autonomia dos enfermeiros.

Em relação aos objectivos do projecto, é apontada a redução da demora média de internamento e a antecipação das necessidades do doente. Foi ainda considerado como sendo a continuidade dos cuidados, leva a que se evite reinternamentos e que só faz sentido se falarmos em equipa multidisciplinar.

Analisando por grupos podemos verificar que são os enfermeiros que tem uma visão mais alargada do conceito de planeamento de altas e que alguma maneira vêm o projecto como um potencial de aproveitamento para a sua autonomia.

**Tabela 13: Questão 2- Que pensa do projecto de planeamento de altas, proposto pela unidade de missão?**

<b>Dimensões/Categoria</b>	<b>Total</b>
<b>Iniciativa</b>	
- Pertinente	1
- Melhoria da qualidade	1
- Melhoria índices hospitalares	3
- Doente holístico	1
- Linha orientadora da unidade de missão	2
- Antecipar as necessidades	2
- Não existem apoios comunitários	1
<b>Metodologia</b>	
- Falhas	1
- Calendário	1
- Acréscimo de trabalho	1
- Não envolvimento dos recursos humanos	1

A ideia de que o projecto visa contribuir para a melhoria dos índices hospitalares é consensual entre os entrevistados. Dois sujeitos consideram que é a antecipação das necessidades do doente e do elemento cuidador, sendo mais uma linha orientadora da Unidade de Missão. É ainda mencionado por um dos sujeitos que é um projecto pertinente, no sentido da melhoria da qualidade, onde tem uma visão do doente como holístico e que na maioria das vezes a comunidade não está preparada para os receber.

Quanto à metodologia em si, apenas um dos sujeitos, o enfermeiro, considera que houve falhas, nomeadamente ao nível da escolha do calendário para implementação do projecto, levando a um acréscimo de trabalho e a um não envolvimento dos recursos humanos.

**Tabela 14: Questão 3- Até que ponto o impresso adoptado neste projecto, vai de encontro às necessidades deste serviço?**

Dimensões/Categoria	Total
<b>Elaborado Internamente (Atitude Directiva)</b>	
- Sem envolvimento dos recursos humanos	1
- Alteração/Envolvimento	1
- Precipitação	1
- Multidisciplinar	1
- Caracterização prévia (Indicadores Serviço)	1
- Adaptável	1
- Outros técnicos	1

Os três grupos profissionais respondem de forma diferente, considerando que é adaptável, que não houve envolvimento dos recursos humanos, que ao proporem alterações do impresso, tentaram envolver os vários grupos profissionais implicados no projecto e que embora seja um projecto multidisciplinar, deveria haver um alargamento a outros grupos profissionais. Referem ainda que houve uma precipitação, não tendo havido uma caracterização do grupo alvo.

**Tabela 15: Questão 4- Considera o impresso, um instrumento adequado, claro, objectivo e de fácil preenchimento?**

Dimensões/Categoria	Total
<b>Adequado</b>	
- É adequado	1
- Burocracia	1
<b>Claro</b>	
- É claro	2
<b>Objectivo</b>	
<b>Fácil preenchimento</b>	
<u>Médicos.</u> : - Fácil	1
<u>Assistente Social.</u> : - Fácil	1
<u>Enfermeiros.</u> : - Não é fácil	2
- Acompanhamento	1
- Altera rotinas	1
<b>Sugestões</b>	
- Informatização	1
- Feedback da situação	1

Quanto ao facto de ser adequado há quem o considera que o é, mas por oposição há quem o veja como mais um processo burocrático. Quanto à clareza dois dos representantes dos grupos o consideram claro. Quanto ao facto de ser objectivo ninguém responde. E por fim, quanto a ser de fácil preenchimento a parte médica é fácil, a parte do assistente social é fácil e a parte do enfermeiro já não é fácil, requerendo um maior acompanhamento, pois requerer uma mudança nas rotinas. Como sugestões referem o darem feedback da situação, bem como aderirem à informatização.

**Tabela 16: Questão 5- Houve alguma reunião a explicar o porquê do impresso, como preencher e de acompanhamento do projecto?**

<b>Dimensões/Categoria</b>	<b>Total</b>
<b>Reunião Hospitalar</b>	
- Projecto para diminuir a demora média	2
- Apresentação do instrumento	1
- Presenças das chefias e de todas as assistentes sociais	2
- Quem preenchia	1
- Auditorias (Internas e Externas)	1
- Equipa coordenadora	2
- Sem reflexão/envolvimento	3
- Incorreções metodológicas	
(Sem fase experimental e diminuição da informação)	1
-Multidisciplinar	1
- Desconhecimento da utilidade	1
- Implementação	1
<b>Reunião Chefias de Enfermagem</b>	
- Iniciativa própria	1
- Mudança no desempenho	1
- Aproveitar a iniciativa da unidade de missão	1
- Oportunidade	1
- Autonomia	1
- Alteração do impresso	1
<b>Reunião no Serviço</b>	
Disfuncionalidade	1
<u>Enfermeiros</u> : - Semanalmente discussão prática	1
<u>Médicos</u> : - Abordado o tema na reunião semanal	1
<u>Assistente Social</u> : - Conhecimento na reunião hospitalar	1
<b>Desenvolvimento</b>	
- Desmotivação	1
- Má escolha p implementação	1
- Não houve feedback	2
- Sem directrizes	1
- Projecto abortado/frustração	1

Uma questão unanime é a afirmação da existência de uma reunião hospitalar, mas sem espaço para reflexão e conseqüentemente sem envolvimento dos vários elementos. Dois dos sujeitos referem que se fez uma apresentação do projecto, que vinha no

sentido da diminuição da demora média, onde foi apresentada a equipa coordenadora e onde estiveram presentes as chefias operacionais e a totalidade das assistentes sociais, por serem em menor número. Com apenas um dos sujeitos, refere que foi apresentado o instrumento a implementar, que seria em equipa multidisciplinar, quem o preencheria, que iria haver auditorias internas e externas, que logo nesta reunião tinha havido incorrecções metodológicas (por escassez de informação e por não haver fase experimental), que se iria seguir já a implementação e que se notara um desconhecimento da sua utilidade.

As enfermeiras chefes por iniciativa própria reuniram-se no sentido de aproveitar a iniciativa da Unidade de Missão, pois perceberam que este projecto poderia ser uma oportunidade, uma vez que iria implicar mudanças no desempenho, o que poderia conduzir mais rapidamente à autonomia dos enfermeiros, onde propuseram alteração do impresso.

Quanto às reuniões no serviço, a parte médica na reunião semanal de discussão da situação de cada doente, aproveitou para comunicar o projecto e onde foi abordado o tema uma única vez. Os enfermeiros optaram, porque se tinha percebido algumas disfuncionalidades, de reunirem semanalmente, com discussões práticas de planeamentos de alta. As assistentes sociais porque tiveram presentes na reunião alargada não sentiram necessidade de mais reuniões.

Quanto ao desenvolvimento do projecto notou-se uma desmotivação para o mesmo, devido à má escolha da data para implementação, a não haver feedback, era um projecto sem directrizes, terminando por abortar, levando mais uma vez à frustração.

**Tabela 17: Questão 6- Sugestões de melhoramento do impresso?**

Dimensões/Categoria	Total
<b>Sugestões</b>	
- Informatização	1
- Incluir mais técnicos	2
- Indicadores risco específicos	1
- Três ou mais factores de risco: Doente a acolher	1
<b>Sem condições de responder</b>	
- Não preenche	2
<b>Pretende</b>	
- Reunir com sua equipa	1
- Avaliar a fase experimental	1

É de destacar que dois dos sujeitos entrevistados não preenchem o impresso. Um dos grupos profissionais já tinha previamente apresentado as sugestões, o que tinha levado a uma remodelação do impresso recente. Dois sujeitos sugerem a inclusão de mais técnicos de saúde. É ainda apontada a informatização do projecto, haver indicadores específicos para cada serviço e determinar que só quando os doentes tivessem igual ou superior a três factores de risco é que seria um doente a acolher pelo projecto. Em termos de longo prazo há um grupo que pretende reunir com a sua equipa e fazer uma avaliação da fase experimental.

**Tabela 18: Questão 7-Quais as razões que pode apontar para a não adesão dos profissionais?**

<b>Dimensões/Categoria</b>	<b>Total</b>
<b>Geral</b>	
- Sem estímulo superior	1
- Abarcar a comunidade	1
- Falta de envolvimento	3
- Efeitos perversos (frustração e desmotivação)	2
- Má condução do projecto	3
- Falta feedback	2
- Sem acompanhamento	1
- Perceber insucesso	2
- Burocracia	1
- Aumento da sobrecarga de trabalho	1
- Sem avaliação fase experimental	1
- Serviço que mais preenche	1
<b>Médicos</b>	
- Método de trabalho por responsável	1
- Muitos desconhecem o projecto – Grupo com menor sensibilidade	1
- Subaproveitamento	1
<b>Enfermeiros</b>	
- Método de trabalho Individual (grande rotatividade)	1
- Desresponsabilização	1
- Chefia operacional (Incapacidade acompanhamento)	1
- Altera rotinas	1
- Aumenta autonomia/motivação	1
- Interiorizado	1
- Insensibilidade	1
- Subaproveitamento	1
<b>Assistente Social</b>	
- Trabalham sozinhas/Sobrecarga de trabalho	1
- Integrados	1

Em termos gerais todos consideram que faltou envolvimento e falta de feedback. Dois dos sujeitos apontam motivos como desmotivação e frustração, má condução do projecto e o aumento da sobrecarga de trabalho. Apenas com um sujeito, temos categorias de falta de estímulo superior, aumento da burocracia, que deveria abarcar

também a comunidade, sem acompanhamento, que era importante perceberem o porquê do insucesso, ou seja não houve avaliação da fase experimental, embora fosse o serviço que na altura da entrevista mais preenchia o impresso.

Quanto ao grupo profissional médicos, têm método de trabalho por responsável, o que poderia facilitar o envolvimento no projecto. Há quem considere um subaproveitamento desta classe, trabalho que poderia ser feito por administrativos e que muitos neste grupo desconhecem o projecto e que é o com menos sensibilidade.

Quanto aos enfermeiros, pelo seu método de trabalho que é o individual, leva a alguma desresponsabilização, bem como a incapacidade de acompanhamento da chefia operacional, tal como gostaria. Consideram ainda que este projecto pode ajudar na melhoria da metodologia de trabalho, alternando rotinas, aumentando autonomia/motivação e que já se nota no quotidiano a interiorização do planeamento de altas. Foi ainda considerado um subaproveitamento deste grupo, podendo fazer outras coisas mais nobres, bem como há quem considere que em alguns enfermeiros ainda se nota alguma insensibilidade, no que respeita ao tema.

Por último, quanto aos assistentes sociais consideram que o facto de trabalharem sozinhos, ou seja, é a única para vários serviços, acaba por ter uma sobrecarga de trabalho enorme e por inerência à profissão é o grupo que está mais integrado na temática.

**Tabela 19: Questão 8- Comentários extra?!**

<b>Dimensões/Categoria</b>	<b>Total</b>
<b>Caracterização da População</b>	
- Idosos	2
- Rede de apoio débil	3
- Reinternamentos	2
- Dependências	1
- Cor-mobilidades	1
<b>Serviço</b>	
- Características dos doentes	2
- Características equipa	1
- Reactivação do projecto	2
<b>Importante</b>	
- Continuidade de cuidados	1
- Arranjar soluções	2
- Apostar nos protocolos	1
- Pontes Inter-serviços	1

Todos acabam por caracterizar a população do serviço, sendo que na sua maioria são idosos, com rede de apoio débil, com reinternamentos consecutivos, com elevada dependência e com cor-mobilidades diversas.

Quanto à escolha do serviço para implementação do projecto, foi devido às características dos doentes e da equipa, embora já tivesse sido um projecto reactivado.

Consideram importante reter que é importante haver acompanhamento no ambulatório e partir para soluções. A aposta futura é nos protocolos e nas pontes inter-serviços.

## 5 - DISCUSSÃO

Iremos apresentar a discussão mediante a apresentação dos vários itens colocadas anteriormente no problema de investigação, por nos parecer ser a forma melhor compreensão.

### **Validar o projecto de projecto de planeamento de altas, num serviço hospitalar.**

Grandes mudanças se têm operado no campo da saúde, nos últimos anos e tal como nos refere Duck (1998, p. 73) “uma mudança numa área provoca que outra fique desequilibrada. Gerir estes efeitos de ricochete é o que torna a gestão da mudança um propósito dinâmico, com desafios inesperados”.

Segundo a nomenclatura de Brénot & Tuvée (1996) podemos considerar reformas, a mudança que se pretende actualmente a nível da saúde, ou seja, acções abrangendo simultaneamente as dimensões económicas, técnicas, administrativas e sociais para alterar a dinâmica global do sistema, mas conservando as formas da infra-estrutura e evoluções, as mudanças que se pretendiam com o projecto, ou seja, mudanças graduais e sempre no mesmo sentido, por etapas sucessivas e por vezes quase despercebida. Estes mesmos autores propõem a elaboração de um “plano de marketing interno” para promoção da mudança (1996, p. 90), o que de forma alguma se passou com este projecto, onde só houve uma reunião para a sua apresentação, da equipa coordenadora e do impresso, com informações sumárias (quem preenchia, que iria haver auditorias), sem espaço para reflexões.

Facilmente nos apercebemos que muitas etapas recomendadas pelos teóricos não foram tidas em conta, o que leva aos vários implicados no projecto a dizerem que houve falhas metodológicas, que de alguma forma ditaram o não envolvimento dos grupos profissionais, ao contrário do que seria o pretendido. Debruçando-nos sobre o modelo cíclico que Kotter (1996, p. 21 e 1998, p. 7) onde propõe passos sobre mudança, “deveriam estabelecer um sentido de urgência, formar uma coligação condutora e com

poder, criar visão, comunicar a visão, dar poder aos outros para actuar com base na visão, criar e planear vitórias de curto-prazo, consolidar melhorias, fazer ainda mais mudança, e por último, institucionalizar novas abordagens”. Só percorrendo cada um destes passos se conseguirá uma verdadeira apropriação da mudança.

Neste caso concreto, os promotores da mudança, não tiveram em consideração a importância vital que é a adesão de cada implicado no processo, bem como em termos da sua implementação, não se esclareceu, qual o papel de cada actor na mudança. Isso torna-se ainda mais claro quando se questiona quanto à fase experimental, onde os próprios se acabam por contradizerem, mas o facto de ter sido escolhido apenas quatro serviços do hospital leva a crer que seria um projecto piloto, com a intenção de futuramente alargar a todos os serviços. Tal como Brénot & Tuvée (1996, p. 37) “a adesão à mudança passa pelo reconhecimento do interesse na mudança... a implementação da mudança deveria passar pela identificação do papel de cada colaborador envolvido, pela motivação, por uma fase experimental e por último a apropriação da mudança”.

Segundo as entrevistas apenas houve uma auditoria interna, da qual ninguém sabe o resultado, tendo apenas se preocupado em quem tinha, ou não preenchido os impressos, neste sentido e segundo Dawson (1994) propõe “expôr os resultados (previstos e imprevistos), bem como a avaliação e controlo”, pois desta forma o processo será transparente.

Transformar o sentido de fazer e os modos de ser, num contexto comunicacional complexo, como é um serviço de internamento onde se cruzam diversos saberes, grupos sociais e profissionais, implica uma intervenção formativa centrada na reflexão das práticas, “procurando o sentido dos actos e dos seus produtos no contexto em que essa prática é exercida” (Gomes, Almeida & Rebelo, 2000, p. 161). Brénot & Tuvée (1996, p. 110) a esse respeito referem que “uma mudança nos processos, nos métodos ou na organização do trabalho, resulta de uma modificação prévia do modo de pensar”.

A mudança pretendida por alguns projectos de saúde no seio das equipas, insere-se no nível comportamental, na medida em que se pretende obter mudanças a nível da comunicação, entre os profissionais e da prestação de cuidados, mais que institucional e tecnológica. A mudança na dimensão comportamental envolve, segundo Silva (1991, p. 225) “o relacionamento interpessoal e o compromisso e a responsabilidade de cada elemento da equipa”.

Consideramos que organizar-se para a mudança pressupõe um alto grau de descentralização, de forma a que se consiga efectivamente o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. É sem dúvida necessário reparar o terreno e Drucker (1996, p. 81) a este propósito questiona que “se o não fizéssemos já, sabendo o que sabemos hoje, fá-lo-íamos? No caso de a resposta ser negativa, é necessário agir, sobretudo não se contentando em encomendar mais um estudo”.

Daqui depreendemos que os projectos devem ser construídos de uma forma bem planeada, com objectivos claros e definidos à priori e com metodologias de avaliação, tal como foi possível constatar pelo enquadramento teórico. Acreditamos que tal como nos refere Moura (2003, p. 17) “a percepção da mudança pelo agente, da necessidade de mudança; a persuasão do(s) decisor(es) pelo agente, onde o processo argumentativo em que, no caso de haver resistências, pode dar lugar à existência de argumentos falaciosos, visando criar obstáculos e, frequentemente, um bloqueio à mudança; a persuasão dos implementadores onde também aqui se verifica um processo argumentativo, igualmente sujeito a resistências”. No caso concreto do projecto de planeamento de altas, não tiveram em consideração aspectos denominados fundamentais por alguns autores, entre os quais a escolha do calendário para implementação do projecto (era altura de férias com todas as consequências que daí advém), sem envolvimento dos recursos humanos que iriam estar implicados. Em termos dos serviços o líder operacional médico acabou por também só comunicar, numa reunião semanal já instituída previamente de discussão dos casos clínicos, a informação sumária referente ao projecto (levando a que mais tarde este fosse o grupo profissional que menos aderiu).

Assim um dos pilares básicos no desenrolar do projecto de mudança das práticas, como é o caso do projecto de planeamento de alta, é o envolvimento da equipa, pois sem o seu envolvimento, eles que são os que vão operacionalizar o projecto, estará condenado à partida.

Temos noção que quando se pretende implementar rapidamente um projecto, pode parecer que a solução mais fácil é a imposição, no entanto as experiências anteriores (de outros projectos impostos, que rapidamente não tinham vigorado), levava a equipa a ter expectativas mais elevadas, ao nível da condução do projecto, da persuasão, do acompanhamento, que saíram frustradas. O projecto iniciou-se em quatro serviços, com o intuito de se alargar ao restante hospital, mas não passou disso. Vários autores apontam neste sentido, entre os quais, Wit & Meyer (1998, p. 242) que referem que a

“evolução pode ser conduzida pelo topo, mas não imposta pelo topo”, Wadell & Sohal (1998, p. 543 a 548) acrescentam que “a persuasão, por oposição à imposição, deve conviver e saber lidar com estas resistências, através da utilização de uma argumentação racional e evitando que argumentos falsos ponham em causa a mudança” e Kanter (1984, p. 221) diz-nos que os projectos de mudança mais “vendáveis” terão de ser demonstráveis (se for possível experimentá-los em testes-piloto) e familiares (compatíveis com experiências anteriores).

Quanto à metodologia, ao impresso e tudo o decorrente da implementação do projecto, dependeria da especificidade de cada contexto hospitalar, cruzadas com as possibilidades e potencialidades vislumbradas pelos profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros e assistentes sociais). Kanter (1984, p. 279) refere que as mudanças têm como objectivo “melhorar as capacidades e possibilidades da organização, ao responder mais adequadamente aos requisitos do mercado”.

#### **Qual a ligação entre a diminuição da demora média e o projecto de planeamento de altas?**

A iniciativa chave de redução dos internamentos prolongados por motivos de natureza social, foi definida *à priori* pela Unidade de Missão, em função dos objectivos que se pretendiam alcançar a nível nacional com os hospitais SA's, que era a redução da demora média. Levou à criação de actividades no âmbito do planeamento de altas, tal como é este projecto. Como podemos observar na tabela 1 (baseada na estatística publicada internamente), no índice hospitalar demora média, podemos observar que ao longo destes últimos anos tem havido um decréscimo significativo, especialmente até Março de 2004, altura da implementação do projecto.

Embora o projecto em si não tenha tido a adesão e impacto pretendidos no preenchimento do impresso, no entanto levou a mudanças significativas na forma como os grupos profissionais envolvidos abordam esta problemática, pois pensa-se e fala-se na alta precocemente, bem como o doente/elemento cuidador tem um papel mais activo e tudo isto foi herança deixada por este projecto.

#### **Qual o envolvimento da equipa multidisciplinar, neste projecto?**

O agente de mudança dificilmente poderá ter sucesso sem envolver um conjunto de pessoas, real ou implícito, que permitirá maximizar os resultados. Para o conseguir,

Kanter (1984, p. 237) propõe uma “metodologia colaborativa/participativa, onde se deve persuadir mais que ordenar”, embora reconheça que em determinadas circunstâncias seja necessária uma intervenção pressionante de um nível hierárquico superior, geralmente como último recurso. Acrescenta que a criação de equipas, a procura de *inputs*, mostrar sensibilidade política para os interesses dos outros e a vontade de partilhar recompensas e reconhecimentos.

É necessário saber quem e como persuadir, e saber que quando a persuasão não é a forma mais adequada de dar seguimento a um processo de mudança, assim nestes casos, uma argumentação de autoridade será provavelmente o melhor método, no entanto a argumentação persuasiva será a melhor forma de assegurar o seu estabelecimento. Orgogozo (1988, p. 108) acrescenta, que outro ingrediente para o sucesso é “um extraordinário apetite de todos para fazer melhor”, bem como o envolvimento.

A equipa médica foi a menos motivada para aderir a este projecto, uma vez que, já tinham estado envolvidos noutros projectos anteriores, que não vigoraram. Para além de não compreenderem as acções que lhes eram pedidas, ou o racional desta sua participação e também poderá de alguma forma significar a perda de poder, uma vez que anteriormente apenas se falava em alta médica.

Segundo a classificação de Oldcorn (1995, pp. 201 e 202), poderemos de uma forma generalizada considerar este grupo profissional como resistentes, que como o autor define são aqueles que nunca aprenderão as inovações e que tudo farão para evitar a mudança. Num processo de mudança estão sempre inerentes factores de resistência à mesma. Muitas vezes é a própria mudança que gera resistência, como é o caso de, experiências passadas, por vezes com maus resultados. Neste serviço a equipa médica tem-se mantido ao longo dos anos, enquanto que a de enfermagem tem sofrido alterações com bastante frequência, o que leva a que estes tenham apanhado várias tentativas de implementação de projectos, estando por isso menos disponíveis para se envolverem. Segundo a tipologia de Brénot & Tuvée (1996, pp. 101 e 102) “o esvaziar de sentido a mudança, consiste na neutralização, ou seja, tentará provar que o anterior sistema era válido e que o novo coloca muitos problemas”. Para se protegerem, os indivíduos desculpam-se com as multiplas pressões do quotidiano, são exemplo o “não tenho tempo” ou “tenho muito trabalho”.

Devemos ter em consideração que existem atitudes diferentes em relação à mudança e que está relacionado com a personalidade dos indivíduos, assim como com os seus valores, convicções culturais e possíveis sensações de insegurança.

Na equipa de enfermagem notou-se uma motivação para a acção, confiando nas suas capacidades e competências. Foi uma forma de se romper com modos de interpelar e com funcionamentos mais rotineiros impeditivos de uma reflexão criadora e de um exercício de autonomia profissional.

Se os enfermeiros aceitassem que a alta fosse perspectivada como um circuito administrativo de transferência, conseqüente à decisão médica, não deixavam de se sentir actores secundários neste cenário e, por isso, mais invisíveis, o que os incomodava.

O envolvimento começou com a sensibilização para o projecto, com a exposição de toda a situação e o que se pretendia com o projecto, por parte da chefia operacional. Às pequenas reuniões juntavam-se as equipas que estavam disponíveis naquela manhã, seguia-se a análise do impresso de colheita de dados, com exercícios práticos. O acto de questionar os fazeres habituais foi o primeiro acto fundador da formatividade das situações de trabalho, onde as trocas de pontos de vista acerca das acções concretas que se fazem no quotidiano, são exemplo disso.

Assim para Oldcorn (1995, p. 201 e 202) poderemos classificar este grupo profissional como impulsionadores, que “são pessoas que fazem com que a mudança aconteça, são normalmente indivíduos com ideias brilhantes, criativos, descontentes com o status quo e insatisfeitos com a perspectiva futura da organização”.

A vida destes profissionais é regulada por rotinas, regras práticas, concebidas para responder às necessidades do serviço, o que nem sempre é positivo. Kotter (1986, p. 5) a este respeito refere “o difícil que é convencer as pessoas a sair das suas zonas de conforto” e Cormier (1995, p. 213) refere-nos que “é necessário as pessoas renunciarem aos benefícios adquiridos e trocarem o conforto da rotina, pelo estímulo da novidade”.

Quanto às assistentes sociais, nesta equipa também se notou uma motivação, já inerente à sua própria formação básica, onde são de uma forma exaustiva, alertadas para esta problemática, levando a que aderissem ao projecto de uma forma natural/intrínseca.

Mantendo a classificação de Oldcorn (1995, p. 202), poderemos classificar este grupo profissional como os que aceitam a mudança, sendo “os verdadeiros agentes de mudança, que têm ideias criativas, encorajam-nas e desenvolvem-nas, assegurando-se

da sua implementação. O seu entusiasmo pode levar à conquista dos elementos menos activos do grupo”. Dentro desta categoria existem ainda as pessoas que aceitam simplesmente a mudança e utilizam-na em seu benefício.

Estes dois últimos grupos profissionais aderiram na sua maioria, pois de alguma forma acreditavam que poderiam ganhar algo com este processo (no caso da assistente social porque a equipa multidisciplinar faria o reconhecimento definitivo da importância das suas funções e no caso da enfermagem daria ênfase às suas funções autónomas), tal como refere Kotter (1986, p. 9) “as pessoas não estarão dispostas a fazer sacrifícios, mesmo não estando satisfeitas com o status quo, se não acreditarem em benefícios potenciais decorrentes da transformação que se propõem”.

Aliás, pela primeira vez, neste hospital estão presentes num mesmo impresso e com o mesmo grau de importância os vários grupos profissionais, quer na estrutura do próprio impresso, quer a nível prático, de forma a que só quando for unânime a data da alta do doente é que o doente poderá ir para o seu destino programado (domicílio, lar, entre outros).

Na função pública é frequente a proposta de aumento de trabalho, sem a correspondente introdução de incentivos, o que leva a que segundo a tipologia de Oldcorn (1995, pp. 203 e 204) à inconveniência, onde as pessoas têm percepção de que a mudança lhes vai tornar a vida mais difícil.

Na reunião que houve organizada pela comissão criada para este fim, apenas se abordaram as contrapartidas para o hospital, mas não para os trabalhadores, que logo à partida vislumbrar aumento de trabalho. Oldcorn (1995, p. 205) a este respeito refere que “se as mudanças estiverem em harmonia com os valores dos participantes e se houver incentivos económicos, terá maior probabilidade de ser um sucesso”. A própria OCDE a este respeito refere que “o sistema de remuneração tradicional dos profissionais do SNS assenta na categoria profissional e tempo de serviço, e não em aspectos como a produtividade ou o desempenho”, acabando por de alguma forma gerar aquilo a que as pessoas frequentemente denominam funcionalismo público, uma vez que apenas a antiguidade conta para efeitos de honorários.

### **Qual o envolvimento do doente/elemento cuidador, neste projecto?**

Este projecto permitiu colocar o doente/elemento cuidador no centro dos cuidados, uma vez que era feito no momento do acolhimento ao serviço a colheita de

dados pertinentes, de forma a levantar antecipadamente os possíveis problemas, tendo já em vista o dia da alta. O facto de não serem os profissionais a decidirem o encaminhamento a dar ao doente, já é um progresso significativo, como refere Nabais (2003, p. 23) “a maior parte das pessoas está educada no sentido de deixar tudo nas mãos dos profissionais de saúde... o primeiro passo terá de ser dado pelo técnico de saúde, no sentido de dar o impulso, para o cliente tomar a condução do seu próprio caso”. Mas para haver mais participação do doente/elemento cuidador é fundamental a informação e conhecimentos apropriados para que ele possa decidir convenientemente. A correcta comunicação é um elemento chave para o processo de transmissão de informação e inicia-se no momento de acolhimento, tal como refere Argyris (1994, p. 77) a “chave para um melhor desempenho é a melhor comunicação”.

Brownlea (1987) e Biley (1992) acrescentam que “mais importante do que transmitir factos e informações, é ajudar o doente a compreender o significado do impacto que a doença tem na sua vida”.

### **Que conclusões os impressos implementados, nos permitem retirar?**

O impresso permite-nos fazer a caracterização da população que utiliza este serviço de internamento, no que respeita à idade, sexo, diagnóstico, demora média, proveniência da admissão e grau de parentesco do cuidador principal.

Segue-se a área correspondente a cada grupo profissional, onde facilmente conseguimos perceber quais os grupos profissionais que aderiram ou não ao projecto.

Observando mais pormenorizadamente, a área médica só 29,41% dos impressos estão totalmente preenchidos, onde é notório o não envolvimento desta equipa, no que respeita a este projecto.

Quanto a área de enfermagem, as possíveis dificuldades no preenchimento da folha, uma vez que as questões são abertas e amplas, necessitando de um conhecimento vasto do contexto do doente/elemento cuidador e da comunidade em que se inserem, para além de mudar as rotinas quotidianas.

Esta área permite-nos concluir quais os problemas mais frequentes destes doentes que ponham em causa a sua alta. Nesta população os problemas mais frequentes são os relacionados com a necessidade de ventilação não invasiva e oxigénio de longa duração, a medicação, com actividades de vida diária, dependentes ou não de técnicos de saúde,

onde todos eles precisam de ser encaminhados. Assim o doente só terá alta quando estes cuidados estiverem assegurados.

Isto de alguma forma permite-nos criar laços com a comunidade e quem sabe futuramente a ampliação de parcerias ligadas a este hospital.

No que respeita à área da assistente social, permite-nos saber quais os factores de risco mais frequentes, onde nesta população é a idade superior da 65 anos, fracos recursos económicos e admissões frequentes. Após esta identificação podemos assim mais facilmente trabalhar no sentido de apoios comunitários.

### **Qual o acompanhamento dos representantes junto da sua equipa, dos vários grupos profissionais de saúde envolvidos?**

A comissão coordenadora organizada para este fim concreto, que é o projecto de planeamento de altas, só se preocupou em colocar o projecto em andamento, não dando grande importância ao acompanhamento e segundo Rumelt (1998, p. 702) “a percepção distorcida pode ter origem em miopia (visão apenas de curto prazo, não vendo o futuro com clareza, levando à subestimação dos alertas para ameaças de oportunidades), em aprendizagem supersticiosa (associar sucessos passados a factores de mera coincidência, sem relação causal directa), recusa (rejeição e filtragem de informação que seja contrária ao que é desejado ao que se acredita ser verdade) e rotina (pensamento restrito e imposto pelo grupo, punindo ou rejeitando ideias e informação demasiado afastados da ortodoxia)”.

Este hospital tem sido inovador na criação e implementação de vários projectos, que lamentavelmente não tiveram o seguimento desejado, ora isto acaba por dar origem a frustrações, mas acima de tudo a que as equipas se vão deixando de envolver nos projectos. Neste sentido McCaskey (1998, p. 120) refere que nós agimos “com base nas nossas próprias experiências”.

Os projectos implementadas devem estar constantemente a ser alvo de monitorização, com vista a detectarem-se eventuais reacções não desejadas e que levem à implementação de medidas correctivas. Aliás, é frequente, depois de algo correr mal, o decisor sentir que “devia ter pensado nisto” (Ballé, 1998, p. 232).

Aquando dos primeiros passos do projecto ninguém falou em ganhos para a equipa, mas só para a instituição, a nível dos índices de gestão hospitalar. Portanto

tiveram de ser os próprios grupos profissionais a encontrarem a motivação para aderirem ao mesmo.

Daqui resulta que haja diferentes perspectivas dos gestores e dos trabalhadores, tal como Strebel (1998b, p. 139) refere “para os gestores de topo, mudança significa oportunidade, mas para muitos empregados, a mudança é vista como uma ruptura e intrusão”.

Quando os próprios líderes operacionais não sabiam o ponto da situação do projecto, torna-se ainda mais complicado quando o têm que transmitir aos seus colaboradores, para além de os motivar a aderir. Kotter (1996, p. 25) diz-nos que compete ao líder “obter a adesão dos elementos da organização” e continua (1996, p. 44) no sentido de incentivar as pessoas a alargar horizontes “que se crie nas pessoas, através de distribuição de informação, uma noção sobre o estado das coisas, a um nível mais abrangente que o da sua área específica”.

É necessário estar informado para conseguir ter uma equipa envolvida, o que logo à partida era um entrave ao sucesso do projecto, tal como refere Kanter (1984, p. 232) “para praticamente todas as inovações que vi, o gestor não podia simplesmente ordenar aos seus subordinados para se envolverem: fazer algo acima e além disso requer criatividade e cooperação. Significa que os subordinados devem estar totalmente comprometidos, ou não funcionará”.

Neste projecto foi obstáculo uma má compreensão e preparação do processo de mudança em si (Brénot & Truvée, 1996, p. 115) desde o início. Recordamos a única reunião que houve para a equipa multidisciplinar e depois no próprio serviço a equipa médica optou também só por única reunião. Kotter (1998, p. 11) refere a este respeito que “considera alguns padrões de má comunicação, como sendo: Comunicar uma visão com uma simples e única reunião ou comunicado”.

### **Que implicações práticas deste mesmo projecto?**

Com este projecto aconteceram evoluções muito significativas no processo de cuidados e no modo de estar dos profissionais, revelados pela análise dos impressos, bem como das entrevistas. Pensa-se e fala-se na alta precocemente e é registada mais informação relativa ao processo de alta para garantir a continuidade de cuidados e do investimento de cada grupo profissional.

A família é mais “chamada” a participar nos cuidados e “ensina-se” mais cedo, para obterem mais segurança e confiança na capacidade para lidar com as “novas dependências” do seu doente.

Há uma maior solicitação, melhoria do diálogo e maior esforço de articulação entre os vários grupos profissionais (os envolvidos no projecto e os nutricionistas e psicólogos), nomeadamente em situações com necessidade de apoio domiciliário. Rompeu-se com algumas formas de pensar e agir, dominantes no início do projecto, havendo agora argumentos e fundamentos para poderem negociar tempos para orientação do doente/família/elemento cuidador.

A postura da equipa é mais activa e dinâmica na procura de soluções para o doente e família, sendo a comunicação mais horizontal. Sendo que actualmente a equipa deste serviço conhece de outro modo a pessoa, que por estar doente vive este período da sua existência, precisando da sua ajuda e da sua competência.

Não foi um processo sem dificuldades. Compreender a linguagem uns dos outros não é fácil, uma vez que construir problemas comuns é complexo, pelas mediações e cedências que implica.

Liderar um projecto exige investimento, muito empenhamento, acompanhamento e que o risco e a incerteza não abafem o desejo de instituir mudança.

Procurou-se aprender a ser mais tolerante, a aceitar as diferenças e, sobretudo, procurou-se aprender as medidas adequadas ao contexto de trabalho, para que as necessidades, desejos e preocupação das pessoas possam emergir. Os modos de ver de cada profissional são verbalizados com maior facilidade.

Como implicações futuras, este projecto permitia tomar consciência dos pressupostos que fundamentam o projecto em uso no serviço, construindo-se simultaneamente novos modos de agir mais consentâneos com a situação da pessoa hospitalizada que necessita de cuidados e, por isso, é sempre uma situação singular. Começou a pouco e pouco a ser evidente que preparar a alta não é mais uma tarefa a realizar, mas um ponto crítico para repensar o sentido que se atribui aos cuidados e o lugar que o doente/elemento cuidador ocupa no trabalho da equipa.

## 6 - CONCLUSÃO

Ao longo dos tempos a mudança tem estado ao serviço dos indivíduos e das instituições, visando um ajuste recíproco, onde o campo da saúde não é excepção.

Podemos dizer que nos últimos vinte e cinco anos se verificaram importantes alterações no Sistema Nacional de Saúde, como a adopção e implementação do Sistema Nacional de Saúde (1979), a aprovação da Lei de Bases da Saúde (1990) e a Privatização da Gestão de trinta e um hospitais estatais, que foram formadas Sociedades Anónimas (2002).

Estas mudanças não são alheias à maior consciencialização que as pessoas têm dos seus direitos e que as tornam mais exigentes. Daí que qualquer reforma neste momento deva ter a participação do cidadão, através da realização de uma democracia económica, social e cultural. O desenvolvimento das políticas e estratégias de saúde não estão alheias à necessidade de fazer face a uma população cada vez mais envelhecida, reconhecendo a necessidade desta população ter capacidade de controlo da sua própria saúde, e capacidade de intervenção e participação comunitária. Berger et al (1995) sublinham que a base é ajudar os idosos a viver com a melhor qualidade de vida, permitindo-lhe a plenitude da sua liberdade e autonomia como pessoa.

Não basta aprovar projectos de mudança, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projectos se tornem parte da sua rotina em vez de entrarem em conflito com ela.

A riqueza da experiência reconhece-se no conceito de profissional como “prático reflexivo”, sendo este um elemento fundamental no processo da aprendizagem. O reconhecimento na reflexão, possibilita a interiorização e a responsabilização, pelo próprio desenvolvimento pessoal.

É urgente a aprendizagem e mudança, quer individual, quer organizacional, pois só com aprendizagem pode haver mudança. A aprendizagem organizacional é

conceptualizada nesta contribuição como a aquisição, partilha, interpretação, lembrança e a recuperação da informação dentro e fora da organização.

Este projecto não isento de dificuldades e obstáculos, permitiu também alterações positivas nas dinâmicas do serviço, onde o empenhamento da equipa multidisciplinar merece um destaque.

Cumpra agora proceder à explicação da metodologia seguida neste trabalho, procurando esclarecer as opções e os procedimentos adoptados na sua realização. O facto de termos recorrido a dados de arquivo, bem como o tempo em que ocorreu a sua selecção ter sido por conveniência, implica uma contenção no que diz respeito às generalizações. Apesar de se tratar de limitações metodológicas, elas podem reflectir-se a nível dos resultados e, como tal, revestem-se de alguma importância que é útil não desprezar.

Realmente não se ganhou a aposta da mudança pretendida inicialmente, mas acabou por ficar incutido no seio da equipa determinadas alterações à sua rotina, que permitiram uma melhoria futura contínua dos cuidados, sendo necessário que todos se sintam motivados e envolvidos.

Prestam-se actualmente cuidados mais centrados no doente/pessoa internada e família/elemento cuidador, o que se traduz pela tentativa de nortearmos as nossas acções pelos valores de cada pessoa como ser único, a par da eficiência científica, técnica e relacional.

Este projecto possibilitou a percepção que as estratégias de acção no campo da saúde tendem hoje, num mundo que se transformou numa aldeia global, para a resolução dos problemas em rede, criando novas formas de relação entre pensamento e acção, num espaço conjunto e concertado entre hospital e comunidade.

As profissões de saúde estão em constante evolução e neste contexto, consideramos fundamental a análise das práticas, certos de que os profissionais de saúde produzem a sua formação nos cuidados que prestam. Boutinet (1990), citada por Gomes, Almeida & Rebelo (2000, p. 155), refere que “a prática é um processo que visa um fim, o qual se projecta antes e no decorrer da acção”. As práticas têm como objecto de mudança o doente/elemento cuidador, de forma a fazer evoluir de uma forma positiva a situação em que se encontra o doente/elemento cuidador. As práticas hospitalares são processos interactivos complexos, partilhados por diferentes actores, onde se incluem os doentes que recebem cuidados.

Temos um longo caminho a percorrer, no qual se cruzam os desenvolvimentos das instituições de saúde, mas também o futuro dos profissionais de saúde e das suas práticas.

Assim sendo, a experiência dos que cuidam, deve ser colocada em primeiro plano, para a elaboração e construção do saber profissional, levando a considerar que são as duas faces da mesma moeda: o desenvolvimento profissional é indissociável do desenvolvimento pessoal e a sua coerência dá sentido, fôlego e suporta o desenvolvimento institucional, levando a profissões renovadas.

Os progressos alcançados em Portugal nas últimas décadas, ao nível da saúde são visíveis, no entanto temos a noção que muito mais há para fazer. Esperamos que com este trabalho possamos ter contribuído para algum progresso no âmbito da saúde, como nos refere John Ruskin “Qualidade nunca é um acidente, ela resulta sempre de um esforço inteligente”.

Este trabalho não terminará por aqui, e como aposta futura parece-nos fundamental a rentabilização dos espaços de reflexão das práticas, a procura de maior aproximação/presença junto ao doente por parte dos profissionais, clarificar o lugar do impresso de colheita de dados no processo de cuidados, incentivar reuniões multiprofissionais, tendo em vista a procura de caminhos para o planeamento de altas, a informação sobre os recursos da comunidade, através do serviço social e por fim escrever as nossas experiências e partilha-las.

## 7 - REFERÊNCIAS

- Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn. *Harvard Business Review*, May-June, Harvard Business Review Press, Boston.
- Ballé, M. (1998). Transforming decisions into action. *Career Development International*, Vol. 3, Nº 6, 227-232, MCB University Press, Bradford, England.
- Bergson, H. (1994). *A intuição filosófica*. Edições Colibri, Lisboa.
- Brénot, J. & Tuvée, L. (1996). *Le changement dans les organisations*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Bury, A. (1997). *Education pour la sante*. 1 edition, Questions de Boeck Universite, Bruxelles.
- Cabiedes, L. & Guillén, A. (2001). *Adopting and managed competition: Health care reform in Southern Europe*. *Social Science and Medicine*, 52, 1205-1207.
- Carmo, M. & Ventura, E. (2003). Processos de mudança nas estruturas organizacionais de saúde. *Revista Sinais Vitais*, nº 48 de Maio (23-27).
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria geral da administração*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Conselho de Administração (2003). *Regulamento Interno do Hospital Pulido Valente, SA*. Tipografia Gabinete Impressor, Lda
- Cormier, S. (1995). *La communication et la gestion*. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- D'Oliveira, T. (2002). *Teses e dissertações: Recomendações para a elaboração de trabalhos científicos*. Lisboa, Editora RH, Ld..
- Dawson, P. (1994). *Organizational change: A processual approach*. Paul Chapman Publishing, London.
- Drucker, P. (1996). *Structures et changements: Balises pour un monde différent*. Éditions Village Mondial, Paris.
- Duck, J. (1998). Managing change: The art of balancing. *Harvard Business Review on Change*, Harvard Business School Press, Boston.

Ferreira, A. (2003). *Regulação em Saúde: Definição e ensaio de validade de um modelo aplicável no sistema de saúde português*. XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

Ferreira, J. (2001). Abordagem política das organizações. In Ferreira, J.; Neves, J. & Caetano, A.(Eds.). *Manual de Psicossociologia das Organizações* (103-127). Lisboa: McGraw-Hill.

Ferreira, J.M.; Neves, J. & Caetano, A. (1996). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Editora Mc Graw Hill.

Ford, J. (1999). Organizational change as shifting conversations. *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 12, nº 6, MCB University Press, Bradford, England.

Ford, J. & Ford, L. (1995). The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, Vol. 20, 541-570, U.S. Academy of Management, New York.

Fridmann, J. (1996). *Empowerment: Uma política de desenvolvimento alternativo*. Oeiras, Edições Celta.

Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: O erro de Narciso*. Dissertação apresentado no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

Gomes, I.; Almeida, P. & Rebelo, T. (2000). A preparação para a alta: Um modo de continuidade dos cuidados de enfermagem. In *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação* (152-167). Formação de enfermagem e percursos de formação. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional do Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Direcção Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde.

Henriques, A.; Jorge, M. (1995). *Dificuldades Sentidas pela Família Após a Alta*.

Hesbeen, W. (1996). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures. Lusociência.

Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e científicas, Lda.

Kanter, R. (1984). *The change masters: Innovation & Entrepreneurship in the American Corporation*. Simon & Schuster, New York.

Kotter, J. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press, Boston.

Kotter, J. (1998). *Leading change: Why transformation efforts fail*. *Harvard Business Review on Change*, Harvard Business School Press, Boston.

Lowenstein, A.; Hoff, P. (1994). *Discharge Planning: A Study of Nursing Staff involuente*. *JONA*, Volume 24, nº 4, 45-50.

Martin, R. (1998). *Changing the mind of the corporation*. *Harvard Business Review on Change*, Harvard Business School Press, Boston.

McCaskey, M. (1998). *Conceptual Mapping in Wit, B. & Meyer, R. , Strategy: process, content, context*. 2<sup>nd</sup> edition, International Thomson Business Press, London.

Ministério da Saúde (1997). *A saúde dos Portugueses*. Portugal, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e diâmica das organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Moura, J. (2003). *Argumentação falaciosa na mudança organizacional*. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia.

Nabais, J. (2003). *Vivências num congresso sobre empowerment*. *Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal*, nº 28, Julho/Setembro, 22-23.

Neves, F. (2001). *Problemas do Doente e Família Perante a Alta Hospitalar: Reflexão Sobre a Experiência de uma Unidade de Cuidados*. Monografia do Curso Complemento de Formação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). *O estado da saúde e a saúde do Estado: Relatório da primavera*. Lisboa. ENSP.

Oldcorn, R. (1995). *Iniciação à gestão e a criatividade também aprendem para uma boa e sensata gestão*. Mem Martins: Edições Cetop.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OECD (1998). *Economic Surveys: 1997-1998*. Portugal. Paris: OECD.

Orgogozo, I. (1988). *Les paradoxes de la communication: A l'écoute des differences*. Paris, Les Éditions d'Organisation.

Ornelas, J. (1997). *Psicologia comunitária: Origem, fundamentos e áreas de intervenção*. *Análise Psicológica*, 3 (XV), 375-388.

Pearce, B. (1994). *Interpersonal communication: Making social worlds*. New York, Harper Collins College Publishers.

Pereira, O. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pina e Cunha, M; Rego, A.; Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2003). Mudança organizacional In *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 1ª Edição, Lisboa, Editora RH, Lda, 689-712.

Pinto, C. & Oliveira, M. (2001). The portuguese health care system: current organisation and perspectives for reform. In *CISEP: Como está a economia portuguesa?* Livro de Actas da IV Conferência sobre a economia portuguesa. Lisboa: CISEP.

Preker, A. & Harding, A. (2000). *The economics of public and private roles in health care: Insights from institutional economics and organizational theory*. Washington, DC: World Bank. [http://www1.worldbank.org/hnp/pub\\_discussion.asp](http://www1.worldbank.org/hnp/pub_discussion.asp)

Reis, J. (1999). Modelo metateorico da psicologia da saúde para o século XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, Lisboa, 3 (XVII), 415-433.

Ribeiro, J. (2003). Empresarialização dos Hospitais. *Revista Qualidade em Saúde*. Publicação do Instituto da Qualidade em Saúde, nº 7, Junho, 10-11.

Saltman, R. & Figueras, J. (1997). *European health care reform: Analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series, Nº 72.

Saltman, R. & Von Otter, C. (1992). *Planned markets and public competition: Strategic reform in northern european health systems*. Buckingham: Open University Press.

Saltman, R.; Figueras, J. & Sakellarides, C. (1998). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Eds. Buckingham: Open University Press.

Schulz, A. (1995). Empowerment as multi-level construct: Perceived control at individual, organizational and community levels. *Health Education Research*, vol. 10, nº 3, 309-327.

Silvia, V. (1991). Mudanças em Enfermagem. In Kurogant, P. (Coord.). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: E.P.U.- Editora Pedagógica e Universitária Lda, 223-237.

Smircich, L. & Stubbart, C. (1998). Strategic Management in an Enacted World in Wit, B. e Meyer, B. *Strategy: process, content, context*. 2<sup>nd</sup> edition, International Thomson Business Press, London.

Stacey, R.; Fonseca, J. e Pina e Cunha, M. (1996). Estratégia de Gestão: Do mecanismo à complexidade (59-80) in Marques, C.; Pina e Cunha, M. *Determinantes da gestão e relações com o mercado*. Biblioteca de Economia & Empresa das Publicações Dom Quixote. Lisboa.

Strebrel (1998). Why do employees resist change? *Harvard Business Revue on Change*, Harvard Business School Press, Boston.


Wadell, D. & Sohal, A. (1998). *Resistance: A constructive toll for change management*. Management Decision, 36/8, MCB University Press, Bradford, England.

Wit, B. & Meyer, R. (1998). *Strategy: Process, content, context*. 2<sup>nd</sup> edition, Internacional Thomson Business Press, London.

**8- ANEXOS**

## **8.1 - Anexo A**

**(Instrumento do Projecto de Planeamento de Altas)**

 <b>HOSPITAL</b> <b>PÉLIDO VALENTE, S.A.</b>	
<b>SERVIÇO:</b> _____ <b>SALA:</b> _____ <b>CAMA:</b> _____	

**PROGRAMAÇÃO DE ALTA / CONTINUIDADE DE CUIDADOS**

MÉDICO ASSISTENTE : _____		CENTRO DE SAÚDE : _____
CUIDADOR PRINCIPAL : FAMÍLIA <input checked="" type="checkbox"/> <i>Grau de Parentesco</i> _____		AMIGO <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <input checked="" type="checkbox"/> (Explicitar) _____
CONTACTOS - TELEF _____		TM _____
ADMISSÃO:    PROG. <input checked="" type="checkbox"/> URG. <input checked="" type="checkbox"/> DATA _____ / _____ / _____		
A Preencher pelo Médico	A Preencher pelo Enfermeiro	A Preencher pelo Assistente Social
Motivo de Internamento: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Problemas Identificados	<input checked="" type="checkbox"/> Contactado o doente / família
Diagnóstico Definitivo: _____	_____	Data _____ / _____ / _____
Outros Diagnósticos: _____	_____	1ª Avaliação: _____
Previsão de Alta Clínica: _____ / _____ / _____ 1º ( às 48 horas )	<input checked="" type="checkbox"/> Intervenções de enfermagem:	_____
_____ / _____ / _____ 2º	_____	_____
Data da Alta Clínica: _____ / _____ / _____	_____	Diagnóstico Social: _____
Data da Alta Administrativa: _____ / _____ / _____	_____	_____
Possíveis limitações que após a alta alterem as suas actividades de vida diária:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação	_____
Temporárias <input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/> Continuidade de cuidados do ponto de vista social
Definitivas <input checked="" type="checkbox"/>	_____	Data : _____ / _____ / _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Previsibilidade de cuidados de enfermagem após alta clínica:	Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Assegurado <input checked="" type="checkbox"/>
	_____	Quem apoiará após a alta? _____
	_____	_____
	<input checked="" type="checkbox"/> Data em que foi assegurada a continuidade de cuidados _____ / _____ / _____	Onde? _____
Assinatura : _____	Assinatura : _____	Assinatura : _____
Nº Mec.: _____	Nº Mec.: _____	Nº Mec.: _____

Tipos de Solução		Adequada	Possível			Adequada	Possível
<b>A – Destino do Doente</b>							
1. Domicílio Anterior		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Apoio Económico		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Domicílio familiares		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Transportes		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Lar Oficial		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Com Terapêutica		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Lar Particular		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Centro de Acolhimento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
o Com Subsídio		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Outros		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
o Sem Subsídio		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>C – Ajudas Técnicas:</b>			
5. Inst. Saúde Menos Diferenciadas		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quais:		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Outra		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• _____		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>B – Tipos de Apoio</b>							
1. Centros de Dia		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• _____		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Ajuda Domiciliária – Cuidados domésticos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
o Alimentação		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
o Higiene Pessoal		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
o Arranjo de Casa		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
o Outros		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
<b>Causas da não Implementação da Solução Adequada:</b>							
5. Inexistência de Estruturas		<input checked="" type="checkbox"/>					
6. Estruturas Saturadas		<input checked="" type="checkbox"/>					
7. Falta de Aceitação	- Doente	<input checked="" type="checkbox"/>					
	- Família	<input checked="" type="checkbox"/>					
8. Outras		<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>Observações:</b>							
<b>Área Médica:</b> _____							
_____							
_____							
_____							
_____							
<b>Área de Enfermagem:</b> _____							
_____							
_____							
_____							
_____							
<b>Área do Serviço Social:</b> _____							
_____							
_____							
_____							
_____							

## **8.2 - Anexo B**

### **(Guião da Entrevista)**

## Guião da Entrevista

O Projecto de Planeamento de Altas está desde o ano de 2003 a ser implementado no serviço. Este nasce no seguimento das iniciativas elaboradas pela Unidade de Missão, no âmbito do programa de redução da demora média.

### Questões:

- 1- O que entende por Planeamento de Altas e quais os objectivos?
- 2- Que pensa do projecto de Planeamento de Altas, proposto pela Unidade de Missão?
- 3- Até que ponto o impresso adoptado neste Projecto, vai de encontro às necessidades do serviço?
- 4- Considera o impresso, um instrumento adequado, claro, objectivo e de fácil preenchimento?
- 5- Houve alguma reunião a explicar o porquê do impresso, como preencher e de acompanhamento do projecto?
- 6- Sugestões de melhoramento do impresso?
- 7- Quais as razões que pode apontar para a não adesão dos profissionais?
- 8- Comentários extra...

### **8.3 - Anexo C**

**(Transcrição das Entrevistas)**

## SUJEITO 1: ENFERMEIRA CHEFE

(20 de Maio de 2004)

**Eu:** Bom dia! Sei que sabe a finalidade de estarmos aqui hoje, é no seguimento do projecto de planeamento de altas! Começaria por perguntar o que entende por planeamento de altas e quais os seus objectivos?

**Enfermeira Chefe:** Bom, assim de uma forma não estruturada, para mim planeamento de altas é com certeza um processo, é um conjunto de actividades que têm de ser por um lado sistemáticas, coordenadas, mas interdisciplinares. Actividades de cooperação com o doente, família, pessoas significativas no sentido de nos anteciparmos às necessidades dos mesmos após a alta, de planearmos em conjunto um plano de cuidados que lhes permita otimizar o seu estado de autonomia e de garantir a continuidade de cuidados, isto é, de garantir que os recursos disponíveis, que nem sempre são aqueles que são os necessários, estejam prontos, estejam acessíveis ao doente e à família no momento da alta.

Objectivos... são vários. Em primeiro lugar é garantir a continuidade dos cuidados do doente após a alta e com isso evitar reinternamentos, por inadequada preparação da alta e reduzir números de internamento inapropriado, por razões que não de ordem clínica.

**Eu:** Tendo por base o que acabou de referir, o que pensa deste projecto de planeamento de altas, proposto pela unidade de missão?

**E. C.:** Penso várias coisas... e algumas das quais contraditórias. Como iniciativa e como principio... sobre a iniciativa, penso que é de todo pertinente e que seria um passo em frente, no sentido de exactamente começarmos a pensar a alta do doente de uma instituição hospitalar de agudos, desde o primeiro dia de internamento, portanto é, não só do ponto de vista da gestão (da melhoria da eficiência e da eficácia das instituições), que têm objectivos claros que são atender os doentes nas suas fases de agudização, mas que também e no sentido de alterar um bocadinho a cultura que não temos de pensar na problemática de do doente como um todo. Agora em relação à metodologia, e é o que quase sempre acontece nos programas de qualidade, nos projectos de qualidade, pois para mim este é um projecto na melhoria continua da qualidade, depois acabam por se subar e não ter sucesso, não é tanto pela postura, nem pelos recursos que na maior parte das vezes são escassos, mas é sobretudo pelo processo

de metodologia. Em relação a isso, penso que não se andou bem. Não se andou bem desde o início. Em primeiro lugar, porque o calendário que escolheram para implementação não foi de facto o melhor. Isto iniciou-se... começou a dar os primeiros passos em julho de 2003, numa altura em que é período de férias, e portanto em que o pessoal está ainda mais reduzido e logo sem possibilidade de ser motivado para um acréscimo de trabalho, que foi o que isso significou, ou que devia ter significado, depois o envolvimento de todos os actores neste projecto, a começar pelas chefias operacionais que no fundo têm a responsabilidade da coordenação operacional deste projecto, não nos foi explicado... sequer explicado, quais eram os objectivos do projecto.

**Eu** - Não houve uma reunião formal?

**E. C.** - Houve uma reunião formal, mas as informações centram-se sobretudo à volta do instrumento que se ia utilizando, o suporte...

**Eu** - Estamos a falar desta folha concreta?

**E. C.** - Exactamente do suporte escrito à primeira fase da implementação desse projecto, só depois, nós, enfermeiros Chefes e porque eu encaixo neste projecto um outro programa de melhoria da qualidade para os enfermeiros é que conseguimos perceber que esta fase que nós iniciámos no dia 7 de Julho corresponde a uma das três iniciativas da unidade de missão, inscritas no programa de redução da demora média e corresponde ou corresponderia, se tivesse continuado, enquanto projecto, na minha opinião não continuou, e corresponderia a uma primeira fase que era a de identificação dos doentes problemáticos, não recebemos nada disso, nada disso nos foi dito e portanto aquilo que nos foi dito de quem é que preenchia o impresso, que haveriam de haver auditorias internas e auditorias externas da unidade de missão, quem era a equipa coordenadora do projecto ao nível do hospital e pouco mais... e ficámos por aqui, pronto isso teve como consequência que também para depois os prestadores que no fundo iam operacionalizar os registos não tivéssemos nós a possibilidade de motivar e dizer, isto é por isto e querem-se estes resultados ou com este tempo a percorrer estas e estas etapas, com o necessário envolvimento destes e destes profissionais, nesta e nesta área, portanto nada disto foi feito.

**Eu** - Mas a Enfermeira com a sua equipa, uma vez que é a Enfermeira Chefe deste serviço, teve esse cuidado?

**E. C.** - Tive esse cuidado, nessa altura eu não estava cá, estava de férias quando isso foi implementado e desde logo me apercebi de algumas disfuncionalidades até logo

pelo preenchimento do impresso. Tendo-me também logo apercebido que ninguém percebia porque era aquilo e se calhar corria-se o risco de mais um papel a preencher sem se ver a utilidade. Apercebi-me desde logo que haviam algumas incongruências e propus às minhas colegas Chefes envolvidas, às restantes 3 colegas envolvidas no projecto que de facto olhássemos para isto com olhos de ver e que aproveitássemos esta iniciativa, também para mudar algumas coisas em termos do desempenho dos enfermeiros ao nível desta área do planeamento da alta, reconhecendo no entanto como algo que é uma mais valia, ou seria, se entrasse de facto na actividade diária do serviço em termos de todos os grupos de profissionais pela primeira vez ver num mesmo impresso e com o mesmo grau de importância porque ao mesmo nível, até em termos gráficos, o registo de 3 grupos profissionais distintos para um mesmo objectivo, portanto isto tinha esta mais valia, que deveríamos ter conseguido potencializar e agarrar. Pronto, o que aconteceu, e nós fizemos isso, apercebemo-nos desde logo que em contactos e em reuniões formais com os responsáveis da instituição pelo projecto que também eles andavam muito perdidos, porque a unidade de missão também nunca mais pedia nada, cada um dos hospitais piloto andavam a fazer, a implementar o programa á sua maneira sem uma reunião de orientação de feedback e tudo mais, nós tivemos claramente a sensação de que se calhar alguma coisa não estava a correr bem em termos do projecto desde a unidade de missão, enfim, por ai a baixo, acontece agora, e eu por acaso tive a oportunidade e tenho a oportunidade de estar numa formação sobre planeamento de altas com todos, com representantes de todos os hospitais SA e apercebi-me que se nós no ... ainda colocamos esta problemática e estas questões, nos outros hospitais piloto quando eu falei desta problemática, parecia que estava a falar de algo que nunca tinha acontecido ou uma experiência que só o ... é que estava a ter.

**Eu** - No fundo eles não avançavam com um projecto de planeamento de altas?

**E. C.** - Não avançaram. Não deram cumprimento, eu penso que a unidade de missão não avançou com o seu projecto e com o seu programa de redução da demora média.

**Eu** - Faz parte do item C

**E. C.** - Exactamente. Nomeadamente ao nível das iniciativas B e C, nunca mais tanto quanto eu pude perceber, e isso aconteceu aqui. Do feedback que eu tive informalmente dos colegas terá acontecido nos outros sítios, nunca mais ninguém questionou os resultados ou o que quer que seja, portanto se calhar isto ficou, mais uma

vez, e infelizmente, mais uma vez, por aqui. Percebi que a unidade de missão está em relação ao planeamento de alta numa outra fase, se calhar mais uma vez fugir para a frente, pronto é o que eu acho, estes projectos são fugas para a frente porque não sendo continuados, não sendo à partida... ou é no planeamento ou é em qualquer coisa que falha aqui, no desenrolar do processo, são fugas para a frente porque sistematicamente se abandonam projectos e se reiniciam outros e sem que ninguém perceba porque é que se está a pedir um esforço suplementar a cada um de nós, e isto para dizer o que é que penso deste projecto, era um projecto com imenso potencial, que nomeadamente no nosso serviço penso que constituiu uma mais valia, já lá vamos àquilo que eu penso como é que ele agora está e porque é que ele agora está assim, que de facto quando nós tentámos, mesmo com muitas dificuldades da parte de enfermagem, porque penso que é o campo mais difícil de preencher nesse registo, quando nós alterámos a folha, quando no processo de mudança da folha tentámos, aí sim, envolver todos os actores, quer em termos de sugestões, quando nós elaborámos um guião orientador para esta folha que era o que não existia desde o início, o que colocaria dificuldades enormes e disparidades de entendimento e de critérios entre quem preenchia...

**Eu** - Já que está a falar na folha, eu gostava de clarificar uma coisa, a primeira folha existente foi elaborada por vós?

**E. C.** - Não, a primeira folha existente foi elaborada internamente, cada um dos hospitais piloto elaborou internamente, aliás, nós pedimos, logo no início do projecto de alteração da folha aos outros hospitais feedback, e não recebemos. Portanto pedimos que eles nos facultassem o impresso deles que nós facultaríamos o nosso, e não recebemos qualquer resposta, portanto foram elaborados internamente. Os enfermeiros Chefes, dos quatro serviços piloto, entraram exclusivamente no momento da implementação.

**Eu** - Ou seja, e depois também propuseram algumas alterações?

**E. C.** - Tomámos a dianteira, vimos que os enfermeiros não estavam a preencher, tentámos perceber porquê, achámos que esta era uma oportunidade de, de facto, começarmos a trabalhar em equipa e a sistematizar coisas em equipa multidisciplinar, mas também uma oportunidade de realçar a função autónoma do enfermeiro no planeamento de altas e então fomos nós que propusemos à equipa responsável do hospital a alteração da folha, a primeira folha nem sequer teve uma fase experimental, o que logo daí, metodologicamente é incorrecto. Teve a fase experimental que depois deu

o que deu, foi elaborada pelo coordenador que é o médico, a direcção de enfermagem e a coordenadora do serviço social, não foram pedidas sugestões.

**Eu** - Então uma vez que foi globalmente elaborado, acha que esta folha tem a ver concretamente com as necessidades específicas deste serviço, que é um serviço de insuficientes respiratórios?

**E. C.** - Penso que se pode adaptar, o que muda, penso que tem todos os passos de registo do planeamento de altas e portanto os problemas de altas destes doentes podem ser diferentes mas são problemas de alta, as necessidades podem ser diferentes mas exigem da mesma forma que para outros doentes com diferentes perfis uma intervenção precoce. Portanto penso que é perfeitamente adaptável a este serviço, sobretudo às necessidades dos doentes e às nossas intervenções.

**Eu** - Nesta última alteração feita em relação ao impresso, considera este impresso um instrumento adequado, claro e objectivo e acima de tudo de fácil preenchimento em termos de utilização?

**E. C.** - Adequado acho que é. Como primeira fase acho que é a fase de identificação dos doentes problemáticos e sobretudo também para além disso a fase de avaliação de que intervenções nós temos que desencadear e as dificuldades que encontramos depois a dar resposta... penso que é adequado.

Claro, penso que ficou mais claro, falta agora fazer a avaliação do período experimental que não correu muito bem (podemos voltar a falar disso).

Fácil de preencher, penso que para o médico é facilímo de preencher, enfim porque tem uma primeira hipótese de alta clínica e depois uma segunda hipótese, para a Assistente Social, penso que é fácil de preencher, para o pessoal de enfermagem necessita, necessitou ou necessitaria de um grande acompanhamento inicial pelo coordenador operacional do projecto, que neste caso sou eu, que não aconteceu porque altera alguns dos hábitos, nomeadamente neste serviço de registos de enfermagem pelos enfermeiros e obriga a pensar em problemas de alta de enfermagem. Portanto obriga a um outro sistema mental por parte dos enfermeiros, e é por isso que não é fácil de preencher, e por isso necessitava de um acompanhamento sistemático, até que por tentativa erro fossemos consensualizando estes problemas de alta, estas intervenções, os momentos de preenchimento, até que chegássemos à conclusão que o método de trabalho que temos (que é o método individual) dificulta o preenchimento.... um programa... a implementação de um programa de planeamento de altas por parte dos

enfermeiros, que o método mais adequado seria o método responsável, em que o enfermeiro desde o início do internamento até ao final é responsável por aquele doente, claro com todos os outros, mas é ele quem assume a responsabilidade de planear as acções e depois discutir com todos os colegas, e por isso a elaboração do guião, até que acho que fizemos tudo relativamente bem, em termos metodológicos, faltou a parte do acompanhamento, tanto quanto sei, e foi-me confirmado pelas outras colegas, ao contrário do que ainda acontece neste serviço, onde de vez em quando alguns campos ainda são preenchidos, nos outros serviços nenhum dos grupos profissionais já está a preencher os impressos, mesmo depois de alterados. Já desafiei as minhas colegas chefes para nos reunirmos, para percebermos porque é que foi este insucesso, é muito difícil lidarmos com os insucessos, e não tenho tido grande feedback nesta tentativa de nos reunirmos, eu vou fazê-lo com certeza, com o meu serviço, mas penso que enriqueceria perceber, porque é que apesar das alterações no impresso ele não foi preenchido, não é? Continua-se a pensar em projectos como declarações de intenções e não se alocam recursos para os projectos, depois é assim, de cima a gestão estratégica lança projectos, mas depois abandona-os e não há hipótese de nenhum projecto ir para a frente por muito empenhamento de quem está nos vários níveis da cadeia, se em termos de quem tem o poder de decisão não há vontade de que as coisas vão para a frente, e isso tem efeitos perversos importantes, é que as pessoas todas, prestadores, cuidadores, chefias operacionais e intermédias, começam a não acreditar mais e a recusar, e a não envolver-se no que quer que seja de estratégia de mudança, se cada vez que lhes é pedido alguma coisa é pedido e depois não há mais feedback, não há mais supervisão e tudo cai... cai assim sem sequer se ter assumido que cai, porque não há estas e estas condições, vai morrendo à mingua de estímulos, isto é altamente frustrante e desmotivador.

**Eu** – Tendo por base esta última alteração, ainda teria alguma proposta de alteração ou acha que neste momento o impresso já está adequado em termos de preenchimento da folha?

**E. C.** – Não tenho condições para responder a essa pergunta, porque ainda não fiz, como já deveria ter feito, mas não posso penalizar-me por tudo o que não consigo fazer, a avaliação da fase experimental que acabou o mês passado portanto, só depois de eu fazer uma análise retrospectiva do preenchimento dos impressos, e de me reunir com a minha equipa para perceber das razões porque é que este campo foi ou não foi

preenchido, é que eu posso dizer se há ainda mais alterações porque eu ainda não ouvi ninguém. Portanto não sou eu quem preenche o impresso, são os prestadores, são os enfermeiros responsáveis pelos doentes, são eles quem com certeza sentem as dificuldades e têm as sugestões de implementação de melhoria.

**Eu** – Como a enfermeira há pouco disse, tem havido pouca adesão em termos de preenchimento, não é, quais as razões que aponta para este não preenchimento?

**E. C.** – Da parte dos enfermeiros, e não tendo feito uma análise, uma revisão de processo formal, penso que a Assistente Social ainda vai preenchendo por carolice. Da parte dos enfermeiros alguma das razões já fui levantando, ao contrário do que acontece com os médicos que são responsáveis por aquele doente, o que acontece com a Assistente Social que é responsável por todos, mas é a mesma para todos os enfermeiros rodam durante todos o dia e todos os dias e portanto é-lhes difícil acompanhar e responsabilizar-se por 1, 2 ou 3 doentes em exclusivo e portanto perdem o fio à meada do que é que foi identificado e planeado, o que é que já foi executado, avaliado, portanto esta metodologia de trabalho e esta nossa estrutura de trabalho que é inevitável embora possa ser melhorada, leva à desresponsabilização dos enfermeiros e há dificuldade, de facto, em preencher, por outro lado a falta de hábito de pensar nas questões da continuidade de cuidados e no planeamento da alta e desta forma sistemática e adequada que é desde o primeiro dia de internamento. Uma razão nesta fase central, foi a minha incapacidade para acompanhar no dia a dia, no terreno, em relação a cada doente, o preenchimento desse impresso, mais dificuldades: a ausência de feedback e de alguém que diga isto serviu para quê. Lembro-me que disse à minha equipa que tinha havido uma auditoria, e houve uma auditoria interna ainda quando viram a folha e resolveram ver quem preencheu e quem não preencheu, nem sequer quiseram saber quais as razões, mas depois haveria uma outra interna em Janeiro e para em Fevereiro haver uma auditoria externa. Nem uma nem outra aconteceram e portanto a equipa nunca mais ouviu falar disto, nem a mim, nem que alguém tenha dito alguma coisa, portanto é a falta de feedback de quem está como líder, acho que são estas as razões de todas as culpas, não iria ser fácil de preencher do ponto de vista da enfermagem acho que iria ser um passo em frente do ponto de vista do desempenho de uma actividade nobre e autónoma dos enfermeiros que é a promoção do auto-cuidado e iria ser um factor motivante para nós também iniciarmos um projecto que para mim é fundamental, que é o projecto de planeamento de altas, embora eu tenha cada vez mais a

convicção que feito como tem sido feito sectorialmente (quer por serviço, quer por grupo profissional) não vamos lá, este é um problema sistémico que precisa de uma resposta sistémica, isto é de todos os grupos profissionais e de uma vontade estratégica porque não são só as questões de ordem social, quando o doente não sai, o que provoca dias de internamento inadequados, sabemos que são questões de ordem não clínica mas internas da falta do défice dos circuitos de tudo o que é pensado em termos de outras lógicas que não a lógica do doente, ao nível interno da prestação existencial interna, só havendo assim uma vontade de cima em dizer que nós queremos fazer isto, levamos isto até ao fim, que eu penso que a haver então não tem tido expressão, concerteza devo estar a ser injusta, mas não tenho visto formas concretas de como essa vontade se expresse, todos os projectos que nós façamos, que eu acho que são válidos e que até aqui no nosso serviço neste momento, se calhar com o início do preenchimento desta folha de forma atribulada e tal, mas de alguma maneira o planeamento de altas começa a ser falado pelos enfermeiros apesar das rotinas e da nossa forma de fazer registos, que é inadéquidíssima, porque não valoriza o nosso trabalho autónomo, há concerteza terreno para começar a pensar no planeamento de altas do ponto de vista de enfermagem de uma maneira diferente, mas os resultados serão limitados, não podemos querer que um projecto do planeamento de altas de um grupo de enfermeiros de um serviço venha mudar sensivelmente a realidade, mesmo dos doentes internados aqui.

**Eu** – Não sei se queria dizer mais alguma coisa, mas...

**E. C.** – Não, acho que este trabalho é de facto muito pertinente, uma temática que é do mais actual possível, não só para as instituições de saúde, para os hospitais SA, mas para este serviço, onde os reinternamentos são uma constante onde os problemas de facto de alta para todos os problemas que os doentes já traziam antes do internamento e os outros que são decorrentes da doença que convergem todos no momento de internamento, mas sobretudo que emergem no dia de alta, são enormes, é uma população idosa com uma rede de apoio sócio-familiar muito débil, com fracas condições económicas e portanto em que o planeamento de alta não só do ponto de vista da eficácia e da eficiência desta unidade de saúde, mas sobretudo da qualidade de vida do população a quem servimos é de facto uma grande necessidade.

**Eu** – Agora depois de ter feito essa observação em termos de caracterização do grupo daqui do nosso serviço, lembro-me uma questão, acha que foi por causa dessa

mesma caracterização que este foi um dos serviços escolhidos, para o planeamento, para avançar com a implementação deste projecto?

**E. C.** – Foi, foi também, mas já agora, passo a publicidade, não foi só ... haviam outros que também têm doentes idosos crónicos e não foram escolhidos, este serviço foi escolhido para além dos serviços de medicina, pelas razões óbvias dos quatro tipos de serviços de medicina, a dependência e tudo mais, porque a imagem que o serviço passa para o exterior e que acho que de algum modo é coincidente com o que se passa de facto é que é um serviço onde ainda se consegue trabalho, onde já se consegue trabalhar de algum modo em equipa, onde a abertura para a interajuda com os outros profissionais é muito grande e para projectos destes é muito grande também, pelas características de equipa.

**Eu** - Quando fala em equipa está a referir-se a multidisciplinar?

**E. C.** – Multidisciplinar, sim

**Eu** – Resta-me agradecer a sua disponibilidade

**E.C.** – De nada

## SUJEITO 2: DIRECTOR DE SERVIÇO

(20 de Maio de 2004)

1

**Eu:** Obrigada por me ter recebido! Gostaria de começar pela pergunta que primeiro me ocorre, quando falamos de planeamento de altas, o que entende por planeamento de altas e quais os seus objectivos?

**Director de Serviço:** Olhe, planeamento de altas é perceber toda a problemática do doente, do ponto de vista clínico, a “entorrage” toda social, os apoios que tem lá fora no ambulatório na região do domicílio, no apoio dos familiares etc. das carências que têm até habitacionais, enfim todas as necessidades que se possa pensar que este doente vai ter, depois da alta, também quando é possível prever. De modo que desde o primeiro dia que ele entra deve ser logo no primeiro dia percebido o que é que vai antecipar o que virá acontecer no internamento e quais são as necessidades que ele vai ter, para nós começarmos logo desde o primeiro dia a preparar a saída do senhor, tão depressa quanto possível do nosso hospital, de modo que quando chega a casa, ou outro sítio para onde for, pode ser um lar, etc., esteja tudo preparado para o receber como deve de ser. Portanto isto tem como objectivo, este, é o objectivo primário para mim que é, criar condições quando o indivíduo sair do hospital, ou melhor, quando estiver em condições clínicas para sair do hospital não se atrase a sua saída porque não se prepararam as coisas. Foi tudo preparado logo desde o primeiro dia. Todos os problemas, dentro do que é possível, foram antecipados, este é o grande tema da planificação das altas.

**Eu:** Tendo por base o que acabou de referir, todo este projecto de planeamento de altas implementado no serviço, decorrente do item C (redução da demora média), em que é que pensa que este projecto de planeamento de alta, proposto pela unidade de missão pode ser importante, aqui para este serviço concreto?

**D. S.:** Este serviço concretamente tem destes grupos etários muito avançados, e portanto ou vivem já sozinhos porque são viúvos, ou têm companheiros ou companheiras que são do mesmo grupo etário e que têm filhos que não podem dar grande parte do apoio porque ainda estão em idade de trabalhar, etc., de modo que são pessoas que têm carências múltiplas, como têm idade avançada também têm cor-mobilidades diversas, o que ainda complica ainda mais o problemas. Como têm idade avançada, também percebem com mais dificuldade aquilo que nós lhes dizemos, quais

as doses dos medicamentos, com os horários, etc., e portanto estes indivíduos são indivíduos que têm grande possibilidade, de se no ambulatório, não forem acompanhados de as coisas não resultarem e pouco tempo de serem de novo internados. Grande parte dos internamento que temos são por falta de apoio efectivo do ambulatório, ora aquilo que nós queremos é que o numero de internamentos que estes doentes têm, que podem ser evitados... porque na base desses reinternamentos não está só a incompreensão do tratamento etc., este internamentos seja reduzido ao máximo e que a sua duração também seja muito curta, porque se eu conseguir preparar a saída deste senhor como deve ser, ou desta senhora, para daqui a oito dias, que é quando eu prevejo a alta, se tudo não estiver preparado nessa altura sai, se eu me atrasar nessa preparação, na antecipação das dificuldades que ele vai ter no ambulatório quando chegar dai a um ou dois dias eu digo, que o senhor amanhã vai embora e ele... mas eu não tenho isto ou aquilo... quer dizer, se nós não conseguimos preparar antes as coisas, ele não pode sair e não é raro que tenhamos casos sociais, porque depois como não há retaguardas para receber alguns doentes, temos casos sociais, em que o doente fica internado, sabe-se lá quanto tempo, à espera de lhe criarem as condições para ele ir para o ambulatório. Portanto, podemos reduzir o tempo de internamento, se planearmos bem as altas e também pode reduzir o numero de dias de internamento.

**Eu:** Até que ponto considera que este impresso concreto, que foi agora revista, vai de encontro às necessidades deste serviço?

**D. S.:** Olhe eu acho que esta folha é uma coisa muito boa. O facto de ter aqui a preencher pelo médico, a preencher pelo enfermeiro e pela assistente social e depois um espaço de observações para cada um deles, que pode incluir até a nutricionista, ou outra, já é uma vitória. Porque o que reconhece que no caso concreto destes doentes é uma actuação multidisciplinar que deve existir cá dentro, e depois lá fora também... Portanto a folha nesse princípio, nessas bases filosóficas está bem concebida. Outra coisa que tem é o contacto a vários níveis, médicos, de enfermagem, etc., feitos no ambulatório, o que também é importante.

**Eu:** O fazer a ponte...

**D. S.:** Exactamente, o que é fundamental! Portanto eu julgo que a folha está bem concebida, aliás, o planeamento de altas não é uma coisa de agora. À mais de dez anos que já no nosso hospital foi feito o planeamento de altas e portanto, pelo menos na pneumologia, não sei se nas outras unidades...

**Eu:** Sim nas medicinas...

**D. S.:** Tinha os seus resultados bons! Agora foi reactivado o processo, esperemos que com sucesso. Na folha há sempre aspectos que podem melhorar, mas aquilo que me parece que é chamativo nesta folha, é... conceber que o tratamento aqui dentro, ou lá fora, nestes doentes crónicos, é multidisciplinar, ter as várias opiniões... até às vezes as opiniões podem não coincidir, mas isso é saudável!

**Eu:** Continuando a falar no impresso, acha que este instrumento é adequado, claro, objectivo e de fácil preenchimento, uma vez que nem sempre é tão preenchido quanto o desejável?

**D. S.:** Olhe eu a mim faz-me confusão uma coisa, que é tanto papel que nós temos, na altura em que tudo está informatizado. Portanto o hospital devia ter meios para que isto pudesse ser “printado”, passo o termo, era impresso quando nós quiséssemos, e depois havia uma base de dados onde se recolhia estas informações... julgo que isso é o maior problema! É papel e mais papel! Deveria haver, digamos que, uma base de dados, uma informação com o cadastro (no bom sentido) de cada doente, para que em internamentos posteriores não tivéssemos que estar a colher novamente a informação e só teríamos que acrescentávamos e actualizávamos. Num período da computarização, julgo que, a informatização destes documento era fundamental!

**Eu:** Ou seja cada vez que um doente é internado actualmente, tem que se voltar a reiniciar todo este processo?

**D. S.:** Oiça, não temos que voltar, porque as pessoas podiam ir buscar ao dossier, só que é um processo burocrático, que tem que ser feito por um administrativo e os serviços nem sempre têm o mesmo administrativo. Era mais fácil através de um numero que identificasse o doente, que é o numero do processo hospitalar, ou... e termos acesso, como já temos aliás para determinadas actividades do nosso serviço, em que se vai lá. A acessibilidade dos doentes crónicos, em que a qualquer hora do dia ou da madrugada, carrega num numero identifica e aparece as características do doente. Isto podia também acontecer em qualquer... e assim já dava a possibilidade a qualquer médico que recebesse um doente destes, internado de madrugada, poder actualizar logo a folha, se tivesse tempo para o fazer. Assim se for um doente entrado sexta feira a partir das quatro horas, já só é actualizado na segunda feira, quando chegar o médico responsável por aquele doente a partir dai.

**Eu:** Em relação a este projecto, concretamente o de planeamento de altas, houve alguma reunião explicativa, ao director de serviço, bem como a todo o pessoal de saúde envolvido?

**D. S.:** Houve uma reunião... inicialmente não, eu não estive presente na inicial. Mas este serviço, o de insuficientes respiratórios, quando foi escolhido como um dos serviços piloto, para executar esta experiência, eu não tive conhecimento disso. Foi alguém, não sei quem, que se lembrou pelas particularidades deste serviço, que valeria a pena inclui-lo também nesse estudo e nessa experiência... e depois foi escolhido também a cardiologia, a medicina, a cirurgia... e portanto não sei quem o fez, porque na primeira reunião em que isto se desenvolveu, eu não estive presente, só fui chamado à posteriori para dar depois algumas achegas para a elaboração documento e enfim... fazer o follow-up da situação em vezes posteriores. Umás vezes eu pude estar presente, ou foi a enfermeira ou a assistente social responsável aqui pelo serviço. Portanto digamos que não foi uma coisa... ou um projecto que eu desde a primeira hora estivesse, porque estes projectos foram criados e atribuídos a uma pessoa neste hospital. Portanto houve vários projectos desenvolvidos a partir da unidade de missão e que foram entregues aos diversos hospitais e neles houve pessoas que ficaram responsáveis e a partir daí, essa pessoa reuniu na primeira e nas vezes posteriores com quem achou melhor reunir e tem havidos follow-up com participação de enfermeiros, assistentes sociais e médicos.

**Eu:** E aqui no serviço, chegou a haver reuniões com a equipa, dando informação do projecto e de preenchimento?

**D. S.:** Foi feito com a presença da enfermagem, é claro!

**Eu:** Quais as suas sugestões em termos de melhoramento do impresso?

**D. S.:** Olhe uma delas é esta que eu acabei de dizer à pouco que é a informatização, que facilitaria e não haveria este acumular de papel. Isto com uma base de dados seria muito mais fácil, trabalhar os dados e actualiza-los. Essa é uma achega importante. Em relação aos pormenores, neste momento não estou em condições de lhe dizer o que é que tirava, o que é que punha, o que é que melhorava, porque as pessoas que no dia-a-dia, e eu não estou nesse caso, é que poderão... mas até agora, a mim não me chegaram reclamações no sentido de isto agora é uma chatice... falta lá colocar esta ou aquela informação, a mim não me chegou nada, se ao responsável do projecto cá no hospital chegou alguma coisa, isso já não sei... eu acho e para já, o que me parece mais útil era a informatização.

**Eu:** Quais as razões que pode apontar para a não adesão da equipa, a este impresso?

**D. S.:** Há uma razão que é óbvia, todos nós médicos e enfermeiros (vamos falar nos médicos e enfermeiros para já, as assistentes sociais como não estão fixas num serviço e vão a vários serviços, a probabilidade de isto acontecer é menor)... mas para o médico e enfermeiro é uma questão que vem já de gerações, sempre foi pedido a estes que fizessem coisas que não são da sua competência, onde o trabalho administrativo cai aqui lindamente! E portanto, temos o médico e o enfermeiro a fazer cada vez mais uma série de trabalho administrativo, que deveria ser feito por administrativos e é um desperdício técnico especializado e como são os enfermeiros e os médicos a fazer esse trabalho, não têm diferenciação nenhuma, que podia ser feito por outras pessoas, até com menores custos e maior competência. O médico ou o enfermeiro depois de observar e tratar o doente, o que para ele é nobre, as outras coisas tem tendência a negligenciar nelas. E portanto este impresso deve ser um dos quinhentos impressos que ao longo de um ano, o médico ou o enfermeiro tem que preencher, para além daquilo que faz parte do processo clínico do doente, que não está nada facilitado, as ARS, por exemplo por vezes inventam um impresso porque lhes dá jeito saber quem é que consome oxigénio, quem é que faz VNI... e hoje um médico na consulta tem milhentos impressos para preencher, no internamento tem milhentos impressos para preencher! Eu falo pelos médicos que é o caso que eu conheço melhor...

**Eu:** Claro...

**D. S.:** Portanto quando me aparece um papel destes... mais um papel! Por mais que se diga, ainda não perceberam que se tem de conquistar as pessoas para o projecto e sensibiliza-las! Às vezes é difícil de perceber a vantagem de um impresso destes e não preenche correctamente. Neste momento este trabalho, que até é um trabalho, que como está aqui, até é benemérito, porque inclui o médico, enfermeiro e assistente social. Não é muitas vezes bem percebido por estes profissionais, pelos médicos, por exemplo, porque eles têm tanta coisa que fazer que isto é visto como mais um papel.

**Eu:** Sem horário acrescido?!!

**D. S.:** Neste serviço eu recordo-me de quando foi feito um follow-up da situação, foi feita uma avaliação durante o percurso, este serviço comportou-se lindamente sempre. Portanto a nível de adesão do preenchimento desta folhinha, reconheço que

não correu tudo a 100%, porque como digo foi mais um impresso a sobrecarregar o médico e o enfermeiro. Julgo que esse é o grande motivo.

**Eu:** Não sei se gostaria de dar mais alguma achega, tendo por base este projecto de planeamento de altas?

**D. S.:** Olhe, acho que gostaria de dar...Este papel é importante, mas o papel em si não determina nada e portanto deve servir para fazermos um levantamento efectivo de necessidades... Olhe por exemplo, concretamente para o nosso serviço, perceber algumas necessidades e a partir daí, partir para soluções, para que não fiquemos só pelos registos das desgraças, assim não vale a pena. Vale a pena é priorizar as soluções e começar a trabalhar nessas soluções.

Qual é o seu grande problema, são os doentes velhinhos que não têm apoio, nem familiares nem hospitais de retaguarda, e que precisam de trabalho de enfermagem diariamente, mas não precisam de um médico. Ou o médico nessa instituição estar de chamada, ou que secalhar alguns só precisavam de uma auxiliar, que tratasse da parte da hotelaria do bem estar etc. e que também a própria enfermeira de x em x tempo. Ora bem, se esse é o grande problema, à que criar estruturas de apoio, para libertar camas, para que possa ter camas, para tratar dos agudos que precisam mesmo de ser tratados. Isto é um exemplo...

**Eu:** Ou seja, no fundo identificar as necessidades reais do próprio doente, não é?

**D. S.:** O que está a acontecer e que secalhar complica isto tudo é que estamos a identificar e todos têm problemas, mesmo em países mais desenvolvidos na saúde, todos têm problemas na saúde, só que se nós começamos só a enumerar só as dificuldades, sem partir para soluções, mesmo que não tenham um carácter definitivo, mas que pensamos que serão em determinada situação as melhores, se não fizermos essa transposição de identificação do problema, para a apresentação de soluções, então entramos em depressão, que é o que está a acontecer... já identificámos muitas, mas ainda não vimos uma única solução... até podem estar na forja, mas enquanto nós não fazíamos folhas destas, não sabíamos as dificuldades que tínhamos e portanto vivíamos felizes e contentes, porque tínhamos ideia que existiam problemas, mas quando preenchemos estas folhas ficamos com a ideia de uma panóplia de necessidade, bem objectivadas e quantificadas. Se não houver soluções, para essas dificuldades a depressão tem de vir rapidamente, não me acusem de ser depressivo nem pessimista, mas se não derem soluções para que vamos identificar, porque assim eu tenho noção

que existem problemas, mas não sei claramente identificá-los... o que é fundamental é partir para a solução e até agora não sei de nada. Eu falo em relação ao meu serviço, pois a colaboração que eu tenho é dos médicos, enfermeiros e da assistente social em relação ao planeamento de altas, mas que eu já tinha antes. Quanto a soluções que este papel tenha trazido... não, ainda não vi nada!

**Eu:** Não sei se gostaria de acrescentar algo à entrevista...

**D. S.:** O que eu gostaria de dizer é que os projectos são sempre bem vindos, porque foi identificada alguma necessidade/dificuldade, por isso é que surgiu. O problema é que em Portugal, concretamente aqui no nosso serviço, os projectos são para se fazer em paralelo com tudo aquilo que se fazia até ali, isto é, a senhora enfermeira está incluída neste projecto, e não digo que sejam os enfermeiros todos deste serviço, porque foi criado planeamento de altas, deixam de ver e atender doentes e passam todos a trabalhar para o projecto. Mas secalhar fazia sentido que no departamento, ou no hospital existissem três ou quatro pessoas que fossem retiradas temporariamente das suas tarefas, para se meterem no projecto e só faziam aquilo, porque o grande falhanço, grande parte das vezes dos nossos projectos é porque às pessoas é exigido em paralelo com tudo o que faziam, que lhes retira uma disponibilidade mental enorme, e em paralelo ainda se vão embrulhar-se num projecto. A maior parte das pessoas, com as outras actividades que continuam a exercer, que também há altos e baixos, perdem a atenção por estes projectos, e às vezes estes projectos morrem, ou vão perdendo o seu ritmo, não é porque o ritmo de implementação do projecto tenha que ser diferente, mas é porque as pessoas deixam de estar empenhadas.

**Eu:** Ou seja, tem com isto notado um decréscimo em termos do preenchimento?

**D. S.:** Nota-se sim, ou pelo menos não passa para as pessoas que estão diariamente no terreno a preencher isto, que o projecto está firme. O grande problema dos projectos é que não há feedback, dando a sensação que os projectos existem para belo prazer pessoal de quem está à frente dos mesmos, mas que depois esquecem-se logo dos vários colaboradores. Como não dão feedback os projectos depois não têm consequências. Julgo que esse é o grande problema dos projectos de saúde... por exemplo, então agora vais desenvolver o projecto x ou y e pede-se a eles para fazerem, mas não é feito como um trabalho maior, é sempre feito como um trabalho menor... eu tenho aí um projecto giro para tu trabalhares, mas isso significa que tem que perder outras tarefas para poder fazê-lo... não, aquilo não te vai custar muito.

**Eu:** Embora que se este projecto se for bem implementado, acaba por se conseguir ver melhorias significativas, porque aliás como começou por dizer no início da entrevista, se desde o dia da admissão se planear a alta, evitamos que no dia da alta, esta seja posta em causa por questões sociais!?

**D. S.:** Nós aqui no serviço, em relação ao planeamento de altas já o fazíamos. Quer dizer não estava escrito, mas nós já o fazíamos. Nós inclusivamente já temos alguns identificados, com problemas verdadeiramente graves, que quando têm alta, que nós desde que eles entram, começamos logo a contactar com a assistente social. Portanto nós já fazíamos isso, não de uma forma tão organizada e sobretudo com uma folha alta de dados, para depois trabalhar à posteriori, isso não estava a ser feito agora... já foi em tempos, mas agora não. Portanto o que eu julgo é que um projecto destes, num hospital devia ter um, dois, três, não sei quantas, mas devia ter alguém que tivesse a tempo inteiro durante um ano, por exemplo, dedicado a isto, para que depois essa pessoa estar atenta a vários factores. A pessoa se só tivesse com isso, já tinha percebido que o ritmo está a abrandar, já devia ter feito reuniões sectoriais, para dar a conhecer às pessoas os resultados preliminares.

**Eu:** Dou por finalizada a entrevista e resta-me agradecer-lhe a disponibilidade e toda a informação transmitida. Muito obrigada!

### SUJEITO 3: ASSISTENTE SOCIAL

(20 de Maio de 2004)

**Eu:** Antes de mais gostaria de lhe agradecer o facto de se ter disponibilizado a realizar esta entrevista. Como assistente social e como coordenadora da sua área, gostaria de lhe fazer algumas questões relacionadas com o planeamento de altas. Começaria por lhe perguntar o que entende por planeamento de alta e quais os seus objectivos?

**Assistente Social:** Ora, vamos ver se eu consigo responder... Planeamento de altas é um processo que tem como objectivo avaliar as necessidades físicas e sociais do doente e dos seus cuidadores, ou seja, das pessoas que tratam deles, com o objectivo de delinear em equipa multidisciplinar o plano de cuidados a realizar para os doentes, no pós alta.

**Eu:** Acabou de falar num aspecto muito importante, que até agora ainda não tinha sido abordado, que é falar no elemento cuidador! Uma vez que neste tipo de doentes, com este tipo de características, e agora falando só aqui em relação aos doentes com insuficiência respiratória, muitas das vezes este pode ser um elemento chave?

**A. S.:** É um elemento chave fundamental, pois muitas das vezes, sobretudo no cumprimento terapêutico e nas dependências físicas (à medida que as doenças vão progredindo vão-se tornando mais dependentes), e é extremamente importante o elemento da família ou o amigo... portanto que não tem que ser obrigatoriamente o elemento familiar, pode ser até as instituições sociais (os centros de dia, os apoios domiciliários), apesar da maioria dos nossos doentes está em centro de dia, do que propriamente em apoio domiciliário.

**Eu:** Hum... hum.

**A. S.:** Portanto são doentes ainda que, quando não estão em fase de agudização da doença, ainda conseguem sair...

**Eu:** Ou seja eles deslocam-se cá ao hospital, em vez de ser os técnicos a ir ao seu domicílio?

**A. S.:** Sim eles deslocam-se ao hospital e às instituições da comunidade que muitos deles frequentam centros de dia. Portanto localmente eles têm actividades sociais, estando integrados em centros de convívio/centros de dia... claro quando não estão naquela fase tão dependente ou em termos de agudização da doença. São de facto

doentes que recorrem muito ao hospital... são muitos deles já nossos conhecidos, com história de múltiplos internamentos e cíclicos. Muitos deles, já muito seguidos aqui pelas nossas equipas, pela unidade de função respiratória, pelo nosso hospital de dia... portanto quando vêm para o internamento já têm o *now-ao* de outros serviços aqui do hospital. Não sei se lhe respondi...

**Eu:** Sim... Claro respondeu!

**A. S.:** E em principio, o planeamento de altas, hoje cada vez mais as pessoas devem trabalhar em equipa multidisciplinar. Portanto, eu sozinha não conheço muitas das vezes as características da doença, não é... para isso preciso do apoio médico e do apoio de enfermagem, que também é fundamental! Penso que a articulação, até da cirurgia...O nosso projecto de planeamento de altas, nem é só os técnicos, médicos e enfermagem e assistentes sociais, mas há outros técnicos que são fundamentais para o planeamento de altas. Portanto os terapeutas/ fisioterapeutas, os psicólogos, que às vezes dão-nos uma leitura do doente que nós não tínhamos acesso a ela, que nós não nos tínhamos apercebido... por vezes nas entrelinhas expõem-nos coisas que de facto não estamos preparados.

**Eu:** De facto isso pode ser uma sugestão em termos futuros, de incluir também esses parceiros!

**A. S.:** Julgo que só estes três técnicos é redutor! O planeamento de altas, da parte da psicologia, sobretudo aqui para os nossos doentes de insuficiência respiratória e da parte da fisioterapia é fundamental para a reabilitação dos nossos doentes. Portanto eu alargava!

**Eu:** Alargava em termos do impresso do planeamento de altas?

**A. S.:** Sim... sim!

**Eu:** O que é que pensa concretamente deste projecto, proposto pela Unidade de Missão?, uma vez que, este projecto vem no seguimento dos objectivos traçados pela Unidade de Missão, nomeadamente na redução da demora média.

**A. S.:** Este projecto... não sei se aqui no nosso serviço já estava, mas o projecto de planeamento de altas... houve uma ideia de projecto já em 89. Portanto já desde 89, aqui no nosso hospital a tentativa de implementar o planeamento de altas, depois houve em 94/95 houve um plano de cuidados continuados no plano social, um outro projecto que também abarcou alguns serviços daqui do hospital, mas de facto penso que não foi frutífero, que não houve... digamos que os projectos caíram, acho que aqui em nenhum

serviço se estava a fazer aquele planeamento de alta com rigor. Portanto em termos da proposta, esta iniciativa nasce, penso que será a 7, que está enquadrado naquele objectivo da redução da demora média. Esta é mais uma linha orientadora da unidade de missão... penso eu...

**Eu:** Eles falavam em termos gerais do projecto de planeamento de alta, e foi mais concretamente cá neste hospital, que nasceu este impresso. Em que medida é que considera esta folha adequada à nossa realidade?

**A. S.:** Olhe a experiência, não só em relação aos insuficientes respiratórios, porque como sabe este projecto está também a ser implementado nas medicinas e cirurgias. O que eu penso é de facto que houve alguma precipitação de quem estava de à frente, não da unidade de missão, mas cá na equipa... na nossa equipa, tanto que houve uma atitude mais directiva, que coordenadora do projecto. O que eu acho é que não houve de facto uma caracterização, quer do nosso serviço, quer seja em relação aos outros serviços. Criou-se uma folha, uniformizou-se uma folha, embora eu ache que cada serviço tem as suas características e cada doente também tem a sua característica... eu penso que nos falta aqui um estudo prévio de caracterização dos serviços, ou secalhar já foi feito, mas pronto... não foi reflectido... e portanto criou-se uma folha, com alguns indicadores de risco, que é a mesma para as cirurgias e medicinas!

**Eu:** Muito generalista!??

**A. S.:** Sim, muito generalista! Deveria de haver alguma especificidade... não sei se isto faz sentido, mas deveríamos ter indicadores de risco para cada serviço. De acordo com a reflexão e o estudo de caracterização dos doentes, das patologias (embora já sabemos que são mais DPOC, Infecção respiratória), mas poderia estar... correlacionado, e só depois partirmos para a definição dos factores de risco. É isto que eu penso... não sei se....

**Eu:** É isso mesmo que eu pretendo... é a sua leitura!

**A. S.:** Não houve uma caracterização previa do potencial doente do serviço, que permitiria o adiantamento dos factores de risco. Penso que é isto... há esta dificuldade, eu pelo menos às vezes sinto esta dificuldade!

**Eu:** Continuando no impresso, até que ponto é que considera este instrumento adequado, claro e de fácil preenchimento?

**A. S.:** Bom é assim, no entanto é de fácil preenchimento e é claro. Eu penso é que não houve ainda uma avaliação, dos técnicos que estão com o projecto, em termos do que está a ser feito e portanto ainda não temos o feedback da situação.

**Eu:** Houve alguma reunião, em algum tempo, antes da implementação deste projecto, a explicar o porquê do impresso, como preencher e algum acompanhamento deste projecto?

**A. S.:** É assim... existiram algumas reuniões, nós como de facto o serviço social, somos só seis ou sete técnicas, tivemos presente nas reuniões com os directores de serviço e com as enfermeiras chefes.

**Eu:** Esteve só nas reuniões daqui do serviço, ou acompanhou o projecto desde o início?

**A. S.:** Não tive em todas, não tive naquelas reuniões da concepção do projecto e da elaboração do impresso, tive só numas reuniões de esclarecimento, aonde não estavam todos os técnicos, mas como nós de facto somos só seis ou sete assistentes sociais, nós de facto tivemos nessa reunião... onde estavam as assistentes sociais, as enfermeiras chefes dos serviços e os directores dos serviços! Penso que poderia ter sido alargada... deveria ter sido uma reunião mais de âmbito alargado, para dar a conhecer o projecto. O projecto em si já estava todo elaborado, nós basicamente só ouvimos. Havia o modelo de apoio, já mais ou menos delineado, portanto nós só tínhamos de o preencher, não houve grande reflexão!

**Eu:** Haveria alguma sugestão que gostasse de apontar em termos de mudança?

**A. S.:** (silêncio)

**Eu:** Em termos do impresso à pouco acabou por referir dois aspectos, um que era inclusão de mais grupos técnicos...

**A. S.:** Uma sem duvida era uma definição muito técnica, muito científica dos indicadores de risco para cada serviço, porque tem muito a ver com a especificidade de cada serviço... para os nossos insuficientes respiratórios, pode ter 65 anos e ser uma pessoa autónoma, tinha que haver um estudo de caracterização muito técnica de cada serviço, e portanto não era assim esta amalgama de indicadores. Haveria três, sobretudo três indicadores em cada serviço, e se os doentes reunissem estes três indicadores, seria um doente a acolher, um doente a ser avaliado por toda a equipa. Isto não lembra a ninguém que eu sozinha tenha que acolher cinquenta ou sessenta doentes entrados, porque nós agora praticamente estamos... ou seja no fundo todos os nossos doentes são

insuficientes respiratórios, são todos crónicos. Só a doença, ou a idade, não é... quase que abarca quase todos os nossos doentes. Teriam que ser indicadores relacionados com cada serviço e teriam que ser três indicadores base/tipo e a partir daí nós tirávamos esses doentes. Se houvesse de facto, um doente que não se enquadrasse naqueles indicadores, seriam os médicos e os enfermeiros, que são de facto aqueles profissionais que estão praticamente as 24 horas com o doente fariam a triagem e depois então passaria para os outros técnicos. Os indicadores de risco têm é que ser pensados. Eu de facto chegar a todos os doentes, é de facto um desgaste que não se aguenta. Eu não tenho capacidade de fazer dez entrevistas por dia, ao doente e à família. Tem que ser o trabalho em equipa a colmatar estas lacunas.

**Eu:** Essa troca de informação até acaba por ser benéfica! Gostaria agora para terminar de colocar a seguinte questão: quais as razões que pode apontar para a não adesão dos profissionais?

**A. S.:** Eu acho que nós aqui no serviço praticamente todos preenchemos. Quer o sector de enfermagem, quer o sector médico... pelo que as minhas colegas dizem, somos dos que mais preenchemos. Eu penso é que houve falta de envolvimento, não houve nenhuma reunião alargada a todos os profissionais. Houve foi uma reunião para os directores de serviço, com o objectivo de depois junto do seu serviço, envolver todos os elementos. Mas de facto não resulta, porque não houve uma reunião alargada. E acho que muitos dos médicos nem sequer sabem o que é que é isto, nem onde isto está enquadrado, simplesmente é mais uma folha no processo... não houve envolvimento dos profissionais... e depois não há avaliação... quer dizer nós andamos a preencher o impresso e não sabe se está a fazer bem, não sabe se tem tido de facto algumas melhorias para os doentes, não sabe implicações... Plano de cuidados só em termos hospitalar, a meu ver, é redutor! Deveria-se abarcar as equipas dos cuidados de saúde primários e instituições sociais... isto só assim penso que é muito redutor em termos de planos de cuidados para os doentes. Também se deveria implicar/envolver mais os médicos, pois são eles que de uma forma geral têm menos sensibilidade para o planeamento de altas. Porque nós já estamos quase por inerência da profissão, integrados localmente, portanto acho que a articulação e sensibilização deve ser mais dirigida para os médicos. Embora que por vezes também ache que há alguma insensibilidade por parte da enfermagem.

**Eu:** Uma das mais valias deste projecto pode ser realmente essa!

**A. S.:** Pode realmente ser essa. Os protocolos podem ser uma aposta futura. Quando trabalhei em Odivelas, nós conseguíamos muitas coisas para os doentes, porque exactamente estávamos ali todos, era quase um cara a cara, no fundo envolvíamos toda a gente. O que faz falta aqui ao hospital é fazer reuniões, parcerias, protocolos, com o lado de lá, pois eles depois também se sentem implicados, portanto passa a haver uma relação de proximidade.

**Eu:** Formar pontes...

**A. S.:** Sim formar pontes de ligação entre os serviços, pois só assim se consegue maior adesão e envolvimento. Agora estarmos a trabalhar sozinhos, nem resulta!

**Eu:** Da minha parte é tudo. Resta-me dizer que esta entrevista foi muito enriquecedora! Não sei se gostaria de acrescentar algo?

**A. S.:** Eu não sei se lhe disse tudo... mas muito obrigado!

**Eu:** Eu é que agradeço!

## **8.4 - Anexo D**

**(Tabelas da Análise de Conteúdo)**

## 1- O que entende por projecto de planeamento de altas e quais os objectivos?

### Projecto

<u>Sujeito 1</u> : “...um processo, é um conjunto de actividades...”	Processo
“...têm de ser... sistemáticas, coordenadas, mas interdisciplinares...”	Continuidade
	Coordenação
	Multidisciplinar
“...actividades de cooperação com o doente, pessoas significativas”	Cooperação
“...no sentido de nos anteciparmos às necessidades após a alta”	Necessidades
“...planearmos em conjunto um plano de cuidados...”	Planeamento
“...que permita otimizar o seu estado de autonomia...”	Otimizar auto
“...garantir a continuidade de cuidados...”	Continui// cuidad
<u>Sujeito 2</u> : “...perceber toda a problemática do doente... a <i>entorange</i> social...”	Contexto comunit
“...no apoio familiar...”	Rede apoio
“...as necessidades que se possa pensar que o doente vai ter na alta...”	Necessidades
“...começarmos logo desde o primeiro dia a preparar a saída...”	Acolhimento
<u>Sujeito 3</u> : “...é um processo...”	Processo
“...elemento cuidador é o elemento chave fundamental...sobretudo no cumprimento terapêutico e nas dependências físicas... não tem de ser obrigatoriamente o elemento familiar...”	Ele/o Cuidador
“... integrados em centros de convívio/centro de dia...claro quando não estão na fase de agudização...”	Contexto comunit
“trabalhar em equipa multidisciplinar...”	Multidisciplinar
“...múltiplos internamentos e cíclicos...now-ao se outros serviço...”	
“...a articulação...dão-nos uma leitura diferente do doente”	Articulação

### Objectivos

<u>Suj. 1</u> : “...garantir a continuidade dos cuidados ...”	Continuidade
“...evitar reinternamentos...reduzir números de internamentos inapropriados”	Evitar reintern/o
	↓ DM
<u>Suj. 2</u> : “...criar condições quando o indivíduo...estiver em condições clínicas de sair...”	↓ DM
“...foi tudo preparado desde o primeiro dia...os problemas foram antecipados...”	Antecipar
<u>Suj. 3</u> : “...avaliar as necessidades físicas e sociais do doente e dos seus cuidadores...”	Necessidades
“...delinear em equipa multidisciplinar o plano de cuidados a realizar...”	Multidisciplinar

## 2- Que pensa do projecto de Planeamento de Altas, proposto pela Unidade de Missão?

<u>Suj. 1</u> : “...iniciativa...é de todo pertinente...seria um passo em frente ...”	Pertinente
“...pensar a alta desde o primeiro dia de internamento...”	Antecipar necess
“...do ponto de vista da gestão (da melhoria da eficiência e da eficácia)...”	Melhoria

	"...pensar na problemática do doente como um todo ..."	Holístico
	"...metodologia...projecto de melhoria continua da qualidade..."	Proj. qualidade
	"...acabam por não ter sucesso... sobretudo pelo processo metodológico..."	Falhas metodológ
	"...não se andou bem...calendário...acrécimo de trabalho"	-Calendário -Acrécimo de w
	"...o envolvimento de todos os actores neste projecto...não nos foi explicado..."	-S/ envolvi/o RH
<u>Suj. 2</u> :	"...internamentos sejam reduzidos ao máximo...duração seja muito curta..."	↓ Reinternamento ↓ DM
	"...antecipação das necessidades que ele vai ter no ambulatório..."	Antecipação
	"...casos sociais...não há retaguardas para receber alguns doentes..."	S/ apoio comunit
<u>Suj. 3</u> :	"...esta iniciativa nasce...naquele objectivo da redução da demora média..."	↓DM
	"...é mais uma linha orientadora..."	Linha orientadora

### 3- Até que ponto o impresso a ser implementado neste projecto, vai de encontro às necessidades do serviço?

<u>Suj. 1</u> :	"...quando nós alterámos a folha...tentámos envolver todos os actores ..."	Envolvimento
	"...quando nós elaboramos um guião orientador...que não existia desde o inicio...que colocaria dificuldades e disparidades de critérios..."	Guia orientador
	"...perfeitamente adaptável a este serviço, sobretudo às necessidades dos doentes e às nossas intervenções..."	Adaptável
<u>Suj. 2</u> :	Foi o único sujeito que teve de ver a folha para poder comentar	
	"...preencher pelo médico, enfermeiro e assistente social...já é uma vitória"	
	"...no caso concreto destes doentes é uma actuação multidisciplinar..."	
	"...o tratamento aqui dentro...nestes doentes crónicos, é multidisciplinar..."	Multidisciplinar
	"...espaço para observações...pode incluir até a nutricionista..."	Outros profession
<u>Suj. 3</u> :	"...houve alguma precipitação de quem estava à frente..."	
	"...indicadores de risco para cada serviço...de acordo com reflexão..."	Precipitação
	"...que permitiria o adiantamento dos factores de risco..."	
	"...atitude mais directiva que coordenadora do projecto..."	S/ Envolvimento
	"...falta um estudo prévio de caracterização...haver alguma especificidade..."	S/ Caracterização
	"...criou-se uma folha, uniformizou-se...cada doente tem as suas características"	Especificidade

### 4- Considera o impresso, um instrumento adequado, claro, objectivo e de fácil preenchimento?

<u>Suj. 1</u> :	"...Adequado acho que é ..."	Adequado
	"...penso que ficou mais claro...falta fazer a avaliação deste período..."	Mais claro
	"...fácil de preencher..."	Preenchimento:
	"...penso que para o médico é fácil de preencher..."	-Médico/Fácilimo
	"...assistente social, penso que é fácil de preencher ..."	-Ass. Social/Fácil
	"...dificuldades da parte de enfermagem...é o campo mais difícil de preencher..."	
	"...não é fácil de preencher... necessitava de acompanhamento sistemático..."	-Enf./Difícil
	"...enfermagem...grande acompanhamento pelo coordenador operacional..."	-Acompanha/o

	“...altera alguns hábitos de registos de enf. e obriga a pensar em problemas de alta...”	
	“...obriga a outro sistema mental por parte dos enfermeiros...”	-Altera rotinas
<u>Suj. 2</u> :	“...tanto papel que nós temos, na altura em que tudo está informatizado...”	
	“...base de dados...de cada doente, para que em internamentos posteriores não tivéssemos que estar a colher novamente a informação, só actualizávamos...”	
	“...através de um numero que identificasse o doente...”	Informatização
	“...um doente entrado na 6ªF a partir das 4h, já só é actualizado na 2ªF...”	
	“...é um processo burocrático, que tem de ser feito por administrativos ...”	Burocracia
<u>Suj. 3</u> :	“...é de fácil preenchimento...”	Fácil
	“...e é claro...”	Claro
	“...não houve ainda uma avaliação...não temos feedback da situação”	S/ Feedback

### 5- Houve alguma reunião a explicar o porquê do impresso, como preencher e de acompanhamento do projecto?

<u>Suj. 1</u> :	“...houve uma reunião formal...com chefias...à volta do instrumento”	Única reunião
	“...os prestadores de que no fundo iam operacionalizar...”	-Chefias presente
	“...foi elaborada pelo coordenador, que é médico, pela direcção de enfermagem e a coordenadora do serviço social...”	-Instrumento
	“...a primeira folha existente foi elaborada internamente...”	-S/ envolvimento
	“...Os enfermeiros chefes...entraram...na implementação...”	
	“...Suporte escrito à primeira fase da implementação desse projecto ...”	-Implementação
	“...nem sequer teve uma fase experimental...metodologicamente é incorrecto”	-S/ fase exper.tal
	“...aquilo que nos foi dito...quem preencheria...que iria haver auditorias ...”	-Quem preenche
		-Auditorias
	“...era um projecto com imenso potencial...”	-Potencial
	“...quem era a equipa coordenadora...”	-Equipa coord.
	“...não tivemos nós a possibilidade de motivar...nada disto foi feito...”	-Faltou informaç
		-Desmotivação
	“...responsáveis pelo projecto...também eles andavam muito perdidos...”	-Desconheci/o
	“...cada hospital piloto andava a fazer...o programa à sua maneira...”	-S/ directerizes
	“...sem uma reunião de orientação de feedback ...”	-S/ feedback
	“...algumas disfuncionalidades até pelo preenchimento do impresso...”-	-Disfuncionali//
	“...se calhar isto ficou, mais uma vez, e infelizmente, por aqui...”	-Projto abortado
	“...são fugas para a frente...sistematicamente se abandonam projectos...”	-Frustração
	“...só depois, nós, enfermeiros chefes...conseguimos perceber	
	corresponde a uma das três iniciativas da unidade de missão...”	Iniciativa dos enf. chefes:
	“...Tomámos a dianteira...”	-Reuniram-se
		-Estratégia da UM: ↓ DM
	“...os enfermeiros não estavam a preencher, tentámos	
	perceber porquê...oportunidade de começar a trabalhar em equipa”	
	“...aproveitássemos esta iniciativa...potencializar e agarrar”	-Oportunidade
	“...realçar a função autónoma do enfermeiro ...”	-Autonomia de Enf.
	“...para mudar algumas coisas em termos do desempenho...”	-Mudança no desempenho

- “...sistematizar coisas em equipa multidisciplinar...”
- “...pela primeira vez num mesmo impresso, com o mesmo grau de importância...o registo de 3 grupos profissionais ...” -Multidisciplinar
- “...Propusemos à equipa responsável...hospital alteração da folha...” -Alteração do impresso
- “...Tive esse cuidado...estava de férias quando foi implementado...” No serviço: Houve reunião  
-Má escolha calendário
- “...ninguém percebia porque era aquilo...mais um papel...” -Desconheci/o da utilidade
- Suj. 2: “...houve uma reunião...eu não estive presente na inicial...”
- “...tem havido follow-up com participação de enf., ass. sociais e médicos...” Única reunião
- “...quando foi escolhido como um dos serviços piloto, não estava presente...”
- “...só fui chamado à posteriori para dar algumas achegas ...”
- “...digamos que não foi...um projecto que eu desde a 1ªh estivesse...” S/ envolvimento
- Suj. 3: “...existiram algumas reuniões...onde não estavam todos os técnicos...” Alguma reuniões
- “...o serviço social, com os directores e as enf chefes tivemos presente...” Líderes
- “...não estivemos presente naquelas reuniões da concepção do projecto...”
- “...o projecto em si já estava todo elaborado, nós basicamente só ouvimos ...” S/ Envolvimento
- “...não houve grande reflexão...” S/ reflexão

## 6- Sugestões de melhoramento do impresso?

- Suj. 1: “...só depois de fazer uma análise retrospectiva dos impressos...” Avaliar fase exptl
- “... e de reunir com a minha equipa para perceber as razões porque, é que posso dizer se há ainda mais alterações ...” Reunir c equipa
- “...não sou eu quem preenche o impresso, são os prestadores...” S/ condições resp
- Suj. 2: “...a informatização facilitaria e não haveria este acumular de papel...” Informatização
- “...em relação a pormenores, não estou em condições de lhe dizer...”
- “...as pessoas que no dia-a-dia e n estou nesse caso...n chegaram reclamações...” S/ condições resp
- Suj. 3: “...mas há outros técnicos que são fundamentais...só três técnicos é redutor...” ↑ Técnicos
- “...indicadores de risco para cada serviço...” Indicadores Risco
- “...haveria três indicadores em cada serviço e se o doente reunisse estes três indicadores, seria um doente a acolher...” >3ft risco:acolher

## 7- Quais as razões que pode apontar para a não adesão dos profissionais?

- Suj. 1: “...nós até fizemos tudo relativamente bem, em termos metodológicos, faltou-nos a parte do acompanhamento...” S/ acompanha/o
- “...não há hipótese de nenhum projecto ir para a frente por muito empenhamento de quem está nos vários níveis da cadeia...”
- “...foi-me confirmado pelas outras colegas...nos outros serviços nenhum dos grupos profissionais já está a preencher os impressos...” Abandonado
- “...continua-se a pensar em projectos como declarações de intenções, não se alocam recursos para projectos...a gestão estratégica lança projectos, mas depois abandona-os...”
- “...desafiei as minhas colegas para perceber o porquê deste insucesso ...” Perceber insucess
- “...não há vontade de que as coisas vão para a frente...tem efeitos perversos...”
- “...as pessoas...começam a não acreditar mais e a recusar e a não envolver-se...”

	"...isto é altamente frustrante e desmotivador..."	Efeitos perverso
	"...a ausência de feedback e de alguém que diga que isto serviu para quê..."	Falta de feedback
	"...houve uma auditoria interna...resolveram ver que preencheu e quem não, nem sequer quiseram saber quais as razões..."	Auditoria interna
	"...feito sectorialmente...não vamos lá...este é um problema sistémico..."	Envolvi/o sistémi
	"...isto é de todos os grupos profissionais..."	Multidisciplinar
	"...só havendo uma vontade de cima em dizer que nós queremos fazer isto..."	Estimulo superior
	"...os projectos são para ser feitos em paralelo com tudo aquilo que se fazia..."	
<b>A.S.:</b>	"...a assistente social vai preenchendo por carolice...responsável por todos..."	Resp por todos
<b>Méd.:</b>	"...os médicos que são os responsáveis por aquele doente..."	Resp. por doente
<b>Enf.:</b>	"...os enfermeiros rodam...é-lhes difícil acompanhar...em exclusivo..."	Rotatividade
	"...esta metodologia de trabalho...é inevitável, embora possa ser melhorada..."	Metodologia W
	"... leva à desresponsabilização dos enfermeiros e há dificuldade..."	Desresponsabiliz
	"...falta de hábito de pensar nas questões da continuidade dos cuidados..."	Altera rotinas
	"...a minha incapacidade para acompanhar no dia a dia, no terreno..."	Acompanha/o
	"...não iria ser fácil o preenchimento...um passo em frente no desempenho..."	
	"...actividade nobre e autónoma dos enf. que é a promoção do auto-cuidado..."	Autonomia
	"...iria ser um factor motivante..."	Motivação
	"...há terreno para começar a pensar em P.A. de maneira diferente..."	
	"...o P.A. começa a ser falado...apesar das rotinas e da forma de registos..."	Interiorizado
<b>Suj. 2 :</b>	"...este impresso, deve ser um dos quinhentos impressos...q tem de preencher..."	"Burocracia
	"...ainda não perceberam que se tem de conquistar as pessoas para o projecto..."	
	"...é visto como mais um papel..."	Efeito perverso
	"...quando foi feito o follow-up...este serviço comportou-se lindamente..."	
	"...adesão...desta folhinha, reconheço que não correu tudo a 100%..."	
	"...existem para belo prazer pessoal de quem está à frente dos mesmos... esquecem-se logo dos vários colaboradores..."	S/ Envolvimento
	"...fazia sentido...existissem pessoas que fossem retiradas temporariamente das suas tarefas, para se meterem no projecto e só faziam aquilo..."	
	"...a pessoa que estivesse com o projecto, já tinha percebido que o ritmo está a abrandar...dar os resultados preliminares"	Sobrecarga W
	"...perdem a atenção por estes projectos, e às vezes estes morrem...as pessoas deixam de estar empenhadas..."	Frustração
	"...o projecto não está firme...não há feedback..."	S/ feedback
<b>M/Enf.:</b>	"...para o médico e enfermeiro é uma questão que vem de gerações, sempre foi pedido a estes que fizessem coisas que não são da sua competência..."	Subproveita/o
	"...o que deveria ser feito por administrativos...é um desperdício técnico especializado..."	
	"...depois de observar e tratar o doente, o que para ele é nobre, as outras coisas tem tendência a negligenciar nelas..."	Sobrecarga de W
<b>Suj. 3 :</b>	"...aqui no serviço praticamente todos preenchemos..."	Sç q+preenche
	"...houve falta de envolvimento, não houve nenhuma reunião alargada..."	S/ envolvimento
	"...de facto não resulta..."	Não resulta
	"...e depois não há avaliação...nós andamos a preencher o impresso e não se sabe se está a fazer bem..."	

	“...melhorias para os doentes... implicações...”	S/ avaliação
	“...plano de cuidados só em termos hospitalar, a meu ver, é redutor...”	Abarcar comuni//
<b>Méd.:</b>	“...muitos médicos nem sequer sabem o que isto é...”	
	“...simplesmente é mais uma folha no processo...”	Desconhecimento
	“...deveria implicar/envolver mais os médicos...têm menos sensibilidade”	↓ Sensibilidade
	“...a articulação e sensibilização deve ser dirigida mais para os médicos...”	Articulação
<b>A.S.:</b>	“...por inerência da profissão, estamos integrados localmente...”	Integrados
<b>Enf.:</b>	“...por vezes também...há uma insensibilidade por parte da enfermagem...”	Insensibilidade

## 8- Comentários extra...?

<u>Suj. 1</u> :	“...temática que é do mais actual possível...”	Actual
	“...para este serviço...os reinternamentos são uma constante, onde os doentes já traziam problemas... e os que são decorrentes da doença...”	Reinternamentos
	“...é uma população idosa com uma rede de apoio muito débil ...”	Rede apoio débil
	“...a qualidade de vida a quem servimos é de facto uma grande necessidade...”	Idosos
	“...idosos crónicos...a dependência...e características da equipa...”	Escolha do Sço
<u>Suj. 2</u> :	“...grupos etários muito avançados ...”	Idosos
	“...vivem sozinhos...companheiros da mesma faixa etária...filhos que n d apoio”	Rede apoio débil
	“...são pessoas que têm carências múltiplas...cor-mobilidade diversas”	Cor-mobilidades
	“... se no ambulatório não forem acompanhados...pouco tp dp são internados...”	Continui// cuidad
	“...o PA não é uma coisa de agora... à mais de dez anos que foi feito o PA...”	Reactivação proj.
	“...deve servir...levantamento das necessidades e partirmos p soluções...”	
	“...se não fizermos essa transposição...então entramos em depressão, q é o que está a acontecer...”	Depressão
	“...vale a pena é priorizar as soluções e começar a trabalhar nelas...”	Soluções
	“...quanto a soluções que esta folha tenha trazido...não ainda não vi...”	
	“...mas nós já o fazíamos... já temos alguns identificados...desde que eles entram, começamos logo a contactar a assistente social”	Empírico
<u>Suj. 3</u> :	“...já desde 89, no hospital implementou-se o planeamento de altas...”	Reactivação proj.
	“...depois houve em 94/95 um plano de cuidados...que não foi frutífero...”	Frustração
	“...os protocolos podem ser uma aposta futura...”	Protocolos
	“...formar pontes entre serviços, pois só assim se consegue maior adesão...”	S/ envolvimento