

CUIDADOS CONTINUADOS: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE CONVALESCENÇA

CONTINUING CARE: CASE STUDY OF A UNIT CONVALESCENT

INVESTIGADORAS, PH.D. UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA, INSTITUTO DE BIOÉTICA, RUA DIAGO
BOTELHO, 1327, 4169-005 PORTO
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Amélia Rego
Emília Sarmiento

RESUMO

Os cuidados continuados têm como componentes essenciais a articulação entre os diferentes tipos de serviços, a continuidade de cuidados, a atuação multidisciplinar e a prioridade na manutenção da pessoa o mais possível no seu domicílio. É neste âmbito que nos propomos, através do exemplo da Unidade de Convalescença da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), apresentar uma Instituição com um funcionamento e organização que satisfazem, em nosso entender, a filosofia proposta para as unidades de cuidados continuados.

Como instrumento de recolha de dados, usámos a entrevista semi-estruturada, cujo conteúdo foi analisado na perspectiva de Bardin. Esta foi dirigida a quatro informantes da Unidade em estudo, provenientes das áreas da gestão, prática clínica e não clínica, tendo sido realizadas

INTRODUÇÃO

A filosofia do sistema de cuidados progressivos condiciona a organização da prestação de cuidados que deve ser baseada nas necessidades dos utilizadores. Assim, a pessoa será cuidada no local mais apropriado ao seu estado de saúde: cuidados de saúde primários, intensivos, intermediários continuados ou paliativos.

Os cuidados de saúde são actos praticados por profissionais de saúde com vista à manutenção e promoção de um estado saudável, à prevenção, avaliação e tratamento da doença.

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, define como meta a instauração de políticas de saúde integradas no plano nacional de saúde e de políticas de segurança social que permitam: (I) desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência, (II) investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, (III) qualificar e humanizar a prestação de cuidados, (IV) potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu em 2006, com enquadramento legal específico. Pela sua importância, funciona apoiada numa Unidade de Missão (OPSS, 2010,p.52) Trata-se de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que tem por objectivo principal a recuperação da autonomia para as actividades de vida diária da população dependente, promovendo a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, o que contribui para a melhoria da sua qualidade de vida. Os cuidados continuados integrados são, deste modo, definidos como sendo “o conjunto de

intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como processo terapêutico, e de apoio social, activo e contínuo que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação e readaptação e da sua reinserção familiar e social” (Decreto-lei Nº 101/2006).

Na perspectiva dos cuidados, a alta é um período de fragilidade do doente. Uma boa preparação para este momento contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na comunidade. Pelo contrário, uma ineficiente preparação induz importantes custos, nomeadamente em termos de readmissão prematura do doente ou um aumento da demora média no internamento. Com a implementação da RNCCI espera-se menos readmissões e um tempo médio de internamento menor, os quais irão resultar em ganhos económicos. No entanto, ainda “não existem dados disponíveis que permitam perceber quais os ganhos que os outros dois níveis de cuidados do SNS tiveram com a implementação deste nível intermédio” (OPSS, 2010). Assim, é importante sensibilizar os profissionais para que os doentes que têm alta e não são encaminhados para a Rede, devendo sê-lo, não vão ter continuidade de cuidados que é um direito consignado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e reforçado na Carta dos Direitos dos Doentes Internados, que é o Direito à continuidade de Cuidados. A RNCCI integra diferentes Unidades, além de Unidades de Convalescença. As Unidades de média duração e reabilitação “têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre numa situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-lei 101/2006). Destinam-se a internamentos com um período superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão; As Unidades de longa duração e manutenção “têm como finalidade proporcionar cuidados que previnam e restaurem o agravamento da situação de dependência

em Abril de 2010. Além da entrevista, utilizámos como fontes de informação a pesquisa bibliográfica, a legislação portuguesa pertinente e a observação no campo, realizada em três momentos diferentes.

No entanto, o estudo identifica-se metodologicamente como um estudo de caso. Optámos por esta metodologia porque existem variáveis situacionais que transformam cada organização numa entidade única.

Os resultados obtidos apontam para as seguintes categorias: Gestão da Qualidade, Liderança, Cuidado Humanizado/holístico, Formação e Desenvolvimento profissional. Estas categorias sublinham a importância do contributo com que esta IPSS concorre para a saúde das populações, salientando a importância da humanização ao nível da organização, funcionamento, estrutura, processos e relações.

Apesar do pensamento de que no sector da saúde persistem iniquidades generalizadas, pensamos que esta unidade poderá servir como um exemplo desestruturante dessa realidade e como um modelo de busca de excelência dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE:

CUIDADOS CONTINUADOS, UNIDADE DE CONVALESCENÇA, QUALIDADE DE CUIDADOS

ABSTRACT

The continuing care consists essentially in the articulation among the different types of service, the continuity of care, the multidisciplinary action and the priority on keeping the person at his/her home. It is in this context that we propose, using the example of the Convalescence unit of the Misericórdia of Póvoa de Lanhoso, Private Institution of Social Solidarity (IPSS), to present an Institution with an organization that satisfies, in our opinion, the philosophy proposed for the units of continuing care.

As instrument for data collection, the semi-structured interview, whose content was analysed from the perspective of Bardin, was used. Four informants from the studied Unit, native of the managing areas, clinical and non-clinical practice, were interviewed in April 2010. In addition to the interviews, other sources of information were used, such as the literature, the Portuguese legislation

favorecendo o conforto e qualidade de vida” e o seu período de internamento é, previsivelmente, superior a 90 dias. Este diploma preconiza ainda os cuidados paliativos e os cuidados continuados integrados no âmbito de cada Centro de Saúde.

O desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 68% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 2.516 camas, cerca de 64% da oferta.

No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia celebraram 100 acordos, com 1.919 camas contratadas, correspondendo a cerca de 49 % do total de camas. O SNS abrange 12 % do total de acordos celebrados (23 acordos), com a contratação de cerca de 10% da capacidade instalada da RNCCI (378 camas). “Comparativamente aos dados referentes a 2008, verificou-se um aumento da capacidade contratada de Entidades privadas com fins lucrativos (de 453 camas para 1044), o que significou um aumento de 130%...” [Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010].

A Unidade de Convalescença, encontra-se integrada na RNCCI, na tipologia que se destina a doentes com perda de autonomia transitória que requeiram cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos, sendo que a demora média de internamento observada na tipologia de Convalescença, a nível nacional, situou-se em 37 dias, no ano de 2009, representando um acréscimo de 2 dias em relação a 2008.

Dispõe, normalmente, de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, fisiatra, nutricionista, fisioterapeutas e assistentes operacionais.

As condições de entrada numa unidade de convalescença incluem: (I) doente que necessite de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; (II) reabilitação intensiva; (iii) alimentação por sonda nasogástrica; (iv) tratamento de úlceras de pres-

concerning the area and the field observation done in three different moments. Nevertheless, the study is methodologically identified as a study case.

This methodology was chosen due to the existence of situational variables, which transform each organisation in a single entity.

The results obtained indicate the following categories: Quality Management, Leadership, Humanized/holistic Care, Training and professional Development. These categories emphasize the importance of this Private Institution of Social Solidarity's (IPSS) contribution to the populations' health, highlighting the crucial role of humanization of the organization, working, structure, processes and relationships. Although the idea that generalised inequities persist in the health care sector, we believe that this unit could be used as a deconstructive example of that reality and also as a model towards the excellence of care.

KEYWORDS:

CONTINUING CARE, CONVALESCENCE UNIT,
QUALITY OF HEALTH CARE

são e/ou feridas; (v) manutenção e tratamento de estomas; (vi) ajuste terapêutico e/ou de administração terapêutica, com supervisão continuada; (vii) suporte respiratório (oxigenoterapia, aspiração de secreções); (viii) síndromes potencialmente recuperáveis a curto prazo; e (ix) confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial e da locomoção.

UNIDADE DE CONVALESCENÇA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA PÓVOA DE LANHOSO

Esta Unidade, com três anos de existência, possui certificação pela Norma ISO 9001 e está em transição para a versão ISO 9001:2008, aprovada pela ISO (International Standard Organization), no âmbito da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Integra-se no edifício do Hospital António Lopes sendo uma das valências da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso cuja instituição, de acordo com o seu Relatório de actividades e contas de gerência de 2009, se enquadra “...num contexto caracterizado por mudanças profundas no paradigma de gestão...”, sendo que “...os objectivos estratégicos específicos, projectos e actividades, tiveram resultados acima das expectativas, contribuindo para uma avaliação final muito positiva” (Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso,2009,p.3-22)..

Previamente à sua abertura foi visitada uma Unidade congénere em Barcelona, com vinte anos de funcionamento, que serviu como modelo para a implementação. Esta mesma Unidade fez o acompanhamento periódico da Unidade criada, durante um período de um ano e meio.

Esta unidade tem implementado um processo de avaliação de desempenho no sentido de permitir, a cada colaborador, melhorar os seus pontos menos positivos a fim de corresponder às expectativas da Santa Casa da Misericórdia. Os objectivos de desempenho estabelecidos incluem: (i) descrição dos comportamentos e das competências associadas a cada função, para conhecimento dos titulares, subordinados e chefias; (ii) medição do contributo individual dos funcionários/colaboradores para a concretização dos objectivos estratégicos da insti-

tuição, através da utilização de diversas metodologias de avaliação; e (iii) transmissão dos resultados da avaliação aos funcionários/colaboradores, com o objectivo de melhorar o desenvolvimento do desempenho individual, bem como resolver problemas operacionais, motivacionais ou de clima organizacional que dificultem o desempenho esperado. De acordo com o referido relatório, foi durante o ano de 2009 que se efectuou a “consolidação do funcionamento da Unidade de Convalescença, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em estreita colaboração com a Unidade de Missão, Equipas Coordenadoras Regionais e Locais e Equipas de Gestão de Altas Hospitalares”, incluindo a “adesão a vários Subsistemas de Saúde no âmbito da Rede, bem como a promoção da avaliação da satisfação de utentes e colaboradores”.

A Unidade de Convalescença com cinco médicos e catorze enfermeiros disponibiliza 28 camas para internamentos com previsibilidade de duração até 30 dias consecutivos, por cada admissão. No ano de 2009 a taxa de ocupação foi de 75% para uma existência média diária de 21 doentes internados. O funcionamento da Unidade é garantido pelo acompanhamento contínuo dos diferentes técnicos que constituem a equipa multidisciplinar, bem como através de auditorias internas e externas que visam a melhoria da qualidade do serviço prestado. Outro factor que contribui para a melhoria contínua respeita à realização de Reuniões Semanais Multidisciplinares e Reuniões Mensais da Equipa de Gestão que permitem a interacção entre os diferentes elementos da equipa para uma melhor resolução de situações.

Pode ser consultado no relatório de actividades, que temos vindo a citar, o que mais significativo se desenvolveu, tanto a nível clínico como de actividade científica, no contexto das equipas de Enfermagem, Medicina Física de Reabilitação (Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional), Serviço Social, Acompanhamento Psicológico e Serviço de Nutrição e Alimentação. Contam ainda com a colaboração de Animadores Sociais (área de desenvolvimento sociocultural), Gabinete de auto-estima (cabeleireiro, manicure) e Musicoterapia.

MATERIAL E MÉTODOS

Tendo em conta o objectivo do trabalho, o desenho da investigação orientou-se para um estudo de caso, sob o paradigma qualitativo, no qual procurámos a compreensão abrangente da Unidade que pretendíamos observar. Optámos, assim, pelo estudo de caso porque existem variáveis situacionais que transformam cada organização numa entidade única, embora os resultados que se obtiverem não permitam a generalização.

Temos como objectivo responder à questão de investigação: nas Unidades de Convalescença dos Cuidados Continuados, que organização e funcionamento concorrem para uma melhor qualidade?

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por quatro entrevistados e outros informantes informais de uma Unidade de Convalescença em Cuidados Continuados, da Zona Norte.

Instrumento

Entrevista semi-estruturada ao administrador delegado, médico responsável, enfermeira supervisora e ao elemento administrativo da Unidade em estudo, de acordo com guião previamente elaborado.

Procedimentos

O pedido de autorização com a explicitação das razões e finalidades do nosso estudo foi oficializado ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.

Efectuámos uma reunião na qual foram explicitados, de forma pormenorizada, a metodologia e os objectivos do estudo, no sentido de obter o envolvimento nas entrevistas. Estas foram agendadas de acordo com disponibilidade dos participantes. Para preservar o anonimato dos colaboradores, as entrevistas foram identificadas por letras e numeradas de E1 a E4.

Os resultados foram analisados de acordo com a perspectiva de Bardin, possibilitando a recolha de elementos com significado. O critério de categorização foi de ordem semântica tendo sido feita uma análise temática; o sistema de categorização escolhido foi por analogia. As informações recolhidas tiveram sempre em conta os aspectos éticos inerentes a este tipo de trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sendo que se elaborou uma pesquisa geral da realidade existente, focamos especificamente neste estudo de caso, para consolidar a informação recolhida, as categorias, inicialmente, referenciadas. Outros cenários foram encontrados, mas não foi viável desenvolver todos.

Na categoria Gestão da Qualidade, verificamos que a estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados prestados desenvolve-se como um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos de todos os grupos profissionais e no estabelecimento de metas específicas. Um trecho do discurso de E1 esclarece esta afirmação:

“Uma das nossas formas de avaliar o trabalho desenvolvido, além do sistema de certificação que implica o cumprimento de normas e procedimentos, é também pela simpatia e alegria que vemos estampadas no rosto dos nossos utentes durante o internamento, mas sobretudo quando nos vêm visitar. Vemos que lhes custa a despedida aquando da alta.

Eu gostava que lessem os testemunhos dos próprios doentes...Sempre pautei a minha conduta profissional pelo respeito, compreensão e solidariedade, tal como todos os que aqui trabalham, com este ar de alegria e de brincadeira suavizamos a estadia dos nossos utentes”.

Não pode existir um clima de melhoria contínua da qualidade sem o envolvimento de todos. É neste contexto que E4 referiu que naquela Unidade se produz uma força motivacional que arrasta a equipa para o dinamismo e para a entrega ao projecto expressando-se:

“...a Enfermeira Supervisora está sempre a inovar e muda procedimentos de forma a envolver toda a equipa em mais e melhores prestações de cuidados para o utente...desde o Assistente Operacional até ao Director todos estão motivados para a evolução e melhoria...”

Destacamos que “a qualidade dos serviços prestados por uma equipa multidisciplinar tem sido reconhecida por todos os intervenientes da Rede e é considerada Unidade de referência a nível nacional” (Relatório de actividades e contas de gerência, 2009).

Os resultados obtidos com os cuidados prestados constituem uma componente essencial para se proceder à avaliação da qualidade. Este quadro de referência foi estabelecido por Donabedian (1986). A qualidade de cuidados é, portanto, uma noção abrangente que aponta para o grau que os cuidados de saúde prestados, consistentes com os conhecimentos científicos actuais, concorrem para aumentar a probabilidade de obtenção de resultados desejáveis. Assim, a promoção da qualidade deverá ser sempre o grande pilar orientador da prestação de cuidados. A Pessoa doente e as suas expectativas, que incluem: (i) ser atendido com personalização e cordialmente; (ii) obter serviços de elevado nível técnico; (iii) obter elevados níveis de acessibilidade; e (iv) sentir que a organização foi estabelecida em função das suas necessidades e expectativas, deverão ser o foco principal de atenção por parte dos profissionais de saúde. Apresentamos, de seguida, alguns resultados dos inquiridos de satisfação dos utentes e dos funcionários, referentes a 2009, que nos foram gentilmente cedidos pela Instituição.

Na perspectiva dos utilizadores da Unidade de Convalescença, o grau de satisfação geral dos utentes (sobretudo relacionado com as condições de hotelaria) foi considerado “Muito Bom” para 80,16% e “Bom” para 4,7%; A satisfação com a informação dada sobre o estado de saúde obteve 87,18% de preferências “Muito Bom”. O atendimento aos pedidos foi “Muito Bom” para 85,71% dos inquiridos. Já a Apreciação Global (experiência, competência, preocupação com o paciente) é “Muito Boa” para 93,3%.

Estes resultados demonstram que a qualidade de uma organização resulta da capacidade que os gestores de todos os níveis têm para mobilizar, de uma forma eficiente, todos os recursos, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes, melhorando continuamente a sua eficácia e eficiência. Já a qualidade percebida pelos profissionais baseia-se em variáveis diferentes que aquela que é percebida pelos utilizadores. Para os utilizadores é fortemente dependente da sua interação com os atores envolvidos ao longo de todo o processo com início no primeiro contacto, acessibilidade, resposta a situações urgentes e

emergentes, dedicação do pessoal, comunicação e credibilidade da organização.

Tivemos ainda oportunidade de apreciar os trabalhos realizados pelos utentes e oferecidos à Unidade, bem como os agradecimentos comoventes e calorosos que foram endereçados ao pessoal da Unidade, em prosa e em verso, elaborados, tanto pelos utentes como pelos familiares, inclusivamente nos casos em que o desfecho foi o óbito.

Verificamos que 64,10% dos profissionais manifestam-se “satisfeitos”, 20,51% “insatisfeitos” e 15,38% “sem opinião”, quando inquiridos sobre o Grau de satisfação geral do funcionário.

Na categoria cuidado humanizado/cuidado holístico no contexto dos Cuidados Continuados analisamos o discurso que se segue:

“Trabalhei com agudos num hospital público e havia muitas coisas diferentes...o doente devia andar com a sua roupa pessoal...mas nem sempre conseguia. No hospital, nós tratamos...damos o medicamento...um injectável...dizemos então está bem? E vamos embora...Aqui não, a filosofia da rede é outra. Realmente, debruça-se mais na personalização dos cuidados...humanismo...exigência da capacidade de crescer... Nestas unidades a parte humana dos profissionais tem que se sobrepor à parte técnica (sendo que não devemos/podemos descurar esta)”.

E₁ está em consonância com Pacheco (2002) ao referir que o cuidar pode ser perspectivado como uma “atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. Deve ser vista como o centro da atenção de quem cuida e, por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados exigidos pela doença em si.” Também Escoval (2003) salienta que nos contextos da prática clínica “devem prevalecer os princípios humanistas, visando a saúde dos cidadãos e o seu bem-estar”.

Além de fomentarem as condutas éticas e morais, privilegiam o conforto e a privacidade que o utente deseja porque, conforme pudemos observar, alguns preferem não usufruir dessa privacidade.

Em poucas palavras E₂ resumiu assim a sua posição:

“Esta Unidade centra-se no utente como pessoa e razão de ser da nossa existência.”

Além disso, a capacidade da unidade, somente de 28 camas, foi referida como sendo, ...”o ideal para potenciar o espaço físico, os recursos humanos e económicos bem como a optimização dos cuidados. Esta é, segundo E3, a lotação óptima para a rentabilização da unidade...”

O depoimento de E4 proporcionou-nos ainda a compreensão da orgânica e funcionamento relacionado com o fluxograma e acolhimento dos utentes, bem como o modo de operacionalização das actividades administrativas onde é visível o rosto humano da Unidade:

“O inconformismo dos elementos da equipa, nomeadamente da enfermeira supervisora, motiva a todos os colaboradores para mudar os procedimentos, os suportes de apoio. Aponto como exemplo o Guia de Acolhimento dos Utentes que está em revisão, sendo esta a sua quinta versão...”

A integração sociocultural das pessoas internadas ou que passaram por esta Unidade de Convalescência também não é descurada, facto que é objectivado no seu relatório anual ao salientar que “várias têm sido as iniciativas levadas a cabo para a animação e entretenimento dos utentes internados na Unidade de Convalescência, como foram entre outros: a festa/convívio da sardinhada pelo São João, do magusto pelo São Martinho e da Festa de Natal” (Relatório de actividades e contas de gerência, 2009, p. 22).

Como Recursos humanos a unidade conta com a existência de uma equipa interdisciplinar, conforme nos relata E₁:

“Temos dois enfermeiros por turno, depois temos médicos, técnicos de serviço social, um administrativo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisiatra, animadores socioculturais, psicóloga, nutricionista, gabinetes de auto-estima (onde os alunos do curso de esteticista aplicam os seus conhecimentos), musicoterapia...”

Sobre o perfil considerado necessário num profissional que trabalhe nesta unidade, E₁ destacou:

“A selecção é realizada através da apresentação de currículo e de entrevista...no entanto as pessoas que vêm para a equipa trabalham mandato-

riamente antes no lar da instituição onde podem ser observadas as suas características humanas e só depois é que poderão integrar a equipa...toda a enfermeira que está neste serviço tem que ter já alguma experiência, não pode ser nenhuma pessoa que saia de uma escola porque o utente chega aqui desmotivado...basta a gente apertar-lhe a mão e ele sentir que é gente...”

“Eu tenho orgulho de trabalhar com esta equipa...”

Observamos que, esta entidade, face aos recursos humanos, se preocupa em assegurar o planeamento estratégico, investindo nos seus activos, implementando e desenvolvendo acções que promovam a correcta gestão dos mesmos.

O exercício de funções de liderança nesta Instituição demonstra que são adoptados comportamentos geradores de um clima organizacional de confiança. Esta nossa ideia está em sintonia com Rego e Cunha (2003a e b) e com a opinião de E₁ que confirma na sua resposta a importância da liderança:

“Todo este trabalho e projectos em curso se devem ao entusiasmo do Senhor Provedor, pelo que ele vai ficar todo orgulhoso pela divulgação que vão fazer a esta casa. O seu empenhamento e a motivação que ele dá à equipa... Vamos ter a semana aberta em Maio, as nossas jornadas em Junho, sendo que ainda ontem ele esteve aqui reunido sendo sempre o motor de arranque. Este provedor destaca-se a nível do país pela sua visão...este é um gestor dinâmico, empreendedor....”

Rego e Cunha (2003a) afirmam que “a eficácia das organizações depende tanto dos líderes quanto dos seguidores.” Além disso, referem-se a aspetos como “... a integridade, a humildade, a tenacidade e coragem, a lealdade, a confiança, o respeito pelos colaboradores, a vontade de aprender e de fomentar a aprendizagem dos empregados e da organização...” como parte do papel que “os líderes podem exercer no fomento das organizações de elevado desempenho, autenticas e vivas.” (p.53). Já Cunha et al (2003b), apresentam o líder visionário como aquele que “...ênfatiza a viabilidade da organização a longo prazo. Fomenta a mudança, a inovação e a criatividade” (p.271).

Quisemos saber que projetos acalentavam reali-

zar, ao que E₂ foi esclarecedor, embora apenas nos detenhamos naquele que se refere aos Cuidados Continuados:

“Está para breve a abertura de uma nova valência a Unidade de Longa Duração e Manutenção, D. Elvira Câmara Lopes (o nome da sua benemérita) para 29 utentes, que pretendemos seja também uma Unidade de referência a nível da Rede, como já o é esta... Estão praticamente concluídas as obras de construção, na sequência de aprovação de candidatura ao Programa Modelar e em Maio estará disponível para a Rede.”

Este foi concretizado, conforme planeado, sem atrasos e a sua inauguração oficial ocorreu a cinco de Setembro de 2010.

Quanto à categoria Formação e Desenvolvimento Profissional verificamos que estão conscientes de que o saber se gera na prática, mas envolve o pensamento crítico que tem de ser utilizado. A formação nesta Unidade surge como uma oportunidade de desenvolvimento profissional e organizacional. Para o efeito, o Centro de Formação da Misericórdia viu aprovado um grande volume de formação que abrange quer os funcionários da Instituição, quer a população em geral (...), ao abrigo das candidaturas efectuadas ao Programa Operacional Potencial Humano (POPH). A nível externo, foi ainda proporcionada formação aos profissionais das diferentes áreas através de protocolos criados com a União das Misericórdias Portuguesas.

Constatamos que a formação abarca mais do que dar informação ou proporcionar novos conhecimentos, preocupando-se, também, em desenvolver habilidades ou destrezas, sobretudo nos recém-admitidos. Assim, a dimensão formativa do contexto de trabalho pode e deve ser considerada um campo educativo por excelência. Como bem afirma Alarcão e Tavares (2003) o profissional de saúde é capaz de combinar a ação, a experimentação e a reflexão sobre a ação, ou seja, reflexão dialogante sobre o observado e o vivido segundo uma metodologia do aprender a fazer, fazendo e pensando, que conduz à construção ativa do conhecimento gerado na ação e sistematizado pela reflexão.

Paralelamente, a formação que visa o aperfeiçoamento

das competências para o exercício profissional é, nesta Unidade, também, um imperativo ético nas profissões de saúde. Concordam com TORRES (2002) quando refere que “se o mundo do trabalho desatualiza vertiginosamente (...) a tónica coloca-se, então, na premência de uma educação ao longo da vida e numa reatualização permanente das competências profissionais” (p. 3). Já a UNESCO (1996) apresenta a formação ao longo da vida aplicada a todos os contextos referindo que a “experiência vivida no quotidiano ...é o produto de uma dialética com várias dimensões. Se, por um lado implica a repetição ou a imitação de gestos e de práticas, por outro é também um processo de apropriação singular e de criação pessoal. Junta o conhecimento não-formal ao conhecimento formal e o desenvolvimento de aptidões inatas à aquisição de novas competências” (p. 92).

Relativamente à formação a expressão de E1 é significativa para objectivar o que observamos:

“Temos um Plano Anual de Formação organizada pela Estrutura de Formação da Entidade e formação em serviço, ou seja mesmo em contexto de trabalho.

Ah! Nós aqui estamos sempre em formação... Temos um centro de formação...a calendarização das Acções de Formação é feita no início do ano... Em Janeiro e Fevereiro foi a Informatização para o processo clínico...em Abril vai ser Suporte Básico de Vida...Em Maio Semana Aberta na qual a comunidade também participa Em Junho realizaremos as Jornadas...em Julho a apresentação dos resultados dos grupos de trabalho sobre prevenção e tratamento de úlceras, entre outros. ... Vão ser actualizadas as competências na área das infecções associadas aos cuidados de saúde (lavagem das mãos, transmissão de infecções...) Em Agosto é o único mês em que não há... Em Setembro vão ser as terapeutas a apresentar...Os outros meses ainda estão a ser calendarizados, de acordo com as necessidades, entretanto, diagnosticadas.

Ficou, assim, demonstrado o dinamismo desta Unidade de Convalescença, pois, de acordo com o Relatório de atividades e contas de gerência, 2009

como sendo unidade de referência, sempre que aplicável, os diferentes elementos da Equipa Multidisciplinar são convidados a desenvolver estudos de investigação com base na reflexão nas e sobre as suas práticas de funcionamento. A estes é dada visibilidade nas jornadas dos Cuidados Continuados, ou da Instituição.

Constatamos o grande envolvimento na Educação para a saúde dos utentes e na oportunidade de instruir os cuidadores informais, previamente ao momento da alta, na sequência de visitas programadas do Médico, Enfermeiro, Técnica do Serviço Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Terapeuta da Fala, se necessário.

“Muitos doentes voltam depois de recuperados (até me parece que se está a preparar aqui uma relação estável com casamento...) e alguns vêm ajudar outro utente para lhes ensinar e/ou apenas cumprimentar. Eles voltam e é isso que nos faz crescer e nos inunda a alma...” comprova E1. Acrescentando:

“...às vezes, no início, as famílias estão muito motivadas, mas quando nós marcamos os ensinamentos para a alta (fazemos sessões práticas para termos a certeza de que o prestador adquiriu efectivamente as competências necessárias) eles ‘fogem’ (amanhã... depois...) aqui entra a técnica do Serviço Social... mas, em geral, a maioria dos utentes saem autónomos...”

CONSIDERAÇÕES

O Estudo de Caso como abordagem metodológica de investigação proporcionou compreender, explorar e descrever o contexto de uma Unidade de Convalescência. Esta, evidencia uma organização articulada, integrada, continuada, multidisciplinar e interdisciplinar que está de acordo com a tipologia definida pela Rede, cumpre um dos principais objectivos da sua filosofia: melhorar a acessibilidade da pessoa aos cuidados de saúde, ao mesmo tempo que proporciona eficiência e qualidade na prestação dos referidos cuidados.

A participação desta IPSS nos cuidados de saúde singulariza-se por ter implementado um sistema de auditoria interna, de qualidade clínica e

organizacional, bem como por se revelar na sua actuação a vinculação a valores que visam o bem comum, nomeadamente o altruísmo e voluntariado. A nossa observação de campo coincide com a perspectiva de Lemos (2010) ao referir que as Misericórdias na área da saúde ocupam um lugar cimeiro, preferencial e cada vez mais aperfeiçoado com competência, saber fazer e qualidade, numa determinante e sensível área que é a prestação de serviços de saúde à Humanidade.

Nesta IPSS os doentes em convalescência são apoiados por diversificada oferta de actividades ocupacionais. As relações são naturais sendo o ambiente familiar e personalizado.

Verifica-se aproveitamento de recursos e da capacidade instalada da Instituição, com utilização da filosofia de serviços partilhados, o que traz também celeridade na resolução de problemas.

A Formação contínua dos profissionais e dos prestadores está garantida. Apercebemo-nos rapidamente que naquela Unidade se trabalha com profissionalismo, enquanto cuidam de cada detalhe, por mais insignificante que possa parecer. De salientar a existência de um quadro de referência de gestão, em tudo favorável à formação contínua como forma de reflectir as práticas e (re) construir saberes, que permitam desenvolver as competências próprias necessárias ao desempenho, no âmbito da prestação de cuidados continuados.

Pudemos observar que esta filosofia, favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional, induz a procura de excelência na organização e funcionamento, concorrendo, simultaneamente, para a satisfação dos utilizadores dos cuidados e dos profissionais, encontrando a resposta procurada na nossa pergunta de partida.

Na perspectiva dos utilizadores da Unidade de Convalescência, o grau de satisfação geral dos utentes, em 2009, foi considerado Muito Bom para 80,16% e Bom para 4,7%; Já a Apreciação Global (experiência, competência, preocupação com o paciente) é Muito Boa para 93,3%.

Constatamos que o recurso à simplicidade relacional entre a equipa de saúde e as pessoas

internadas influencia positivamente o clima de bem-estar pessoal e organizacional estando em sintonia com a perspectiva de Renaud (2008) ao afirmar que a “...solicitude, cuidado, afectividade e vulnerabilidade crescem em conjunto”, evocando a afectividade enquanto forma de proximidade. Apesar do pensamento mais comum de que, no sector da saúde, persistem iniquidades generalizadas, pensamos que esta unidade, poderá servir como um exemplo que não confirma essa percepção e como um modelo de busca de excelência dos cuidados.

Agradecemos a Daniel Serrão, mentor e impulsionador deste estudo e a Ana Carvalho a revisão final do manuscrito.

Aos órgãos de gestão e profissionais da Unidade de Convalescença o nosso reconhecimento formal pela colaboração prestada, nomeadamente a disponibilização dos resultados da avaliação da satisfação dos utilizadores e colaboradores e respectivo Relatório de Actividades e Contas de Gerência, referente ao ano de 2009.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina
- Cunha, M.; Rego, A.; Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. (2003b). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. 2ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- Decreto-lei Nº 101/2006, de 6 de Junho de 2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Donabedian, A. Quality assurance in our health care system. Qual. Assur. Utiliz. Rev., 1 (1): 6-12, 1986
- Escoval, A. Gerir Serviços de Saúde em contexto de mudança. Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º 10, Outubro 2003, p.24
- Lemos, M. Eleição e tomada de posse do Secretariado Regional de Braga da União das Misericórdias Portuguesas. Revista da Santa Casa da Misericórdia de Braga. Dezembro, 2010 (6), pp 263.
- OPSS (2010). Desafios em tempo de crise. Relatório de Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, p 52.
- Pacheco, S. (2002) Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética (1ª ed.). Loures: Lusociência
- Rego, A; Cunha, M. (2003a). A Essência da Liderança: Mudança x resultados x Integridade Teoria, prática, aplicações e exercícios de auto-avaliação. Lisboa, Editora RH.
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Fevereiro 2010, disponível em: www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel_2009.pdf, acedido em [17/07/2010] p. 7-9
- Renaud, M. (2008). Solicitude e Vulnerabilidade In: Carvalho, A. (Coord.) Bioética e Vulnerabilidade. Coimbra: Almedina, p.19.
- Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso. Relatório de atividades e contas de gerência, 2009, p. 3-22.
- Torres, L. (2002). Cultura, Formação e democracia em contextos organizacionais. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- UNESCO (1996) – Educação: Um Tesouro a Descobrir. Rio Tinto: Edições ASA.