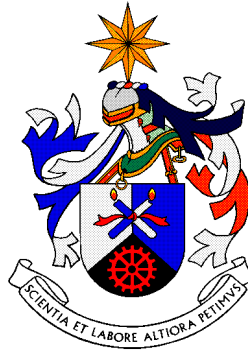


Universidade da Beira Interior

Departamento de Gestão e Economia

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas



As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-organizacionais

Factores Facilitadores e Obstáculos

Pedro Ferreira Duarte

Covilhã

Junho de 2010

Universidade da Beira Interior

Departamento de Gestão e Economia

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas



As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-organizacionais

Factores Facilitadores e Obstáculos

Pedro Ferreira Duarte

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde realizada sob a Orientação do Prof. Doutor **Mário José Batista Franco**, do Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior.

Covilhã

Junho de 2010

A maioria pensa com a sensibilidade, eu sinto com o pensamento. Para o homem vulgar, sentir é viver e pensar é saber viver. Para mim, pensar é viver e sentir não é mais que o alimento de pensar.

Fernando Pessoa

Dedico um agradecimento especial a Suzana, minha esposa, que sempre me deu todo o apoio e incentivo para a realização desta investigação e a compreensão que inesgotavelmente demonstrou face às muitas horas que dediquei a este trabalho.

Agradeço também a todos os meus familiares e amigos que incansavelmente me deram força para continuar.

Agradecimentos também dirigidos aos representantes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Orvalho, Fundão e Idanha-à-Nova que prontamente se mostraram disponíveis para colaborar nesta investigação. Obrigado por todo o interesse, simpatia e dedicação demonstrados.

Deixo também um agradecimento especial ao Prof. Doutor Mário Franco pela sua sabedoria, dedicação, orientação e disponibilidade imensurável que sempre demonstrou em todos os momentos deste trabalho.

RESUMO

As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-organizacionais

- Factores Facilitadores e Obstáculos -

O paradigma de funcionamento em rede inter-organizacional alicerçado na nova e emergente rede de cuidados continuados incorpora um conceito marcadamente inovador e ainda pouco estudado, daí a importância premente desta investigação.

A questão de investigação primária que está na base deste trabalho é o conhecimento e a compreensão das unidades de cuidados continuados como redes inter-organizacionais, aprofundando especialmente os factores facilitadores e obstáculos caracterizadores desse funcionamento.

Assim, delimitou-se a área de investigação ao Distrito de Castelo Branco e procedeu-se à realização de um estudo de carácter qualitativo na vertente fenomenológica abordado às três entidades prestadoras de cuidados continuados deste distrito, pela voz de três representantes de cada uma delas. A informação foi obtida através de entrevistas semi-estruturadas.

Desta forma, baseado num modelo de análise interpretativa de informação, definiram-se as seguintes unidades de significado: definição de rede inter-organizacional; definição da rede de cuidados continuados integrados; utilidade; desenvolvimento do funcionamento inter-organizacional; expectativas futuras; comunicação, cooperação e coordenação na rede; factores facilitadores do funcionamento inter-organizacional; organigrama; circuitos e ligações entre os elos da rede; processo de referenciação; definição do papel da entidade coordenadora local; angústias e obstáculos ao funcionamento em rede.

As principais inferências e conclusões do estudo insurgiram-se na importância que os cuidados continuados assumem no sector da saúde e apoio social que, de acordo com os participantes, vieram colmatar uma necessidade emergente nos sectores assinalados. Os principais focos a desenvolver na rede de cuidados continuados em maturação, são a falta de formação específica dos profissionais e a ligação problemática ao sector Hospitalar.

Finalmente, algumas limitações e sugestões para investigações futuras nesta área do conhecimento são também apresentadas.

ABSTRACT

The Continuous Care Units as Inter-organizational Networks

- Facilitator Factors and Obstacles -

The paradigm of inter-organizational network in the new up and coming network of continuous care incorporates a concept remarkably innovative and yet little studied, therefore this investigation has critical importance.

The primary research question that underlies this work is the knowledge and understanding of continued care units as inter-organizational networks, deepening especially the facilitating factors and obstacles that characterize its operation.

Therefore, the area of investigation have been delimited to the District of Castelo Branco and have been proceeded to conduct a qualitative study in phenomenological nature, addressing the three-term care providers of the district, through the voice of three the representative individuals of each one. Information collected was obtained through semi-structured interviews.

Thus, based on a interpretive analysis model of information, has been defined the following units: definition of inter-organizational network; definition of the integrated continuous care network; utility; development of inter-organizational operation, future expectative; communication, cooperation and coordination in network; factors that facilitate the inter-operation; organigrama; circuits and connections between the links of the network; referral process; defining the role of the local coordinating entity; troubles and obstacles to networking.

The main inferences and conclusions of the study rose up in the importance that continuous care assume in health and social support which, according to the participants, came to fill an emerging need in the sectors mentioned. The main focus to develop of this continuous care network in maturation, are the lack of specific training of professionals and the problematic link to the hospital sector.

Finally, some limitations and suggestions for future investigations on this area of knowledge are also presented.

PALAVRAS-CHAVE

Redes inter-organizacionais

Cuidados Continuados

Rede

Organização

Saúde

Apoio Social

KEY-WORDS

Interorganizational Networks

Continuated Care

Network

Organization

Health

Social Care

SIGLAS

CS - Centro de Saúde

CCI - Cuidados Continuados Integrados

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECR - Equipa Coordenadora Regional

EGA- Equipa de Gestão de Altas

MS - Ministério da Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade de Convalescença

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ULDR - Unidade de Longa Duração e Reabilitação

UMCCI - Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDM - Unidade de Média Duração e Manutenção

ÍNDICE GERAL

Resumo	vi
Abstract.....	vii
Palavras-Chave	viii
Key-Words	viii
Siglas	ix
Índice Geral	x
Índice de Figuras e Quadros	xii

1. Introdução.....	1
--------------------	---

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. As Redes Inter-organizacionais: Abordagem Conceptual.....	8
2.1. Terminologia e Definição de Rede Inter-organizacional.....	9
2.2. Caracterização das Redes Inter-organizacionais.....	14
2.3. Razões para a Adopção de Redes Inter-organizacionais	17
2.4. Factores Facilitadores para o Funcionamento em Rede	20
2.5. Redes Inter-organizacionais – Particularidades do Sector Público	24
3. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	28
3.1. Definição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	30
3.2. Organização da RNCCI	33
3.3. Metas a atingir até 2016.....	36
3.4. Enquadramento Legal da RNCCI.....	37
3.5. Enquadramento da Rede no Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	39
3.6. Os Cuidados Continuados Integrados como Redes Inter-organizacionais	40

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4. OPÇÕES METODOLÓGICAS	48
4.1. Investigação Qualitativa – Justificação da Opção	49
4.2. A Escolha da Abordagem Fenomenológica.....	51
4.3. Papel do Investigador.....	53
4.4. Participantes na Investigação e Contexto de Estudo	56

4.5. Instrumentos de Recolha de Informação.....	60
4.6. Método de Análise e Processo de Interpretação	64
4.7. Ética e Limitações do Estudo.....	67

PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO

5. Resultados e Discussão.....	72
5.1. Caracterização dos Participantes	72
5.2. Análise Interpretativa da Informação	74
5.2. Desenvolvimento das Unidades de Análise.....	74
5.3. Desenvolvimento das Unidades de Significância.....	77
6. Considerações Finais	120
Bibliografia.....	126

ANEXOS

ANEXO I - Documentos comprovativos das autorizações formais concedidas pelas instituições

ANEXO II - Guião de Entrevista

ANEXO III - Quadro elucidativo da Afecção entre as Questões de Investigação e as Questões Aplicadas na Entrevista

ANEXO IV - Transcrição das Entrevistas

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - A Perspectiva Tradicional da Empresa e dos seus Mercados.....	11
Figura 2 - A Organização em Rede	12
Figura 3 - Taxa de dependência nos idosos dos diferentes países da Europa	32
Figura 4 - Referenciação de Utentes em 2007 e 2008.....	35
Figura 5 - Utentes assistidos na RNCCI em 2006, 2007 e 2008	36
Figura 6 - Metas para 2016 para a RNCCI.....	37
Figura 7 - Fluxo de Referenciação da RNCCI	41
Figura 8 - Proveniência dos Utentes para Acesso na Rede	42
Figura 9 - Pesquisa Local de Vagas.....	43
Figura 10 - Pesquisa Local de Vagas (2ª Fase)	45
Figura 11 - UCCI no Distrito de Castelo Branco	59
Figura 12- Correlação entre as Diferentes Áreas - Representação Esquemática dos Temas em Análise	76
Quadro 1 - Legislação Relacionada com a RNCCI.....	39
Quadro 2 - Caracterização dos Participantes	73
Quadro 3 - Temas Essenciais que Caracterizam o Fenómeno.....	75
Quadro 4 - Resumo das Participações dos Representantes das UCCI	119



1. INTRODUÇÃO

Com o crescimento constante da população envelhecida, a sociedade enfrenta cada vez mais de perto um grande número de problemas emergentes, nomeadamente, a escassez de recursos para que se assegurem a todos os indivíduos um nível de vida digno, tanto do ponto de vista de saúde como social.

A crescente tendência de envelhecimento da população paralelamente à alteração das suas dinâmicas patológicas, conjugam-se criando situações de dependência e de fragilidade. De igual forma, emerge a necessidade de apoio social e familiar, que cria enigmas difíceis de solucionar no que respeita ao suporte e adequação de respostas diferentes das que tradicionalmente têm sido oferecidas (Hospitais, Centros de Saúde (CS) e/ou lares) e constituiu-se uma lacuna que justifica uma notória necessidade de mudança.

A coordenadora da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) sublinha que a consciência desta nova realidade portuguesa e europeia desnudou as insuficiências dos sistemas saúde e apoio social ao nível da adequação dos cuidados implicados nas situações de dependência, numa sociedade em mudança constante. Neste contexto, evidenciaram-se um agregado de necessidades que requeriam respostas inovadoras e diferenciadas, as quais implicariam uma reorganização do sistema de saúde e renovadas políticas sociais (MS, 2009).

Costa *et al.* (2007) sugerem que existem, hoje em dia, cada vez mais meios e métodos passíveis de facilitar o funcionamento das redes inter-organizacionais que objectam prestar serviços, quer à população em geral, quer à faixa etária mais avançada especificamente.

Destaca-se que, com apoio nas bases bibliográficas existentes, parecem existir bastantes estudos científicos incidentes no funcionamento inter-organizacional como conceito ou paradigma formal e teórico, todavia, quando se pretende estudar a sua aplicabilidade prática, particularmente no que concerne ao sector da saúde e apoio social, desnuda-se a carência de investigação. Por essa razão, parece justificar-se a abordagem à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como rede inter-organizacional assente e emergente no seio de um sistema de saúde e suporte social português em mutação.



A colaboração entre organizações é advogada como uma solução para a realidade dos ambientes organizacionais mas, para Dedekorkut (2004), a investigação até à presente data nesta área específica apresenta ainda pouco rigor teórico. Desta forma, o investigador mencionado procurou definir quais as principais determinantes relacionadas com o sucesso da colaboração inter-organizacional. Este sublinha que existe extensa literatura que explica as razões pelas quais as organizações colaboram, no entanto, os factores que tornam essa colaboração possível não se encontram documentados e estudados com a mesma qualidade.

Por sua vez, Kong (2007), no seu estudo, explora profunda e detalhadamente a cultura ligada ao paradigma do funcionamento das redes inter-organizacionais que, concordando com o investigador supra citado, defende ser ainda uma área pouco explorada do conhecimento, com substancialmente poucos estudos empíricos, tanto na vertente académica como profissional. Esta investigadora rege-se pelo conceito de isomorfismo através do qual apresenta várias assumpções distintas de culturas organizacionais. A teórica salienta de forma particular a cultura organizacional em rede como uma força social que controla as organizações, o seu comportamento e posicionamento estratégico no sentido do alcance da coordenação no seio das redes de trabalho.

Aparentemente, a evolução dos formatos organizacionais tem privilegiado a aproximação entre as organizações no intuito de elevar o grau de relacionamento entre elas e, acima disso, é cada vez mais evidente que, perante o cenário actual, as organizações não conseguem prosperar isoladamente (Franco, 2001). A conjuntura organizacional demanda níveis de relação capazes de oferecer solidez e força às organizações, o que as conduz, por conseguinte, à opção pela formação de redes como base para superar os obstáculos impostos pela alta competitividade e mutação constante do ambiente. A teoria de rede traz à luz alguns conceitos que ajudam a visualizar as organizações de maneira distinta das perspectivas tradicionais, assumindo vital importância para uma maior consolidação da teoria organizacional.

Para além deste progresso evidente, como será mais à frente enunciado, existem ainda neste âmbito algumas áreas de incerteza e com défice de conhecimento científico comprovado. Nesta perspectiva, esta investigação visa o esclarecimento de uma dessas lacunas identificadas na literatura e que respeita ao funcionamento inter-organizacional da RNCCI. Perante o apresentado, destaca-se que o objecto de investigação do presente



trabalho incide na nova visão organizacional que parece emergir e associar-se ao sistema de saúde português, particularizando a RNCCI. Assim, assume-se como imprescindível a descrição, identificação e explicação das principais características definidoras das redes organizacionais, no seu geral, para que só depois se possa focar a rede específica e abordar o seu funcionamento inter-organizacional.

As inquietações sentidas incidiram na procura de informação com base científica acerca de quais são os vectores de cooperação inter-organizacional presentes no funcionamento das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) para o despiste dos factores facilitadores e obstáculos presentes nessas interacções.

Este é um excelente meio de cultura onde a investigação deve incidir pois, aparentemente, ainda não existem estudos que definam as características de funcionamento inter-organizacional deste paradigma tão recente. Mais do que isso, este é um conceito inovador que se sustenta na base de um funcionamento em rede. Porém, também isso foi assinalado pela coordenadora da UMCCI, a qual salienta que é possível concretizar “*em REDE, o trilho necessário para que não continuem a existir pessoas isoladas, doentes e sem apoio*” (Guerreiro, 2009: 137-138).

O conceito de base inter-organizacional que caracteriza o funcionamento desta nova vertente de cuidados sociais e de saúde está sempre presente, sendo essa uma justificação fundamentada que clarifica a projecção científica que este estudo poderá assumir pois, como assume Guerreiro (2009: 137) na caracterização da realidade da RNCCI, “*há que estudar, perspectivar, amadurecer, criar sinergias (...) é essa a nossa missão! Em REDE!*”. Também este estudo procurará assumir-se como um instrumento fidedigno de melhoria nesta área.

De acordo com o referido anteriormente, o foco deste estudo incide no **domínio** da Caracterização das Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-organizacionais, constituindo este o tema do corrente trabalho. Neste âmbito, o **objectivo geral** desta investigação prende-se com a identificação dos Factores Facilitadores e Obstáculos ao Funcionamento Inter-organizacional.

As **questões de investigação** orientadoras apresentadas são, fundamentalmente, as seguintes:

- 1) Quais os constituintes da rede de funcionamento inter-organizacional das várias estruturas envolvidas na RNCCI e caracterização desse envolvimento?



- 2) Qual o significado atribuído pelos profissionais intervenientes à comunicação, cooperação e coordenação no contexto inter-organizacional?
- 3) Qual a percepção dos profissionais quanto aos factores presentes ou potenciais facilitadores do funcionamento inter-organizacional?
- 4) Que dificuldades, angústias e obstáculos prejudicam ou limitam o funcionamento inter-organizacional?
- 5) Quais as vivências e opiniões dos profissionais relativamente ao desenvolvimento do funcionamento inter-organizacional desde a formação até ao ponto actual em que se encontra a unidade que representam, a nível individual, e da RNCCI como um todo?
- 6) Quais as expectativas dos profissionais relativamente aos futuros progressos da RNCCI e da unidade específica em que estão inseridos relativamente ao funcionamento inter-organizacional?

A investigação apresentada enquadra-se dentro da metodologia qualitativa, numa abordagem fenomenológica, tendo como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-directiva a Directores Clínicos, Directores Técnicos e Coordenadores das UCCI do Distrito de Castelo Branco intervenientes na RNCCI. Posto isto, o contexto de análise que incorpora esta investigação é composto pelos três representantes assinalados da UCCI do Centro Social Padre Tomas d'Aquino Vaz Azevedo (Orvalho), da UCCI da Santa Casa da Misericórdia do Fundão e da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Idanha-à-Nova.

Este trabalho encontra-se estruturado em três substratos fundamentais. Numa primeira parte é desenvolvido o **Enquadramento Teórico** (Parte I) onde se espelha o resultado absorvido do suporte bibliográfico consultado acerca do conceito inerente ao paradigma das redes inter-organizacionais. Seguidamente, será explorada a realidade que envolve o arquétipo justificativo da emergência da RNCCI. Por fim, é realizada uma ligação entre os dois conceitos enunciados, procurando perceber as particularidades descritas na literatura que definem a RNCCI como rede inter-organizacional, na essência da sua definição.

Neste enquadramento, na segunda etapa deste trabalho, o foco de abordagem incide no **Enquadramento Metodológico** (Parte II). Aqui, são exploradas e explicadas todas as opções que, do foro empírico, definem esta investigação. Mais especificamente, nesta



etapa, desdobram-se as principais opções tomadas na construção desta investigação, nomeadamente a opção por um estudo qualitativo, e a adopção de uma variante de carácter fenomenológico, o papel que o investigador deve encarnar neste tipo de investigação, a justificação da escolha dos participantes e contexto em estudo, o instrumento de recolha de informação utilizado, o método de análise e processo de interpretação assumido e, por fim, as particularidades éticas e limitações do estudo.

Subsequentemente, na terceira fase deste documento desagua o **Estudo Empírico** (Parte III) onde se expõe a análise interpretativa da informação recolhida. Assim, procede-se ao tratamento científico das Unidades de Significância que transcendem dos testemunhos dos participantes. Neste âmbito, este ponto começa pela enumeração das unidades de significado encontradas e, seguidamente, é realizada a organização hierárquica e lógica de acordo com a temática abrangida. Por fim, é consumado o desdobramento e explicação de cada uma dessas unidades de análise identificadas, realizando a discussão dos resultados e demarcando as principais considerações dos participantes, enquadrando-as com as assumpções estabelecidas no enquadramento teórico.

Finalmente, nas **Considerações Finais** desta investigação são imanadas as principais ilações proporcionadas por este estudo, enfatizando os aspectos que se revelaram mais significativos. Este epílogo também contempla a apresentação das limitações e obstáculos entrepostos à realização desta investigação, assim como serão assinaladas possíveis linhas de investigação empírica futuras.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



2. AS REDES INTER-ORGANIZACIONAIS: ABORDAGEM CONCEPTUAL

O desenvolvimento teórico do campo organizacional tem preenchido diversas discussões e formulações, cujos fundamentos estão ancorados em múltiplas formas de encarar as organizações, absorvendo contribuições das mais variadas áreas do conhecimento. O paradigma sistémico promoveu o início do debate sobre organizações vistas como sistemas abertos, que realizam trocas com o ambiente externo importando substratos, processando-os e gerando outputs. Destaca-se, assim, o potencial colaborativo entre organizações, a fim de fornecerem respostas mais adequadas às exigências organizacionais.

A abordagem à temática do funcionamento organizacional em rede é, claramente, indispensável para possibilitar a compreensão das organizações e do seu funcionamento na actualidade. Existem inúmeras definições que abordam este paradigma, propostas por expressivos investigadores. Segundo Provan *et al.* (2007), está patente na generalidade dessas construções que as organizações interagem mutuamente no esforço de aquisição e alcance de um objectivo comum.

Mesmo assim, abordando o mesmo tema Provan *et al.* (2007) consideram que a literatura acerca das redes inter-organizacionais é, nos dias de hoje, bastante extensiva. Desde redes sociais até à tipologia organizacional em rede entre outros paradigmas, esta metodologia tem imanado desenvolvimentos no campo da investigação e abrange várias disciplinas, nomeadamente, as teorias e comportamentos organizacionais, gestão estratégica, estudos de mercado, serviços de saúde, administração pública, sociologia, comunicação, ciências de computação, física e psicologia. Em termos gerais, têm recentemente sido publicados vários artigos científicos nesta área, sublinhando-se que estes evidenciam progressos consideráveis na compreensão da metodologia de trabalho das redes inter-organizacionais, como estas são estruturadas, qual o mecanismo de operação e mesmo as premissas que pautam a sua evolução e desenvolvimento.

Assim, identifica-se a utilidade de adoptar, nesta investigação, uma estrutura teórica que, ao contrário das teorias tradicionais, permitia acomodar (Rocha, 2009):



- A heterogeneidade de actores, actividades, recursos, competências e relacionamentos, nomeadamente, entre partes da mesma rede ou entre redes diversas;
- O conhecimento produtivo que, dada a heterogeneidade dos actores, se encontra disperso e necessita de coordenação;
- A dependência do percurso no desenvolvimento das competências e relacionamentos;
- A existência paradoxal de estabilidade e mudança contínua numa rede;
- A diversidade como factor potenciador do desenvolvimento e inovação.

Neste sentido, neste ponto primário começa-se por colocar em evidência as terminologias e definições de rede inter-organizacional mais comumente descritas na literatura e defendidas pelos teóricos como as mais assertivas. Seguidamente, foca-se a caracterização das redes inter-organizacionais, desenvolvendo os principais conceitos ligados a esta metodologia. Neste encadeamento, surge a explicação das razões inerentes à adopção de redes inter-organizacionais, à qual se seguirá a abordagem às possíveis vantagens e desvantagens do funcionamento e, de seguida, aos factores facilitadores e indutores da estabilidade/sucesso das redes. Por fim, e uma vez que a tutela e financiamento maioritário da rede de cuidados continuados é pública, realça-se a imperatividade do último ponto deste capítulo que aborda as particularidades do sector público no seio da redes inter-organizacionais.

2.1. Terminologia e Definição de Rede Inter-organizacional

Tendo em conta que as redes inter-organizacionais são comumente encaradas como um fenómeno do foro organizacional, quando este termo é abordado em investigação, não é sempre claro o seu significado. Mesmo a utilização da expressão *rede* não é unânime pois, apesar de aparentemente ser a nomenclatura com uso mais frequente, outros termos como parcerias, alianças estratégicas, relações inter-organizacionais, coordenação ou associação, acordos cooperativos ou pactos colaborativos são, por vezes, pronunciados (Provan *et al.*, 2007; Culpan, 2009).



Neste contexto, Provan *et al.* (2007) com base em Podolny e Page, sublinham que estes investigadores, na construção da definição de redes inter-organizacionais, abordam uma panóplia de constructos acerca da cooperação incluindo alianças estratégicas, colaborações recíprocas e consórcios que focam o espectro contratual e formal.

Perante o enunciado, apesar da similaridade existente entre os vários diferentes termos, o adoptado para esta investigação será *Rede Inter-organizacional* pois, para além de ser, aparentemente, a expressão com uso mais frequente pelos investigadores, é a que mais se parece adequar à realidade em estudo.

Neste seguimento, um dos primeiros autores a estudar a aplicação dos princípios de redes na actividade económica foi Marsahl (1997), ao estudar os distritos industriais na Grã-Bretanha. O autor mostra que as organizações podem tornar-se mais eficientes e competitivas quando concentradas em pequenos negócios similares, em localidades específicas, criando o conceito de economia externa. Este conceito foi sofrendo evolução à medida que as organizações foram potenciando a eficiência das suas operações e estratégias quando actuam de forma associada e conjunta.

No entanto, já em 1972, no artigo “The Organisation of Industry”, Richardson (1972) considera que, ao contrário do defendido pelas teorias tradicionais, as empresas não são “ilhas de coordenação planeada num mar de relacionamentos comerciais” (p. 883). Pelo contrário, “as empresas encontram-se ligadas pela cooperação e pela afiliação” (p. 895). Axelsson (1992) refere que, nas teorias tradicionais, o mercado é visto como um conjunto de empresas anónimas ou “sem rosto”. Nestas teorias, cada empresa realiza as suas operações no mercado que funciona como um mecanismo facilitador das transacções. Através do mecanismo de preços, o mercado coordena as actividades realizadas pelas várias empresas. Contudo, tal como Snehota (2003) argumenta, esta perspectiva não tem em consideração, e muito menos explica, porque razão as transacções entre duas organizações acontecem frequentemente de forma não aleatória, numa base de continuidade. Também Hakansson e Snehota (1995) afirmam que, em vez de mercados anónimos de factores e de produtos acabados, através de uma perspectiva mais realista, as empresas confrontam um conjunto limitado de fornecedores e clientes que representam a maior parte das suas vendas ou compras. O confronto entre estas duas perspectivas encontra-se ilustrado nas **Figuras 1 e 2**.

Por observação da figura abaixo, pode-se constatar a redutividade implícita à perspectiva proposta por uma visão tradicional das organizações e do seu



funcionamento no mercado. Pelo conhecimento que é fruto do estudo de várias investigações na área organizacional nas últimas décadas, é deveras seguro que, analisando a informação empírica devidamente provada, o funcionamento organizacional é muito mais complexo do que o *continuum* Fornecedores→Empresa→Clientes presente na perspectiva tradicional.

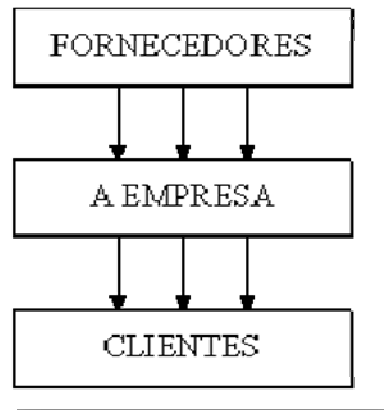


Figura 1 - A Perspectiva Tradicional da Empresa e dos seus Mercados

Fonte: Rocha (2009: 66)

Posto isto, através da **Figura 2**, Rocha (2009) propõe um possível esquema demonstrativo de uma visão mais contemporânea e que, apenas a título de exemplo, procura evidenciar a realidade implícita no ambiente organizacional.

Apesar de parecer contraditório ou paradoxal, a estrutura da rede tem, simultaneamente, um carácter de estabilidade e de mudança contínua. A explicação para esta afirmação prende-se com o facto de que o desenvolvimento numa determinada área exige estabilidade noutra ponto da rede (Hakansson e Snehota, citados por Rocha, 2009). Por exemplo, o desenvolvimento de uma nova actividade ou recurso pode assegurar ou depender da estabilidade de um relacionamento.

Encarando o contexto em seguimento, o estudo das redes inter-organizacionais tem fomentado um enorme interesse aos investigadores que se debruçam sobre esta área nas últimas décadas, mas curiosamente, como se vai poder constatar, a sua definição tem sido controversa. Kong (2007), citando Benson, identifica uma *rede* como uma unidade de análise básica que consiste na distinção entre organizações que, directa ou indirectamente, se encontram conectadas ou interligadas, possuindo um conjunto significativo de interacções recíprocas em comum.

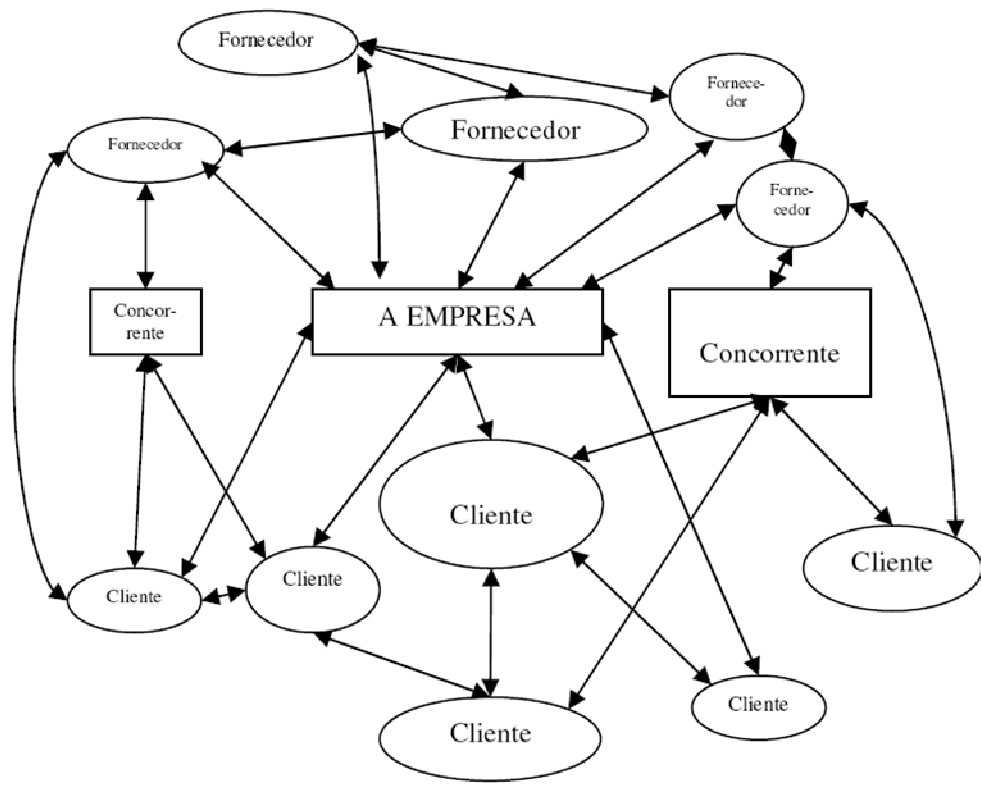


Figura 2 - A Organização em Rede

Fonte: Rocha (2009: 67)

De forma simplista, Castells (1999: 232) aborda o conceito de rede como “*um sistema de meios estruturados com o propósito de alcançar objectivos específicos*”, abrindo espaço para uma alargada panóplia de definições de acordo com o foco de análise.

Alegando um elevado grau de complexidade na assumpção de uma definição consensual, Casson e Cox (1997) afirmam que o significado atribuído ao conceito de rede difere de indivíduo para indivíduo, pois uma simples definição desse objecto pode ser um conjunto de ligações que directa ou indirectamente conectam cada membro de um grupo organizacional a cada outro membro.

Neste encadeamento, Mance (1999) argumenta que as redes podem ser consideradas um conjunto complexo de inter-relações que dinamizam as competências das unidades envolvidas focadas em objectivos comuns ou complementares, reforçando todo o agregado organizacional na medida em que são fortalecidas pela rede.

Já numa perspectiva economicista, a rede é definida simplesmente como uma teia de relações bilaterais independentes (Dunning, 1995). Todavia, Baker (1992) destaca que tais relações não são suficientes para um claro e distintivo conceito de rede, e acrescenta



que ao avaliar apenas a existência de conexões entre agentes, todas as organizações seriam consideradas redes.

Pelas razões assinaladas, torna-se imperativa a inclusão de outros elementos definidores do paradigma em foco, como a noção de objectivos comuns, definidos em conjunto e perseguidos através de acções colaborativas (Rosenfeld, 1997).

Outro factor determinante para o conceito de rede é a emergência de uma forma particular de coordenação e de gestão que tem como base os atributos competitivos obtidos com a união de esforços. Assim, a coordenação pode ser ajuizada como a acção de colocar em ordem os elementos de um sistema, aos quais se implica uma acção coordenada e conjunta. A gestão pode ser vista como a determinação dos elementos da rede na procura organizada de um objectivo predeterminado. Em complementaridade, Thompson (2003) enaltece a gestão como um conceito mais amplo que coordenação, embora ambos os conceitos identifiquem um significado comum, ou seja, um padrão ordenado de relacionamentos.

Pesämaa (2006) na procura da definição de redes inter-organizacionais, descreve-as tipicamente como o resultado de instituições individuais que funcionam de forma concomitante em grupos cooperativos. Complementa ainda afirmando que entre essas unidades organizacionais constituintes da rede são estabelecidos elos formais e sociais. Assim, cada elo específico da rede partilha essas relações funcionais mútuas uma vez que existem coincidências de grande parte das particularidades definidoras da acção da globalidade delas, nomeadamente, a partilha no que respeita ao espaço temporal, aos interesses, objectivos, características funcionais, posição geográfica, entre muitos outros tipos de relação.

De forma mais condensada e simplista, Barringer e Harrison, citados por Provan *et al.* (2007), definem redes inter-organizacionais como arranjos entre duas ou mais entidades que estabelecem uma relação comercial entre si.

Por fim, assinala-se que a definição de Pesämaa (2006) é a que mais completa, detalhada e assertivamente traduz o conceito em explicação pelo que será considerada como definição orientadora escolhida para esta investigação.



2.2. Caracterização das Redes Inter-organizacionais

As organizações acedem a redes com o objectivo de assegurarem recursos essenciais mas dependem da informação que verte da rede de alianças prioritárias que determina quais os parceiros de cooperação. Assim, a criação dessas novas alianças modifica a rede estabelecida, cravando uma dinâmica endógena entre a acção organizacional e a estrutura de rede que conduz à emergência das redes inter-organizacionais (Gulati, 1998).

Neste seguimento, parece evidente que uma rede organizacional segura, madura e definida, já com uma longa história, detenha a sua própria cultura. A cultura inter-organizacional afigura-se como uma patente de conceitos partilhados que as organizações vão construindo ao longo do seu processo de adaptação externa e interna fomentando a integração em rede (Kong, 2007). Para a cimentação dessa cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos actores, é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes, mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles. Nesta direcção, a teoria das redes propõe que todas as organizações podem ser encaradas como redes sociais e precisam de ser assim analisadas. A rede social pode ser caracterizada como um aglomerado de pessoas e organizações unidas por um conjunto de relacionamentos sociais. Partindo dessa linha de raciocínio, o paradigma das redes incorpora um assunto significativo, imprescindível à compreensão das organizações na actualidade.

Em concordância, Provan *et al.* (2007) sublinham a predominância do factor social na imposição das redes organizacionais. Neste prisma, com base em Barringer, Harrison e Oliver, os autores supra-indicados salientam que no seio das redes é naturalmente observável a cimentação de laços organizacionais com base no estabelecimento de acordos ou contratos sociais (como incorpora o exemplo patente dos serviços de saúde) mais do que contratos legais de união. Os investigadores supracitados acrescentam ainda que os contratos formais e legais podem coexistir mas o suporte primário das redes inter-organizacionais assenta na manutenção dos contratos sociais. Neste seguimento, Knabe *et al.* (2003) apresentam um vasto conjunto de enquadramentos sociais possíveis e sublinham que as redes inter-organizacionais, dependentemente desse enquadramento, podem ver influenciada a sua performance.



Na idealização do conceito de rede, Pesämaa (2006) enquadra-o num formato organizacional democrático e participativo, no qual as relações inter-institucionais se caracterizam pela não-centralidade organizacional e não-hierarquização do poder, tendentes à horizontalidade, complementaridade e abertas ao pluralismo de ideias e à diversidade cultural. Em contrapartida, esse pensamento pode traduzir-se no desafio da coordenação dos empreendimentos em rede relacionado com o facto de que as organizações actuam de acordo com lógicas, valores e normas de conduta próprias e, por outro lado, desejam conciliar acções visando alcançar um objectivo comum.

A partilha de objectivos e interesses na relação em rede permite a observação distinta de vários tipos ou opções de funcionamento. Pesämaa (2006) destaca a disparidade entre diferentes construções de relação e propõe papéis distintos para cada uma dessas colocações estratégicas. Esta defende ainda que a análise da rede inter-organizacional deve ter por base o estudo das seguintes premissas: reciprocidade, confiança, cooperação, comprometimento inter-organizacional e lealdade.

Neste contexto, Loong e Keng-Boon (2008) na sua investigação, paralelamente ao afirmado pela autora acima referenciada, demonstram e aferem relações patentes entre a adopção de factores tais como confiança, partilha de poder e colaboração. Também Dawes (2009) partilha da opinião da premente importância que as redes inter-organizacionais assumem e sublinha que, no seu juízo, a partilha de conhecimento inter-organizacional é a principal fonte de inovação profissional e organizacional.

Apesar das diferenças, quase todas as definições referem-se a alguns temas comuns entre os quais, interacção social, relacionamento, conectividade, colaboração, acção colectiva, confiança e cooperação (Provan *et al.*, 2007).

No estudo das várias temáticas implicadas, nomeadamente os Sistemas Nacionais de Inovação ou os Modelos de Competitividade destaca-se Lundvall (2003) que aponta a necessidade da prática da cooperação inter-organizacional como estratégia para a sobrevivência e desenvolvimento das organizações, assim como um factor gerador da competitividade local e do desenvolvimento regional. Neste sentido, este cita três tipos básicos de vínculos de cooperação entre as organizações em determinado ambiente a partir da definição da cadeia produtiva do segmento económico em questão, são eles:

- a) *Vínculos verticais*: referente às ligações “anteriores” através dos relacionamentos entre fornecedores e subcontratados e, ligações “posteriores” envolvendo consumidores e clientes. A cooperação efectiva abrange aspectos



como organização e fluxo produtivo, gestão de armazenamento, desenvolvimento de produtos e processos, controlo de qualidade, design e marketing, etc.

b) Vínculos horizontais: este tipo de vínculo ocorre entre produtores do mesmo nível e podem envolver também instituições que oferecem apoio e fomento a actividade organizacional, como as associações empresariais. Os principais objectivos deste tipo de vínculo são: a prática de estratégias de marketing conjunta; a aquisição colectiva de materiais; compartilha de encomendas volumosas e/ou divisão de níveis de produção a partir de capacidades produtivas; a utilização comum não só de instalações, máquinas e equipamentos e ferramentas, mas também de informações sobre o mercado e desenvolvimento conjunto de produtos.

c) Vínculos multilaterais: envolve a participação de instituições de apoio à actividade empresarial da região e o tipo de assistência prestado a um conjunto de produtores de determinado segmento económico. Essas relações incluem cooperação do tipo horizontal com o objectivo de conceber, instalar e administrar estruturas locais de comércio, de acesso e disponibilização de informações, parceria com centros de pesquisa e prestação de serviços, de um modo geral.

Assim, o conhecimento rigoroso de como as organizações colaboram é extremamente importante uma vez que a falta de desenvolvimentos nesta área parece coligar-se a problemas na aplicação das redes de cooperação entre organizações. Se este processo for extensivamente estudado e os factores que conduzem ao sucesso forem determinados, será mais fácil construir um futuro desenhado por esforços de colaboração generalizados, já que ficarão claras as circunstâncias que induzem o sucesso das redes inter-organizacionais, para que assim esses factores sejam manipulados na ênfase da cooperação (Dedekorkut, 2004).

Nos dias de hoje, quando se fala em progresso e evolução, o conceito de eficiência é inevitável e, também na abordagem às redes inter-organizacionais, a sua procura é incontornável. O ambiente organizacional tem vindo a tornar-se crescentemente mais competitivo. Neste sentido, as organizações objectivam cada vez mais a maximização operacional da eficiência de funcionamento (Loong e Keng-Boon, 2008).

Assim, de acordo com os mesmos investigadores, uma das formas que induzem a eficiência das organizações e que visa a aquisição de vantagem competitiva incorpora a implementação de uma cadeia de gestão e administração eficiente e efectiva,



característica do funcionamento inter-organizacional em rede. A assumpção desse objectivo trará benefícios a todos os níveis, nomeadamente no que se refere à redução de custos ou o aumento da satisfação de cliente relativamente ao serviço prestado, entre muitos outros.

2.3. Razões para a Adopção de Redes Inter-organizacionais

Introduzindo este tópico destaca-se o contributo de Kapucu (2005) ao sublinhar a importância das redes inter-organizacionais salientando que um aumento da sua eficiência acrescenta capacidade de resposta a ambientes em mudanças rápidas e constantes, fomentando a cooperação produtiva entre organizações. O seu contributo destaca que essas respostas efectivas requerem um nível óptimo de coordenação entre redes inter-organizacionais, assim como se exige segurança nas organizações intervenientes, quer estas se incorporem no sector público ou privado. De acordo com Knabe *et al.* (2003), a acção laboral pode ser tão complexa quanto maiores forem as exigências de colaboração por parte dos agentes de prestação.

As organizações raramente desenvolvem inovação de forma individual e, nas escassas ocasiões em que esse comportamento é observável, é muitas vezes encarado como um processo ineficaz e insustentável. Segundo Szeto (2000) e Carlsson (2003), repostas mais promissoras têm por base o desenvolvimento de mecanismos de cooperação entre organizações, com o objectivo de adquirir, conceber e partilhar informação, conhecimento e outros recursos.

A cooperação em rede estimula o desenvolvimento de processos de inovação interactivos. Fomenta as condições para juntar esforços entre empresas e instituições, criar e partilhar conhecimento e, concludentemente, inovar os mecanismos de aprendizagem inerentes à cimentação da capacidade de inovação das organizações (Seufert *et al.*, 2003).

A partilha de redes de cooperação pode reforçar ou mesmo inflamar atitudes inovadoras no seio das instituições, uma vez que os agentes acedem a um agregado mais vasto de informação e conhecimento e encaram uma maior variedade circunstancial. De um ponto de vista estratégico, a cooperação deve ser encarada como uma dinâmica



permanente e, neste enquadramento, a partilha de processos operacionais e de tomada de decisão das organizações é essencial.

Diversos investigadores (Akkermans, 2001; Hamalaien and Schienstock, 2000; Seufert *et al.*, 2003; Arias, 1995; Glaister and Buckley, 1996; Fritsch and Lukas, 2001; Zhao e Aram, 2005; Clements *et al.*, 2007; Spence *et al.*, 2008) abordam as razões associadas ao funcionamento das redes inter-organizacionais.

Em primeiro lugar, as redes tendem a reduzir os custos de transacção. Isto deve-se à partilha sem barreiras de informação entre instituições encerradas em redes comuns, que beneficiam de vias de comunicação partilhadas e da utilização de linguagem análoga. Exemplificando, a adopção de um funcionamento inter-organizacional em rede permite que a informação relevante sobre os melhores parceiros económicos (clientes, fornecedores e concorrentes) seja facilmente partilhada. Paralelamente ao apresentado, as redes constituem um mecanismo de limitação da incerteza. O conjunto destes aspectos está intrinsecamente relacionado com o reforço da confiança e da reciprocidade entre os cooperantes na rede (Rocha, 2009).

Num segundo ponto, destaca-se que as redes inter-organizacionais facilitam o acesso a informação e conhecimento estratégico, nomeadamente no que reporta ao mercado, tecnologia, produtos recentes, materiais e processos. Os elementos da rede seleccionam a informação que recolhem e a que transmitem, simplificando os processos de trabalho com grandes fluxos de informação e maximizando a eficiência do mecanismo como um todo. Sendo assim, a filosofia de trabalho em rede surge como um meio excepcional que facilita às organizações a divulgação dos seus produtos e serviços mais atractivos, assim como o que fazem de melhor e considerado como mais representativo na sua bandeira. Previsivelmente, a partilha entre organizacional potencia competências, fomenta eficiência na obtenção e exploração de recursos e acrescenta valor e benefícios que uma organização, por si só, dificilmente conseguiria atingir (Carlsson, 2003; Dawes *et al.*, 2009).

Examinando a morfologia das redes e o comprometimento que estas configuram nas organizações compreendidas com o funcionamento em rede, pode afirmar-se que estas respondem à necessidade de evoluir interagindo. Neste encadeamento, Morgan (1997) sublinha que as redes inter-organizacionais constituem um dos meios de aprendizagem mais eficientes.



Neste encadeamento, convém deslindar quais as vantagens e desvantagem que a adopção do funcionamento em rede induz nas organizações intervenientes. Assim, Pesämaa (2006) salienta que nem sempre o funcionamento em rede se traduz em resultados produtivos e, dependentemente da eficiência que ilumina as relações organizacionais, as instituições corroborantes com este paradigma poderão experienciar inúmeras desvantagens que enquadram um quadro dissipativo de tempo, energia e recursos que caracterizam relações não produtivas.

As premissas deixadas pela investigadora acima indicada, em conjunto com as definições de Huxham e Macdonald (1992), determinam as seguintes vantagens para o funcionamento inter-organizacional:

- Clarificação de objectivos organizacionais;
- Fomento do estabelecimento de acções individualizadas e complementares entre os elementos da rede;
- Promoção de uma atmosfera colaborativa;
- Contribuição para uma plataforma comercial mais estável;
- Obtenção de legitimidade;
- A participação de vários intervenientes faculta suporte reforçado aos mais vários níveis, nomeadamente, político, recursos essenciais ou estabilidade financeira;
- Reforço da reputação;
- Repartição de custos de comunicação e marketing;
- Partilha de riscos;
- Formação de um conjunto de unidades especializadas que formam um todo;
- Obtenção mais facilitada de financiamento;
- Complementaridade de competências no seio da rede.

Enumeram também as seguintes desvantagens:

- Comprometimentos e exigências da actividade inter-organizacional;
- Dificuldade de estimação e acessibilidade aos custos envolvidos no funcionamento da rede;



- Risco inerentemente envolvido;
- Elevado grau de violação de regras legislativas;
- Vertente tradicional, rede de lealdades e dependências podem tornar o funcionamento inter-organizacional pouco flexível e de adaptabilidade pouco ágil;
- Desenvolvimento de concorrência desleal.

2.4. Factores Facilitadores para o Funcionamento em Rede

Kong (2007) salienta que, inevitavelmente, todas as organizações de carácter formal se posicionam em redes de trabalho partilhadas, de uma ou de outra forma, por outras organizações. Essas redes combinam vários elementos como estruturas, processos e propostas. A autora, com apoio nos contributos de Jones, Hesterly, and Borgatti's desperta para o facto da noção de gestão de rede, enaltecendo que as redes inter-organizacionais incorporam um sistema complexo e interligado composto por um seleccionado, persistente e estruturado conjunto de organizações autónomas que aspiram alcançar produtos e/ou serviços através de um espectro comercial coordenado e seguro.

Em complementaridade, de notar que para além da noção de autonomia associada ao funcionamento em rede das organizações, destaca-se que estas agregam uma comunidade em si próprias. Neste sentido, levanta-se o conceito potencial de locus cultural inter-organizacional. Kong (2007) com base em Porter, sublinham que assumções culturais partilhadas asseguram uma base sólida para o estabelecimento de uma rede competitiva.

O resultado final objectivado assume a aquisição de estabilidade e maturidade, o que sugere que as relações existem na base de dependências, particularmente no que reporta aos objectivos iniciais e projecto desejado. Essas inter/intra-dependências reflectem-se na identificação com o comprometimento inter-organizacional, determinam as intenções para o esboço do futuro da rede e exigem o reforço das ligações entre os intervenientes organizacionais (Pesämaa, 2006).



A mesma investigadora defende que os objectivos das redes inter-organizacionais assentam na motivação existente no que se prende ao desenvolvimento de relações de base cooperativa e estratégica para que, dessa forma, objectivos e decisões partilhadas possam ser alcançadas.

Dedekorkut (2004) destaca que nessas determinantes de sucesso se incluem factores relacionados com as características dos participantes nesse processo de colaboração, assim como os factores de processo relacionados com a operacionalização da cooperação e os recursos disponíveis.

No contexto dos fluxos de trabalho inter-organizacionais, as interacções entre parceiros devem fomentar o carácter construtivo, a complementaridade, e produzir um guia de trabalho que se dirija para os objectivos comuns, assim como os específicos das organizações envolvidas. Chebbi *et al.* (2005) focam a preponderância que assumem as políticas de cooperação no campo da definição, controlo e reforço das interacções entre parceiros organizacionais. Os investigadores evidenciados destacam que as políticas de cooperação integram os papéis dos intervenientes, assim como a sua cooperação, fluxos de informação permitidos, para além dos níveis de inter-visibilidade. Posto isto, o nível de visibilidade é usado no sentido da preservação da privacidade do parceiro sendo que esta deve ser respeitada tanto quanto a cooperação o permitir.

Neste encadeamento, destaca-se que a investigação operacionalizada por Pesämaa (2006) desperta para um indicativo primordial de que as relações se desenvolvem essencialmente na base da orientação prospectiva e a longo prazo. Esta desvenda também a relação como um processo que surge antes da interacção ser iniciada e, ainda mais além, enaltece que esse estágio envolve a influência dos motivos para a cooperação inter-organizacional e as preferências relativamente aos potenciais parceiros envolvidos na relação.

Neste seguimento, a investigadora sublinha que o desenvolvimento definicional de uma rede inter-organizacional desenha-se em duas fases complementares: uma primeira fase que se denomina por *Expansão* e que incorpora as premissas da amistosidade, do comprometimento interpessoal, da reciprocidade e da confiança; uma segunda fase considerada como estágio de *Estabilidade e Maturidade* que assenta na cooperação, comprometimento inter-organizacional e lealdade.

Condensando as opiniões dos autores estudados, arrisca-se a inferir que os desafios envolvidos no funcionamento inter-organizacional em rede são provenientes, não



apenas das mudanças ambientais sofridas pelas organizações nos últimos anos, mas principalmente pela complexidade da formatação dessa nova estrutura, envolvendo organizações individuais com as suas peculiaridades dentro de um grupo abrangente que objectivam a conquista de objectivos isoladamente inalcançáveis. Esse paradoxo confere às redes um mecanismo de coordenação das actividades socioeconómicas situando-as acima das tradicionais formas de coordenação (mercado e hierarquia).

Outra concepção transversal à emergência das redes inter-organizacionais e que permitiu a afirmação actual e bem sucedida deste paradigma organizacional prende-se com as inovações tecnológicas que acompanharam o aparecimento deste conceito. Uma nova geração de intermediários florescem acompanhando a expansão do funcionamento organizacional em rede. A sua base de sustentação assenta nas novas tecnologias de comunicação as quais não se pretende que se tornem automatismos ou meios de redução da intermediação, mas sim que incorporem foco inspiração para novos intermediários tecnológicos que complementem as organizações humanas. É assim fomentada uma arquitectura organizacional baseada em múltiplos níveis de intermediação, e os seus argumentos são apresentados pela extrema utilidade do mercado electrónico (Orman, 2008).

A *Canadian Health Services Research Foundation* vê as redes inter-organizacionais como mecanismos efectivos de transferência e troca de conhecimentos. Banff (2007) desperta para os tópicos chave envolvidos nas redes organizacionais:

- Existem muitas formas de conceptualizar a rede e inúmeros meios distintos que podem definir o seu sucesso. Não existe um perfil de rede ideal pelo que não basta tentar imitar um caso de sucesso mas sim moldar a funcionalidade da rede às características específicas do meio de onde se encontra sediada.
- A metodologia em rede traduz-se numa opção política e organizacional para os serviços de saúde públicos para além do modelo tradicional, hierárquico ou estratégia assente nas leis de mercado.
- As redes inter-organizacionais são maleáveis. Estas podem mudar ou ser factor de mudança.
- Défices de confiança, recursos, tempo e comprometimento podem impedir a evolução e efectividade das redes.



- No paradigma das redes inter-organizacionais existe ainda uma necessidade patente de reflexão entre gestão organizacional, em geral, e gestão no seio de uma rede, em particular.
- A tecnologia pode ser utilizada para fomentar a conexão social, mas nunca assumindo uma posição de substituição.
- Os receptores do serviço devem ser tidos em linha de conta aquando da discussão do impacto dos serviços prestados.
- Diversidade conduz a criatividade.

São definidas as seguintes áreas como deficitárias e com necessidade de desenvolvimento (Banff, 2007):

- Avaliação das redes e como intervenientes e decisões de mercado podem facilitar a avaliação destas.
- Técnicas de análise de redes.
- Avaliação das ferramentas e software de análise da rede.
- Regras de base de aplicação nas redes e diferentes estratégias específicas e dependentes do propósito.
- Como realizar estudos de mercado que assegurem o retorno do investimento na perspectiva do funcionamento em rede dos serviços de saúde.
- A tensão entre exigências individuais e organizacionais das redes.
- Falência da rede e reconhecimento de quando esta não assegura um mecanismo apropriado para a resolução de problemas.
- Empreendedorismo e as questões globais que definem um bom líder.
- A utilização de redes relacionadas com justiça social e influência política.
- Rumar além da rede na procura da actualização.
- Redes obscuras e a utilização do lado negativo do paradigma de funcionamento em rede camuflado por propostas aparentemente correctas.



2.5. Redes Inter-organizacionais – Particularidades do Sector Público

No que respeita à presente investigação, o objecto de estudo tem por base o funcionamento inter-organizacional da RNCCI como subestrutura do sistema de saúde português. Sendo esta constituída por unidades e valências tanto do sector público como privado, a tutela e gestão organizacional primordial é inevitavelmente de responsabilidade pública. Perante o apresentado, justifica-se a abordagem ao papel do Estado e das políticas públicas no contexto da formação de redes inter-organizacionais como um dos assuntos incontornáveis em análise.

As redes inter-organizacionais são cada vez mais objecto de investigação teórica e empírica em disciplinas como a sociologia, economia, comportamento organizacional ou a gestão pública e empresarial. Embora os conceitos de rede mais comuns e os estudos se concentrem em múltiplas formas de organização da produção, da "rede" também surgiu uma forma de descrever as várias componentes definidoras das organizações que permitem o acto de integrar conhecimentos e informações. Um dos focos desta investigação concentra-se no funcionamento organizacional em rede que, também no sector público, está cada vez mais presente (Dawes, 2008).

Neste seguimento, salienta-se que o conceito de gestão inter-governamental assenta em três características base: o foco de resolução de problemas, o comportamento estratégico e as redes de comunicação. Estas características são fundamentais uma vez que permitem a descrição das relações que ocorrem no sistema governamental e público. Assim, o estudo dessas características fornece uma base de sustentação para a gestão dos problemas inerentes às redes inter-organizacionais de carácter público (Mandell, 1988).

O mesmo autor salienta que acções separadas e distintas tomadas por actores isolados deixaram de ser suficientes tendo em conta a realidade organizacional actual. Mais do que assentar a gestão numa entidade organizacional independente, as acções individuais e em rede devem estar coligadas com objectivação no alcance de um propósito conjunto, como um todo.

Mandell (1988) refere ainda que ao compreender o impacto das redes inter-organizacionais, o conceito de gestão pública em rede em expansão significativa, conduz ao desenvolvimento de técnicas de gestão mais adequadas ao sistema



governamental. Também a investigação de Dawes (2008) aborda os benefícios implícitos a este paradigma e sugere que a uma tipologia de conhecimento do sector público estão implícitos os factores de sucesso da rede extremamente úteis.

O novo ambiente organizacional conduz à necessidade de mudança na postura do Estado e na definição das políticas públicas de apoio às organizações. Neste sentido, um mecanismo comprovadamente eficaz tem sido trabalhar com os conceitos e modelos relacionados com os Sistemas Nacionais de Inovação, definidos pela OCDE (2005) como redes de instituições públicas e privadas cujas actividades e interacções iniciam, incorporam, modificam e difundem as novas tecnologias em determinado contexto económico, político e social. A aplicação deste conceito reforça o papel da tecnologia para o desenvolvimento económico e, ao mesmo tempo, enfatiza os seguintes aspectos:

- 1) Uma redefinição do papel do Estado envolvendo principalmente a definição de grandes linhas de coordenação dos esforços dos diversos agentes envolvidos.
- 2) A importância da prática da cooperação, através das redes formais ou informais entre organizações e entre elas e as instituições públicas e privadas.
- 3) A inovação tecnológica é cada vez mais um processo colectivo com a participação de múltiplos agentes.

Neste sentido, o Estado deve encorajar a formação de uma estrutura económica que explore os aspectos sistémicos das organizações produtivas modernas e, em particular, facilitar a criação de redes formais e/ou informais de partilha. As redes inter-organizacionais precisam de estar inseridas em políticas de desenvolvimento direccionadas na busca da competitividade e na prática da inovação.

Num cenário de instabilidade, com enorme mutabilidade de ambientes, encaram-se organizações cada vez mais interdependentes que procuram estabelecer relações inter-organizacionais. Este facto é especialmente autêntico nas entidades do sector público, onde os recursos financeiros e humanos são cada vez mais escassos e imprevisíveis. Numa tentativa de desenvolver um sistema inter-organizacional público, Johnson e Wechsler (1990) utilizaram uma abordagem de investigação e acção para projectar e implementar uma rede de indivíduos de várias agências que procuram melhorar o desempenho individual e organizacional. As diversas fontes de dados de investigação acerca das especificidades das redes inter-organizacionais do sector público



demonstram uma panóplia de redes viáveis emergentes com potencial para melhorar o desempenho das organizações a nível individual e do Estado como um todo.

À rede de organizações do sector público impõem-se cada vez mais desafios que visam a eficiência de funcionamento do serviço público e da administração. Dawes (2008) debruça-se sobre a problemática das relações inter-organizacionais, da gestão e do conhecimento das redes do sector público de administração sendo que estes componentes contribuem paralelamente para a aquisição da capacidade de compreender os factores que estão associados ao funcionamento dos serviços públicos, nomeadamente a área específica da saúde. Posto isto, o mesmo autor destaca ainda que o sucesso não é claramente um conceito unificado, pois a interpretação das medidas de certo sucesso podem ser mais importantes para alguns observadores do que para outros. O sucesso pode ser avaliado nas redes organizacionais através de uma avaliação do desempenho estrutural e de processos e análise das categorias de relacionamento. Todavia, existem várias explicações sobre as condições que conduzem ao sucesso organizacional, cada uma delas tendo em linha de conta níveis e tipos específicos de avaliação.

Todos os actores implícitos ao funcionamento organizacional das várias redes de funcionamento público devem fazer uso destes conhecimentos para ajudar a (re)projectar redes com maior probabilidade de sucesso, dando atenção às condições condutoras desse êxito, bem como os objectivos, métodos e relações que compõem a rede e suas operações. Dawes (2008) sublinha que, conceitualmente, para efeitos de estudo, se dividir por áreas específicas paradigmas imensamente complexos em partes mais capitais e elementares, designers ou gestores de rede são sugeridos para que, num futuro próximo, a gestão das redes organizacionais do sector público como a RNCCI possam ser pautadas de êxito e permitam alcançar o verdadeiro valor das redes públicas e preencher a finalidade a que se destina servir.

Perante este enquadramento, de um ponto de vista organizacional, as redes visam o estabelecimento de conexões mútuas de conhecimentos e experiências o que pode atribuir às organizações públicas uma ajuda preciosa para que estas possam melhorar a capacidade e resposta face à incerteza e à complexidade do ambiente (Dawes, 2009).

Para o mesmo investigador, as avaliações das várias redes do sector público, onde se posiciona a aclamada RNCCI, beneficiam a definição da tipologia de trabalho em rede para que assim se possa tirar partido das dimensões transversais estudadas para que se



possam tomar medidas de foco administrativo adequadas, as métricas, o calendário para a avaliação e “feedback” a colocar em prática e alocação de recursos.

Destaca-se que, como será abordado mais à frente, o Estado teve um papel imprescindível e insubstituível na criação e organização de RNCCI que surgiu para dar resposta a uma necessidade/lacuna do sistema de saúde português.



3. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

A garantia da continuidade e a adequação das intervenções ao nível da saúde e do apoio social passaram a assumir-se como questões prioritárias perante os recentes desafios do alterado contexto sócio-demográfico europeu (MS, 2009).

De assinalar que *“a filosofia base é a melhoria contínua da qualidade que funciona como referência no desenvolvimento de uma cultura da qualidade e segurança em todos os níveis da prestação dos cuidados”* (MS, S/ Ano: 3).

De acordo com a informação preconizada pelo MS (2009), o doente, o sistema e a comunidade devem ser examinados como um todo. Qualquer indivíduo deve ter a oportunidade de aceder aos cuidados necessários, no tempo certo, no local adequado, e pelo prestador mais preparado. Neste sentido, os diferentes níveis de resposta num sistema de saúde e de apoio social, devem ser planeados de forma articulada, desde logo com partilha de informação, que garantam a sua continuidade até aos cuidados integrados.

A prestação de serviços de carácter continuado e integrado deve ponderar as preocupações concernentes aos utentes e famílias, aos profissionais de saúde e apoio social e aos respectivos sistemas de saúde e apoio social. Assim, torna-se imperativo assegurar um modo eficaz de complementar os serviços prestados com objectivos curativos (Hospitais e/ou Centros de Saúde), projectando os seus resultados transversalmente através da reabilitação, com o objectivo de devolver o utente à sua vida social normal e da manutenção e acompanhamento do estado de saúde que objecta evitar deterioração e degradação de determinada situação de fragilidade que compromete a autonomia do indivíduo (MS, 2009).

Neste encadeamento, destaca-se que *“(...) a saúde e apoio social iniciaram trabalho de forma articulada, para responderem à perda de autonomia, de forma a favorecer a permanência do cidadão na comunidade com a máxima qualidade de vida possível e bem-estar das famílias”* (Nogueira, 2009: 3).

Neste âmbito, de acordo com a mesma fonte, germina a RNCCI que se articula com a área Hospitalar, com os cuidados de saúde primários, com o sector social e com os



doentes e famílias, para o desenvolvimento de respostas agregadas, personalizadas, em continuidade e complementaridade. As entidades assinaladas incorporam os agentes intervenientes na proclamada rede. O modelo emergente visa ser integral e integrado, multi e interdisciplinar, ajustado à comunidade, equitativo, sustentável e assegurando uma gestão eficiente dos recursos, seguindo os princípios da qualidade e excelência. Neste seguimento, salienta-se que em relação à procura da qualidade o guia orientador insurge-se nas premissas “*constantas da norma NP EN ISO 9000:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM)*” (MS, s/ data: 3).

No que respeita à nomenclatura utilizada para definir a realidade incorporada nos cuidados continuados desvenda-se que, no contexto da União Europeia, esta nova geração de respostas enquadradas formalmente pelo Comité de Protecção Social, são designados de “Long-Term Care” ou Cuidados de Longa Duração (Nogueira, 2009). Apesar de OCDE, Comissão Europeia e OMS comungarem desta denominação para definir um serviço que presta de cuidados de saúde e apoio social por um prazo que se prevê longo, já quando se discute incluir ou não os casos de reabilitação a decisão não é unânime.

Perante este impasse, o consenso quanto à denominação conceptual deste serviço parece assentar no termo “Continuing Care” ou Cuidados Continuados, o qual vai figurar a terminologia a utilizar no seguimento deste estudo, e que segundo Nogueira (2009), enquadra uma perspectiva global, atenta a todos os aspectos preponderantes e relacionados com os serviços e sistemas de saúde e apoio social.

Este ponto objecta, primeiramente, a exploração do conceito definidor da RNCCI, seguindo-se o desdobramento da sua organização formal e institucional. Sendo ainda um modelo em desenvolvimento recente e aplicação em Portugal, segue-se a explicação dos principais objectivos, definidos a nível governamental, para o desenvolvimento da rede a curto e médio prazo. Outro ponto a abordar será o enquadramento legal da RNCCI e, por sua vez, o enquadramento da rede no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por fim, numa abordagem de carácter aglutinador, o prisma de observação incide na díade inerente aos cuidados continuados integrados como redes inter-organizacionais, assinalando-as como alvo primário em estudo nesta investigação.



3.1. Definição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Neste ponto de partida procura-se integrar e explicar as principais particularidades ligadas ao conceito representado pelos cuidados continuados e qual a importância desta nova valência no cerne da sociedade contemporânea. Antes de se estudar qualquer fenómeno é imprescindível conhecê-lo e é precisamente com esse objectivo que surge esta abordagem, procurando desembrulhar o conceito que suporta a RNCCI.

Segundo o MS (2009), os objectivos gerais que figuram a utilização desta, insurgem-se na redução da permanência de doentes crónicos a nível Hospitalar pois, com o consequente aumento de camas disponíveis para internamento de doentes agudos, o sistema de saúde transpirará uma maior eficiência e redução de custos totais.

O desenvolvimento da *Rede* é um processo de evolução gradual com 3 fases predefinidas, uma implantação e crescimento que se estendem até 2016. Neste momento, procura-se atingir a completção da segunda fase que ostenta cobrir dois terços das necessidades neste nível de cuidados no ano 2012, sendo que em 2016 se prevê a cobertura de 80% das necessidades da população portuguesa em situação de dependência (MS, 2009).

A Missão dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) aborda “*o processo terapêutico e de apoio social activo e contínuo, visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade de quem está em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*” (Guerreiro, 2009: 13).

Desta forma, a missão preconizada para este novo paradigma de cuidar é definida pelo MS como a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os valores assumidos insurgem-se nos seguintes tópicos (MS, 2009: s/ pag):

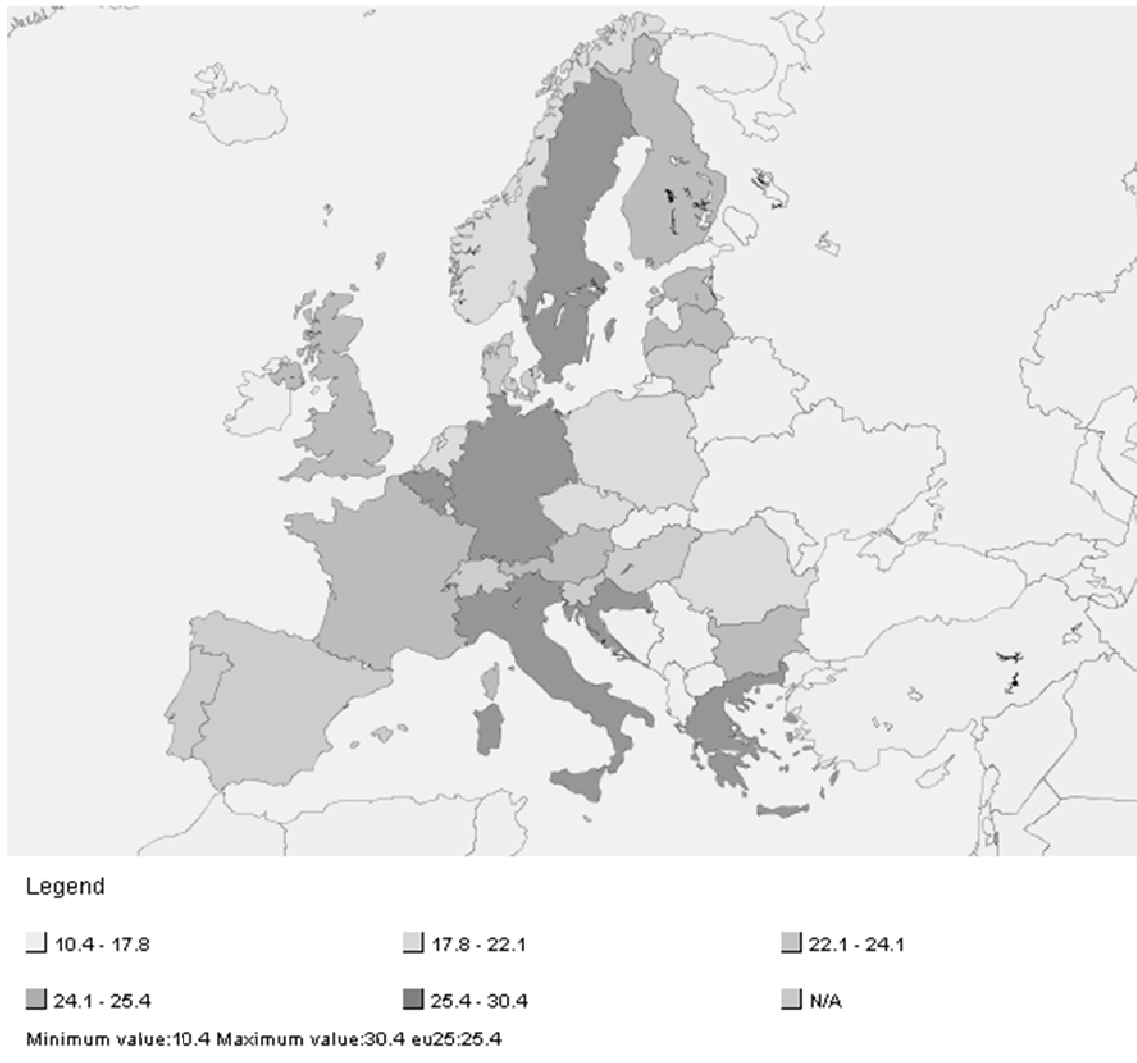
- *“Prestação individualizada e humanizada de cuidados.*
- *Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.*
- *Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede.*



- *Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.*
- *Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados.*
- *Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia.*
- *Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.*
- *Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede.*
- *Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.*
- *Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.”*

A RNCCI foi instituída como um inovador modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde, e é constituída por instituições públicas e privadas, que asseguram a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social. Fundaram-se assim novas respostas que visam a promoção da continuidade de cuidados de forma integrada a utentes em situação de dependência e com diminuição de autonomia, independentemente da idade. Este encarna o principal objectivo da rede no que concerne à prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada. Os CCI estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, face à situação de dependência em que se encontra.

Para terminar este sub-ponto, releva-se que a preocupação com a criação desta nova resposta não é específica do nosso país. Esta reflecte uma necessidade sentida internacionalmente, uma lacuna que exigia a tomada de medidas particularmente no cerne dos sistemas de saúde e apoio social dos países Europeus. Nogueira (2009) explica que existe um consenso alargado na necessidade de atenção à sustentabilidade de um sistema que assegure integridade na estrutura dos serviços prestados à comunidade, a longo prazo, com cobertura alargada a toda a população.

Old-age-dependency ratio - [tsdde510]
% - 2008**Figura 3 - Taxa de dependência nos idosos dos diferentes países da Europa**

Fonte: Eurostat (Comissão Europeia, 2009)

A **Figura 3**, proveniente do Eurostat, demonstra que no nosso país a percentagem de indivíduos dependente na 3ª Idade, para dados do ano 2008, era já superior a 22%. Para além deste facto, se analisarmos a realidade dos restantes países parece desenhar-se uma tendência, particularmente nos países mais desenvolvidos, de aumento desta percentagem de dependência. Também esta previsível tendência demonstra a necessidade premente de criação de respostas para enfrentar este novo desafio das sociedades contemporâneas e desenvolvidas.



3.2. Organização da RNCCI

Quando se foca a organização desta rede deve destacar-se que *“a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas Hospitalares e domiciliárias”* (MS, 2009, s/ p.).

Em conformidade, Guerreiro (2009: 13) enaltece que *“a RNCCI é composta por um conjunto alargado de instituições, públicas, privadas e sociais, que prestam cuidados continuados, tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Trata-se, acima de tudo, de uma dinâmica de desenvolvimento organizacional dos sistemas de Saúde e de Apoio Social com vista à implementação de novos serviços para a promoção de continuidade dos cuidados (...)”*.

Coordenação da RNCCI

Quanto à coordenação da RNCCI, o seu processamento pode definir-se a 3 níveis, nacional, regional e local. Analisando o espectro de coordenação mais específico, *“a coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem”* (MS, 2009, s/ p.).

- Equipas Coordenadoras Regionais (ECR)

No que concerne ao nível regional, a coordenação da RNCCI é atestada por cinco equipas constituídas por elementos de diferentes classes profissionais, por representantes das administrações regionais de saúde e dos centros distritais de segurança social, sendo que, segundo o MS (2009), tal obrigação vem definida no despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde. Salienta-se ainda que a ECR é constituída de acordo com as necessidades e recursos disponíveis e estabelecida por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Estas têm sede nas Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

- Equipas Coordenadoras Locais (ECL)



Analisando a coordenação a nível local sublinha-se que a sua distribuição coincide normalmente com o concelho geográfico em que se insere. Assim como no definido anteriormente, também as ECL são constituídas de modo interdisciplinar, através de representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo englobar obrigatoriamente, um representante da classe médica, enfermagem e assistência social. As especificidades da coordenação local encontram-se igualmente definidas no despacho conjunto n.º 19040/2006 (MS, 2009).

Referenciação

A referenciação para a RNCCI, como subscreve o MS (2009), pode ser feita através de duas formas:

- Equipas de Gestão de Altas (EGA)

A referenciação para a RNCCI pode ser feita através das instituições Hospitalares fruto das EGA, também elas equipas multidisciplinares, com o objectivo de preparar e gerir a alta Hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (cfr. n.º 1 do Artº 23º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) nos Centros de Saúde (CS)

Os cuidados de saúde primários assumem, também eles, um papel preponderante sendo que a referenciação para a RNCCI pode ser feita através da comunidade por acção do médico, enfermeiro e assistente social da ECCI.

A **Figura 4** demonstra as principais variáveis ligadas ao processo de referenciação para os anos 2007 e 2008. Como acima foi identificado, as duas possíveis origens de referenciação são concernentes ao Hospital ou ao CS. Como seria de esperar, uma vez que a nível Hospitalar está quase sempre ligada a prestação de cuidados em utentes com agudização e situação clínica mais deteriorada comparativamente aos serviços prestados em CS, o Hospital é a principal fonte de referenciação.

Por análise da **Figura 4** é também perceptível que larga maioria dos utentes referenciados foram assistidos nas UCCI responsáveis pela prestação de cuidados.



UTENTES REFERENCIADOS		
2007	2008	TOTAL
7899	18323	26222

UTENTES ASSISTIDOS		
2007	2008	TOTAL
5934	13457	19391

ORIGEM DA REFERENCIAÇÃO	
CENTRO SAÚDE	28%
HOSPITAL	72%

Figura 4 - Referenciação de Utentes em 2007 e 2008

Fonte: *Desafios de Um Modelo Integrado* (Guerreiro, 2009: 38)

Tipos de Resposta

A RNCCI define-se como parte integrante do conjunto dos sistemas de saúde e apoio social e a sua finalidade deverá ser garantia da continuidade de cuidados. De facto, a sua actividade desenvolve-se no contexto dos novos conceitos de cuidar, global, integral e que se pretende adequado na resposta individualizada e específica à população.

Desta forma, a prestação de cuidado de saúde e apoio social é assegurada por unidades de CCI operacionalizando-se através de unidades de ambulatório e internamento, de equipas Hospitalares e domiciliárias. Portanto, é imperativo elucidar para a distinção entre as várias tipologias de cuidados continuados que, segundo Guerreiro (2009), são as seguintes:

- Unidades de Internamento

- Unidade de Convalescença - UC
- Unidade de Média Duração e Manutenção - UMDM
- Unidade de Longa Duração e Reabilitação - ULDR
- Unidade de Cuidados Paliativos - UCP



- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- Cuidados Continuados Domiciliários
 - Equipa Comunitária de CCI
 - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- Ambulatório
 - Unidades de Dia

Na figura seguinte percebe-se qual a variação da resposta oferecida nalgumas destas áreas para os anos 2006, 2007 e 2008 destacando-se o aumento exponencial dos utentes assistidos. Para além disso, percebe-se igualmente a distribuição da resposta pelas diferentes valências incorporadas na RNCCI. Quanto à taxa de variação, esta exprime as amplas diferenças no período de ocupação dos utentes durante o ano, sendo que as UC apresentam a menor variação e, por oposição, as ULDM apresentam a maior variação.

TIPOLOGIAS DE INTERNAMENTO	UTENTES ASSISTIDOS						
	UTENTES ASSISTIDOS (NOV. 06 A DEZ. 07)		UTENTES ASSISTIDOS (JAN. A DEZ. 08)		VARIAÇÃO (DEZ.08-DEZ.07)	UTENTES ASSISTIDOS TOTAL ACUMULADO: NOV.06 A DEZ. 08	
	Nº	%	Nº	%	%	Nº	%
UC	2,966	50	4,437	33	49,60	7,403	38,20
UMDR	1,569	26,40	4,597	34,10	192,80	6,163	31,80
ULDM	1,129	19	3,781	28,10	234,90	4,910	25,30
UCP	270	4,60	645	4,80	138,90	915	4,70
TOTAL	5,934	100	13,457	100	126,80	19,391	100

Figura 5 - Utentes assistidos na RNCCI em 2006, 2007 e 2008

Fonte: Guerreiro (2009: 38)

3.3. Metas a atingir até 2016

A implementação deste novo conceito de cuidados de saúde e apoio social estende-se por um período de 10 anos. Sendo assim, até ao ano 2016, foram definidas várias metas a atingir (Guerreiro, 2009):

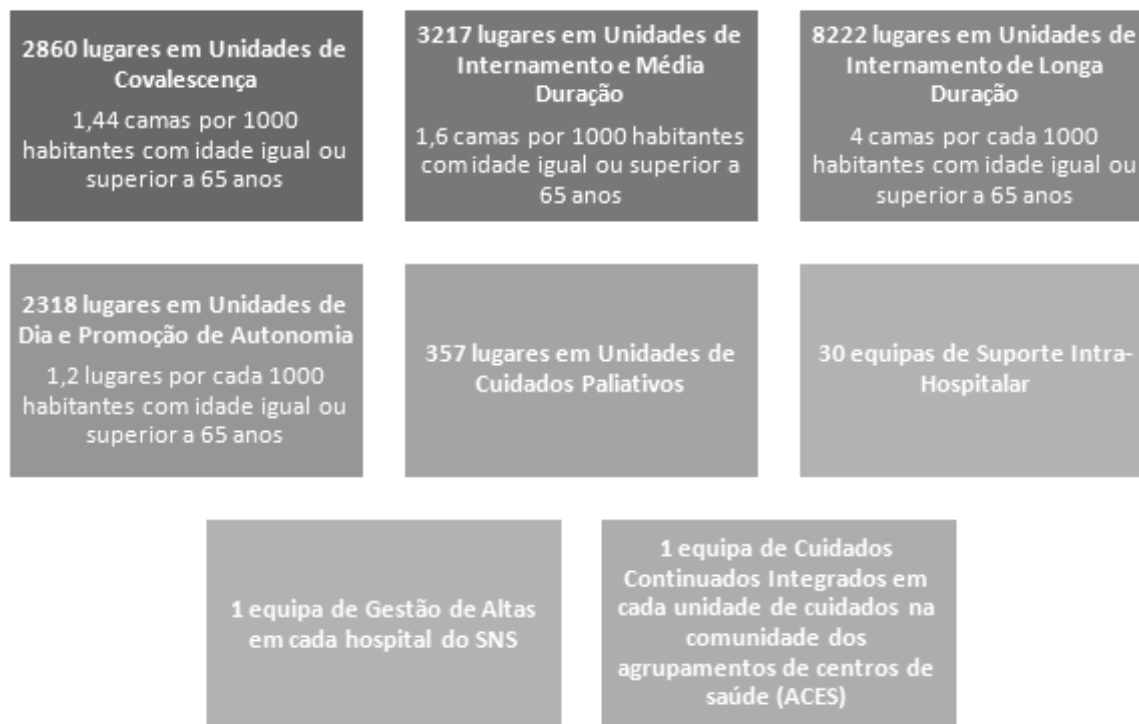


Figura 6 - Metas para 2016 para a RNCCI

Fonte: Guerreiro (2009: 14)

3.4. Enquadramento Legal da RNCCI

Neste momento, existem já vários substratos de âmbito legislativo que vêm regulamentar a RNCCI desde a sua formação, assegurando a sustentação e regularizando o seu funcionamento. Posto isto, o seguinte quadro, agrupa essas constituições legislativas efectuadas desde 2006 (MS, 2009).

REGULAMENTAÇÃO/ LEGISLAÇÃO	ÂMBITO / JUSTIFICAÇÃO
Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho	Criação da RNCCI
Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de Setembro	Criação de um regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado, através dos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, a pessoas



	colectivas privadas sem fins lucrativos.
Despacho n.º 19040/2006, de 19 de Setembro	Definição da constituição, organização, e das condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível regional e a nível local.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de Dezembro	Criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro	Fixação dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório da RNCCI, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI.
Declaração de Rectificação n.º 101/2007, de 29 de Outubro	Rectificação dos números 8.º, 12.º e 16.º da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro.
Despacho normativo n.º 34/2007, de 19 de Setembro	Definição dos termos e das condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção.
Despacho n.º 28941/2007, de 20 de Dezembro	Nomeação de um grupo de trabalho no âmbito do Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
Despacho n.º 1408/2008, de 11 de Janeiro	Identificação das unidades que integram a RNCCI.
Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro	Fixação do valor a pagar por encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão.



Despacho n.º 10963/2008, de 15 de Abril	Delegação de competências na Coordenadora da UMCCI.
Despacho conjunto n.º 2732/2009, de 21 de Janeiro	Identificação das unidades da RNCCI.
Despacho n.º 3986/2009 dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública de Saúde	Fixação do montante financeiro disponível para o Programa Modelar, no ano de 2008.
Projecto de despacho	Identificação das unidades da RNCCI, de acordo com o Plano de Implementação 2008.
Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro	Actualização dos preços constantes da tabela anexa, por aplicação do coeficiente de 2,7%, correspondente à taxa de variação média anual do IPC de Novembro de 2008 - INE, nos termos previstos no n.º 6 da Portaria.

Quadro 1 - Legislação Relacionada com a RNCCI

Fonte: Adaptado de *Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social* (MS, 2009, s/ p.)

3.5. Enquadramento da Rede no Serviço Nacional de Saúde (SNS)

No contexto da realidade do SNS, a RNCCI surge com o objectivo de aumentar o grau de autonomia de pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e/ou de apoio social, garantindo a prestação de cuidados continuados integrados. Paralelamente, coloca-se a meta que visa o ajuste da oferta de cuidados de saúde e de apoio social às necessidades dos utentes (Guerreiro, 2009).

Guerreiro (2009) sublinha que “*estamos na presença de um sistema de nível intermédio, centrado no doente, em que se procura preencher o hiato existente o tratamento*



Hospitalar e o regresso ao domicílio” (p. 37). Esta afirmação diz muito do que se preconiza como acção deste novo paradigma no seio do SNS.

Ainda para Guerreiro (2009), a rede sugere um sistema centrado no doente, pois os CCI, enquanto modelo, e no âmbito dos seus objectivos, dão particular ênfase à reabilitação e promoção da autonomia e à participação dos seus beneficiários. Desta forma, “*a pessoa é o eixo central deste modelo sistémico*” (Guerreiro, 2009: 37).

Por outro lado, também é enfatizada a “deshospitalização” da doença através da redução do número de altas tardias, da redução do reinternamento Hospitalar e da identificação e planeamento das necessidades de cuidados do cidadão. Este fenómeno é uma das problemáticas fundamentais que sustenta a necessidade de promover a adequação dos serviços de saúde e apoio social às necessidades decorrentes do aumento da dependência e que justificam a criação e dinamização da RNCCI (Guerreiro, 2009).

Em suma, segundo a mesma fonte, a introdução desta rede enriquece o SNS com os seguintes benefícios: Adequação de Cuidados; Redução da Permanência de Doentes Crónicos no Hospital; Aumento de disponibilidade para internamento de agudos; Maior Eficiência; Diminuição dos Custos.

Neste seguimento, no que concerne à qualidade, compete definir requisitos destes cuidados nos vários níveis de actuação e possíveis respostas em articulação com todas as infra-estruturas organizacionais constituintes do SNS para que se assegure a operacionalização destes serviços e que, paralelamente, se constitua um instrumento de melhoria no cerne da área de saúde e apoio social de forma explícita e, sempre que possível, com utilidade intrínseca para todas as partes implicadas (MS, s/ Ano).

3.6. Os Cuidados Continuados Integrados como Redes Inter-organizacionais

Pretende-se estudar a articulação dos dois conceitos paradigmáticos abordados anteriormente e aprofundar os pontos onde se tocam ou onde potencialmente possam aparecer coligados.

Assim, se o espectro de acção deste estudo pretende objectar os possíveis envolvimentos do conceito de redes inter-organizacionais no âmbito dos CCI torna-se

logo à partida evidente que um dos pontos mais importantes dessa rede de coordenação, cooperação e comunicação encarnará o *Circuito de Referência*.

O esquema traduzido na **Figura 7** explica por traços latos o fluxo de referência envolvido no acesso à rede de CCI, cujos intervenientes responsáveis pelo despoletar do processo já foram enunciados no ponto 3.2.

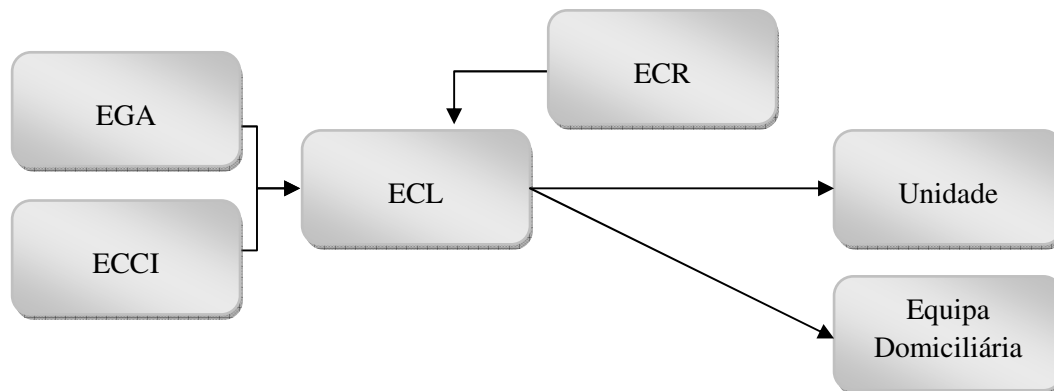


Figura 7 - Fluxo de Referência da RNCCI

Fonte: Adaptado de Guerreiro (2009: 51)

Neste seguimento, e para que se perceba mais ao pormenor a forma como um indivíduo pode aceder, em primeiro lugar, à rede, é claramente explicada através da directiva técnica elaborada pela UMCCI como se observa na **Figura 8**.

Assim, como se pode observar na figura seguinte, o acesso à rede, qualquer que seja a proveniência, é executado pelas ECL as quais “*asseguram o acompanhamento e avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência*” (UMCCI, 2007, s/ p.).

Este circuito surge na base de que, para diferentes tempos de internamento, (que obviamente são até certo ponto imprevisíveis, pelo que existem estruturas, que mais à frente serão abordadas, que são responsáveis pela previsão desse espaço temporal), assim como para conteúdos funcionais distintos ou necessidades de recursos humanos ou técnicos divergentes, deve existir uma resposta adequada (Guerreiro, 2009).

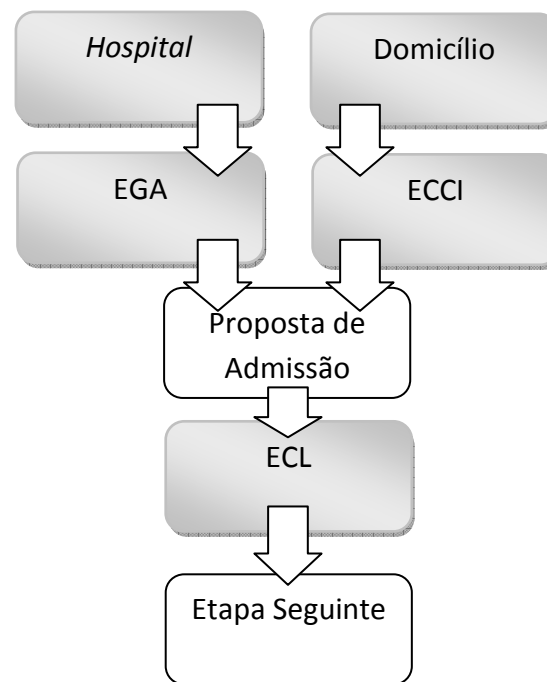


Figura 8 - Proveniência dos Utentes para Acesso na Rede

Fonte: Adaptado de *Directiva Técnica nº 3/CNSPICSD/2006* (UMCCI, 2007, s/ p.)

Posto isto, de acordo com a mesma fonte, releva-se que existem quatro níveis operacionais que definem esse circuito, como é passível de observação **Figura 9** e que integram, a um nível hierárquico organizacional superior, as EGA e as ECCI, logo depois as ECL seguidas pelas ECR. Em último lugar, na base da pirâmide do circuito e com igual importância, surgem as unidades e equipas de prestação de cuidados. A autora também salienta que há quem defenda um quinto nível que se deve responsabilizar pela monitorização e regulação e que deve ser assumido pela UMCCI, todavia, este não se encontra presente.

Relativamente à EGA, salienta-se que esta encerra uma equipa intra-Hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas Hospitalares com outros serviços, para doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e apoio social, quer no domicílio quer em articulação com as unidades da RNCCI. A nível organizacional, Madalena Holzer (citada por Guerreiro, 2009), destaca que existem lacunas importantes no que respeita às equipas domiciliárias de cuidados continuados e às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, que seriam capazes de referenciar o utente para o domicílio, em condições de segurança.

Abordando este sistema através de um prisma prático, o circuito de referenciação inicia-se na EGA ou ECCI que são responsáveis pela abertura e preparação primordial do



processo de qualquer utente. “A *referenciação é realizada através de um aplicativo informático*” (Guerreiro, 2009: 58) o que torna o processo ágil e mais transparente. Essa preparação deve absorver a recolha de toda a documentação necessária, a avaliação do estado social e de saúde do utente de acordo com os critérios de admissão à rede e da correcta identificação da tipologia de cuidados adequados às necessidades do utente. Depois da conclusão desta etapa, o processo é enviado à ECL. Esta instância vai avaliar se os critérios definidos foram ou não obedecidos e a adequação da tipologia proposta pela EGA/ECCI (Guerreiro, 2009).

“A ECL é responsável pela verificação do cumprimento dos requisitos enunciados no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho e dos critérios de referenciação para a admissão de utentes na Rede. Compete-lhe a avaliação/análise da situação de saúde e social do doente, com vista à tomada de decisão sobre o ingresso na Rede.”

UMCCI (2006, s/ p.)

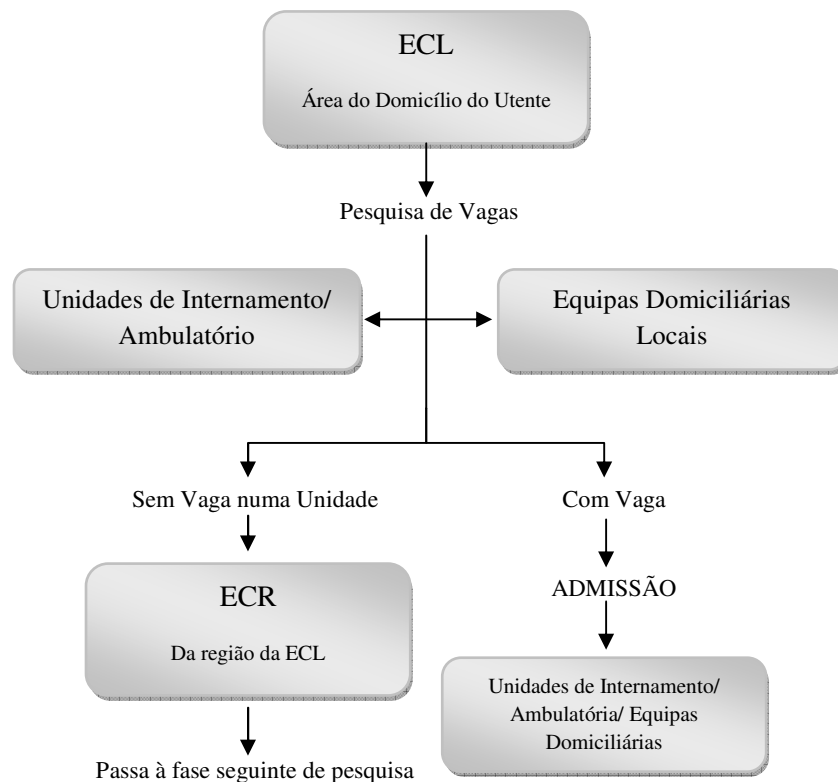


Figura 9 - Pesquisa Local de Vagas

Fonte: Directiva Técnica nº 3/CNSPICSD/2006 (UMCCI, 2007, s/ p.)



Sob o ponto de vista organizacional, mais uma vez salienta-se o contributo de Guerreiro (2009: 61) que revela que *“as ECL na RNCCI têm um papel de ‘gestor’ entre as diferentes unidades, a família e o utente, em que o alicerce fundamental é a articulação entre todos os intervenientes no processo.”*

Como acima foi assinalado, a **Figura 9** explicita o processo de pesquisa de vagas demonstrando a articulação presente entre os diferentes elementos da rede.

Neste sentido, e em concordância com a autora acima referenciada, a função da ECL incide na validação ou não da proposta inicial, referenciando o doente e encaminhando-o, de acordo com as vagas disponíveis, para a UCCI mais favorável.

“A nossa experiência nestes dois anos de vida, tem sido muito positiva, a cooperação com as entidades e instituições locais e regionais: o trabalho com as unidades prestadoras de cuidados, a formatação promovida pela UMCCI, o acompanhamento da ECR e principalmente o trabalho (...) no terreno”.

Guerreiro (2009: 60) relativamente às ECL

No caso de não ser possível encaminhar esse utente, este processo será encaminhado para a ECR que se responsabiliza pela identificação regional ou nacional da vaga adequada. Assim que isso ocorra, o processo volta para a alçada da ECL da região que comunicará com a instituição/organização encarregada pela prestação de cuidados. A articulação e organização destas relações são visíveis na **Figura 10**.

Assim, por observação da figura seguinte, deixa-se em aberto uma forma de alcançar o internamento e que está presente quando não existe vaga na região de domicílio do utente. Nestas situações, segundo a UMCCI (2007) a ECR deverá contactar consecutivamente as ECL por ordem de proximidade de área geograficamente até se alcançar a pretendida vaga.

No momento em que se perspectiva a alta este movimento inter-organizacional assume a direcção oposta. Neste sentido, esgotado o prazo de internamento ou tratamento, as unidades de internamento ou equipas de cuidados domiciliários, conforme o caso, devem proceder à realização do relatório de alta/transferência. Este relatório será então processado na ECL que procederá à validação da transferência ou alta (UMCCI, 2007).

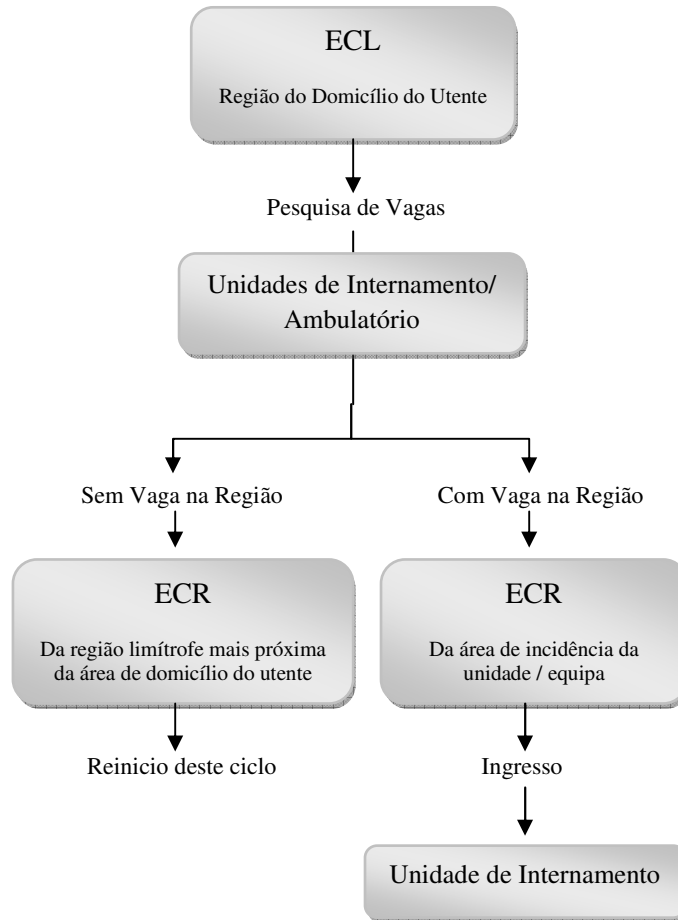


Figura 10 - Pesquisa Local de Vagas (2ª Fase)

Fonte: Directiva Técnica nº 3/CNSPICSD/2006 (UMCCI, 2007, s/ p.)

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO



4. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O conceito de metodologia, palavra que deriva dos termos gregos “*méthodos*” (métodos) + “*lógos*” (tratado), tem sido referenciada de modo diferente ao longo do tempo. Para Costa e Melo (1994), metodologia significa a parte da lógica que estuda os métodos das diversas ciências, segundo as leis do raciocínio; arte de dirigir o espírito na investigação da verdade; conjunto de regras empregadas no ensino de uma ciência ou arte. Segundo Bardon e Lazarsfeld, citados por Leite *et al.* (1989: 152) “*a metodologia é a arte de aprender a descobrir e analisar os pressupostos e processos lógicos da investigação, de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los*”.

No estudo apresentado, pretende-se conhecer com elevado grau de proximidade a realidade da RNCCI, particularmente no que se refere ao funcionamento inter-organizacional das unidades que a compõe. Desta forma, deseja-se perceber quais os principais vectores de interacção entre organizações e compreender os factores facilitadores e obstáculos dessas interacções.

Pretende-se estudar a forma como as pessoas intervenientes experienciam as dinâmicas inter-organizacionais nas respectivas UCCI, ou seja, pressupõe-se a crença em múltiplas realidades; um compromisso com o participante, de forma a assegurar a fidelidade com o contexto de interesse para o estudo; o reconhecimento da influência do investigador no estudo (subjectividade) e a descrição de forma literária dos relatos proferidos pelos sujeitos de investigação (Streubert e Carpenter, 2002).

No seguimento deste ponto começa-se por decifrar a opção compreendida na escolha de uma metodologia de investigação qualitativa. Perante este dado, a abordagem fenomenológica foi a seleccionada, sendo esta opção justificada e explicada. Para além disso é desenvolvido o papel que se incute ao investigador neste tipo de investigação, ao qual se segue a explicitação dos participantes incluídos na investigação e do contexto de estudo em questão. Seguidamente, a abordagem incide no instrumento de recolha de dados, e após esta fase, deslinda-se o método de análise adoptado e o processo de interpretação de informação. Finalmente, culminando este capítulo, são abordadas as questões éticas e limitações do estudo.



4.1. Investigação Qualitativa – Justificação da Opção

Na selecção do caminho a percorrer, várias são as possibilidades que se colocam ao investigador e, dado que é altamente improvável que exista um só caminho adequado, implica-se a necessidade de opção por uma determinada metodologia.

Neste seguimento, coexistem duas escolas de pensamento no que diz respeito ao desenvolvimento do conhecimento científico: a filosofia subjacente à corrente positivista lógica e a filosofia subjacente à corrente naturalista. As duas geram paradigmas de investigação diferentes, nomeadamente, o método de investigação quantitativo e o método de investigação qualitativo, respectivamente (Lessard-Hébert, 2005).

A escolha do método quantitativo ou qualitativo é fundamentada pela questão da pesquisa e baseia-se em cinco elementos básicos: identificação do fenómeno; estruturação do estudo; organização de dados; análise dos dados e descrição das descobertas (Marcus e Liehr, 2001).

Segundo Reichardt e Cook, citados por Carmo e Ferreira (1998), as características do paradigma quantitativo postulam uma concepção que passa por advogar o emprego dos métodos quantitativos, defende o positivismo lógico, objectivo, a aplicação de uma medição rigorosa e lógica que esteja à margem dos dados, utilizando uma perspectiva a partir de fora. Este, como é interino às ciências naturais, não é fundamentado na realidade mas orientado para os resultados, para a comprovação, confirmatório, reducionista, inferencial e hipotético-dedutivo. Os dados são sólidos e repetíveis, sendo generalizáveis, assumindo a realidade como estável.

No que se refere ao método de investigação qualitativo sublinha-se que a generalização, se entendida como a replicação dos resultados obtidos a locais e sujeitos diferentes, não é recomendável. Neste âmbito, segundo Bogdan e Biklen (1994: 66), no fruto da investigação qualitativa devem figurar *“mais afirmações universais sobre processos sociais gerais do que considerações relativas aos pontos comuns de contextos semelhantes (...). A ideia é a de que o comportamento humano não é aleatório ou idiossincrático”*. Os autores acrescentam ainda que *“a preocupação central não é a de se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados”*.



Pelo apresentado, esta última abordagem de metodologia de investigação parece adequar-se aos objectivos propostos pelo investigador logo à partida para a operacionalização do estudo da RNCCI como rede inter-organizacional pelo que as premissas acima invocadas e orientadoras da análise quantitativa não se afiguram adaptáveis ao propósito de investigação definido. É portanto, colocada de parte a metodologia quantitativa na realização do presente estudo.

De facto, as características do paradigma qualitativo defendem o emprego dos concernentes métodos qualitativos, baseados numa concepção global fenomenológica e na compreensão da conduta humana, através de uma observação naturalista sem controlo, assumindo uma posição subjectiva mas próxima dos dados, fundamentada na realidade, orientada para a descoberta, exploratória, expansionista e indutiva, ou seja, orientada para o processo; os dados são reais, ricos e profundos, o paradigma é não generalizável, holístico, assumindo uma realidade dinâmica (Carmo e Ferreira, 1998).

Desta forma, abordagens qualitativas abarcam a totalidade dos seres humanos, dos seus sentimentos ou vivências perante determinada situação de vida, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas. O contexto de vida é a matriz de relações ser humano/ser humano e ser humano/ambiente, que surgem ao longo do quotidiano. As abordagens qualitativas exploram todas as dimensões de singularidade humana que podem ajudar o investigador a entender o sentido da experiência para o participante. O investigador é o principal instrumento, conduzindo entrevistas, observando e reunindo dados. Essa análise indutiva contrasta com a análise basicamente dedutiva usada em abordagens quantitativas.

Da pesquisa qualitativa surgem questões éticas que envolvem aspectos relacionados com o cenário naturalista, a natureza emergente do desenho, a interacção pesquisador-participante e o pesquisador como um instrumento. Esses aspectos éticos e limitação ao estudo relacionados com o tipo de investigação escolhido serão abordados mais adiante.

Segundo Lincoln, citado por Marcus e Liehr (2001), os métodos qualitativos concentram-se no todo da experiência humana e no sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência. Esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos complexos. Os critérios para julgar o rigor científico de um estudo de pesquisa qualitativo são a credibilidade, a verificabilidade, a adequação e a confirmação.



Em geral, questões que revelam um teste de relação ou diferença são examinadas por meio de abordagem quantitativa. Questões que dão a entender exploração de uma experiência são estudadas através de abordagem qualitativa sendo que é por essa razão que esta metodologia se mostrou mais adequada ao estudo que se pretende colocar em prática.

A História demonstra que, quando um paradigma ao nível da investigação deixa de dar solução a um problema novo, pode entrar em competição um outro paradigma que, conseguindo dar resposta a esse problema, criará uma solução que pressupõe uma nova perspectiva do mundo. Kuhn, citado por Lessard-Hebert *et al.* (2005: 33), refere que “*a passagem de um paradigma a outro, por intermédio de uma revolução, representa o modelo normal de desenvolvimento de uma ciência adulta*”.

Em suma, perante o contexto de investigação enunciado, insurge-se a metodologia qualitativa isoladamente como o caminho para que se possam obter os dados de investigação pretendidos.

“A grande diversidade entre os investigadores qualitativos que se dedicam a estudar as questões educacionais reflecte a maturidade e sofisticação crescentes da abordagem.”

Bogdan e Biklen (1994: 46)

4.2. A Escolha da Abordagem Fenomenológica

Seguidamente, sublinha-se a importância que a fenomenologia assume no cerne da investigação qualitativa, assumindo-se como uma disciplina que aborda o indivíduo holisticamente, nas suas vertentes bio-psico-socio-culturo-espiritual, e como tal debruça-se também sobre as suas experiências de vida. Neste sentido, a fenomenologia está intrinsecamente ligada à investigação na área qualitativa e encarna um dos seus principais ramos.

Uma vez que o propósito para a investigação é conhecer experiências e opiniões relativamente ao funcionamento inter-organizacional das UCCI, optou-se por direccionar esta investigação para a natureza fenomenológica. Entenda-se que a



intenção primária na realização deste trabalho é a identificação e compreensão das interpretações, experiências e opiniões dos informantes acerca do funcionamento das UCCI como rede aglutinadora de organizações no seio do sector social e de saúde.

Para melhor compreender a aproximação deste estudo à metodologia fenomenológica há que perceber em que consiste e quais as suas premissas:

“A fenomenologia tem sido e continua a ser, um campo integral de pesquisa que atravessa as disciplinas de filosofia, sociologia e psicologia. Este método rigoroso, crítico e sistemático de investigação, é uma abordagem qualitativa reconhecida, aplicável ao estudo de fenómenos.”

Streubert e Carpenter (2002: 49)

Na procura de caracterizar com exactidão a essência do conceito de fenomenologia, Spiegelberg citado, pelos autores supra mencionados definem a fenomenologia como *“(...) um movimento filosófico cujo principal objectivo é a investigação directa e a descrição do fenómeno tal como é experimentado conscientemente, sem teorias de explicação causal e tão livre quanto possível de preconceitos e pressupostos não examinados”* (p. 50).

Destaca-se que, apesar desta investigação ser tendencialmente de carácter fenomenológico, não significa que se seguirão, ao pormenor, todas as exigências preconizadas pelos idealistas defensores deste paradigma. Como referem Bogdan e Biklen (1994: 54), *“ainda que os investigadores tendam a ter uma orientação fenomenológica, a maioria deles (...) enfatizam o subjectivo, mas não negam necessariamente a existência de uma realidade exterior que se equaciona contra os seres humanos numa resistência tenaz.”*

Por sua vez, Latiman (2003: 206-207) dá o seu contributo explicitando que a fenomenologia tem *“(...) como objectivo a compreensão do universal sobre a condição humana. Com efeito, é a ênfase no concreto, no corporal e no material, que torna a reflexão fenomenológica tão adequada ao estudo das coisas como artefactos da experiência vivida”*. À sua semelhança, Streubert e Carpenter (2002: 55) referiram que *“o propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essência das*



experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado a qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana”. Assim, facilita a compreensão dos fenómenos através do conhecimento da sua natureza intrínseca e o do sentido que os humanos lhe dão. Em conformidade, pode-se percepcionar a pesquisa fenomenológica como um acto atencioso do cuidado, visto que este reflecte na inquietação em pretender conhecer, o que se revela de mais substancial ou capital para o indivíduo, de perceber as interpretações que este coloca a determinado fenómeno.

Na abordagem ao fenómeno em estudo, é imperativo ter-se presente que *“o significado é de importância vital na abordagem qualitativa”* (Bogdan e Biklen, 1994: 51). Os investigadores qualitativos devem certificar-se que apreendem as diferentes perspectivas e opiniões adequadamente. Assim, na aplicação da entrevista, o investigador deve objectar perceber aquilo que os informantes *“(…) experienciam, o modo como eles interpretam as suas experiencias e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem”* (Psathas, citado por Bogdan e Biklen, 1994: 51).

Neste enquadramento, pretende-se realçar que este estudo insere-se na área da fenomenologia, visto que o objectivo primário se repercute na interpretação de elementos humanos das UCCI acerca dos factores facilitadores e obstáculos ao funcionamento inter-organizacional das unidades em que se inserem. Por outro lado, existe a consciência de que este método reenvia para a necessidade de aprofundar aspectos como a intencionalidade e as essências, conceitos que permitem a compreensão dos fenómenos investigados. Daí que se tenham seguido os passos descritos por esta corrente, os quais implicam uma abordagem rigorosa e crítica, que se julga estar ao alcance. Acrescenta-se ainda que esta corrente implica também que essa abordagem ao fenómeno em estudo seja feita de forma sistemática, o que poderá não poder ser possível de implementar por implicação das condicionantes temporais implícitas à realização da investigação.

4.3. Papel do Investigador

“Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.”



Bogdan e Bicklen (1994: 47)

O papel do investigador na promoção da cultura científica é insubstituível, constituindo parte essencial da sua responsabilidade científica. Com o objectivo de contribuir para a percepção das estratégias mais eficazes a desenvolver, o investigador deverá atentar aos seguintes procedimentos: definição de grupo alvo; definição de conteúdos e informação a recolher; definição de formas adequadas de participação dos investigadores na promoção científica; definição de estratégias adequadas para promoção da informação; implementação das estratégias definidas no interesse da promoção da cultura científica e do incremento do papel do investigador nessa promoção.

No concernente ao papel do investigador, destaca-se que, de acordo com Lessard-Hebert *et al.* (2005: 64), existem três critérios fundamentais que devem reger o comportamento do investigador na área qualitativa:

- a) “ *a clarificação de critérios utilizados;*
- b) *a operacionalização desses critérios no processo de investigação através de procedimentos específicos (consistindo isto numa forma privilegiada de clarificação);*
- c) *a explicitação da operacionalização dos critérios nos relatórios da investigação, isto é, a documentação sistemática dos procedimentos utilizados pelo investigador.”*

Quanto ao objectivo de investigação, o papel do investigador pode variar de acordo com a especificidade de cada investigação, desde a tentativa de construção de teorias fundamentadas até ao desenvolvimento de conceitos heurísticos. Assim, e para atingir este propósito, o papel do investigador visa o recurso à participação empírica “*em função de instâncias concretas do comportamento humano que se pode reflectir com maior clareza e profundidade sobre a condição humana*” (Bogdan e Biklen, 1994: 70).

Uma das assumções a reter aquando da opção pela metodologia qualitativa prende-se com o facto de esta figurar um processo essencialmente subjectivo. Por esta razão, uma das principais preocupações inerentes ao investigador deve incidir na capitalização do elemento subjectivo, impedindo que isso descredibilize a investigação (Robson e Foster, 1989).



Lessard-Hebert *et al.* (2005: 47) sublinham que “ (...) o carácter de proximidade entre o investigador e os participantes na investigação qualitativa está centrado na construção de sentido. Esta proximidade manifesta-se tanto no plano físico (o terreno) como no simbólico (a linguagem)”.

Por acréscimo, Seale (2007) destaca o papel do investigador concentrado na abordagem à metodologia de entrevista não apenas como fazendo parte desta mas, mais que isso, sendo a própria entrevista.

A adopção da metodologia qualitativa tem por base que nenhuma informação é trivial ou menos importante, que qualquer potencial informação pode constituir uma pista capaz de ajudar à melhor compreensão do objecto de estudo. Além disso, “os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados” (Bogdan e Bicklen, 1994: 48).

Os mesmos autores destacam também que os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Por oposição ao método dedutivo que consiste na recolha de provas com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses, o método indutivo é constituído por abstracções construídas à medida que as informações vão sendo recolhidas e agrupadas.

Para que se fomente uma melhor compreensão do papel do investigador da vertente qualitativa é imperativo que os procedimentos e processos mentais tomados por estes sejam detalhadamente explicados. Segundo Lofland, citado por Lessard-Hebert *et al.* (2005: 65), os executantes de investigação qualitativa não dispõem de um quadro conceptual comum, codificado e público, onde conste explícita e exhaustivamente a forma como é elaborada a investigação, assim como os passos que guiam a construção do relatório.

Neste sentido, quanto ao posicionamento estratégico, “os investigadores qualitativos tentam interagir com os seus sujeitos de forma natural, não intrusiva e não ameaçadora. Quanto mais controlada e intrusiva for a investigação maior a probabilidade de se verificarem efeitos do observador” (Bogdan e Biklen, 1994: 68).

A posição do entrevistador/investigador deve se intermediária, não deve demonstrar opinião ou posição relativamente aos fenómenos abordados mantendo-se incontornavelmente numa posição neutra e, simultaneamente, deve estimular a



participação do informante. Posto isto, “*é necessário calcular a quantidade correcta de participação e o modo como se deve participar*” (Bogdan e Biklen, 1994: 125).

Perante o apresentado, constata-se que este tipo de investigação exige ao investigador a suspensão das suas crenças e pressupostos acerca dos fenómenos, o que se manifesta bastante difícil de alcançar, pelo que o isolamento puro do fenómeno não é compatível com o conhecimento que se detém deste, sendo nitidamente perceptível a dificuldade em se permanecer livre de ideias e noções pré-concebidas.

Coerentemente, Streubert e Carpenter (2002: 53), citando Merleau-Pointy, sublinham que “*a redução completa pode nunca ser possível devido à relação íntima que os indivíduos têm com o mundo*”. Em complementaridade, de acordo com os mesmos autores, na utilização deste método, o investigador deve colocar constante e continuamente de parte o conhecimento prévio ou as suas crenças pessoais sobre o fenómeno de modo a impedir a sua interferência na descrição pura do mesmo.

Para terminar esta abordagem destaca-se a seguinte afirmação, a qual eleva a importância do desempenho do investigador: “*a essência da investigação qualitativa assenta numa abordagem minuciosa tão sensível como criativa de entrevista aos inquiridos, análise e interpretação dos dados recolhidos, de uma forma que seja potencialmente relevante para o desenho da investigação*” (Traduzido de Robson e Foster, 1989: 14).

4.4. Participantes na Investigação e Contexto de Estudo

Em investigações qualitativas, os indivíduos que são alvo de estudo, podem ser designados como participantes. Esta nomenclatura deve-se à posição activa que os investigadores qualitativos atribuem aos objectos de estudo. “*O envolvimento activo dos participantes no estudo permite a melhor compreensão das suas vidas e das suas interacções sociais*” (Streubert e Carpenter, 2002: 5). Outras denominações poderão ser utilizadas e, de acordo com cada teórico, podemos encontrar alusões aos termos respondentes ou informantes, para além de participantes.



Quanto à designação de sujeito, Turato (2003: 356) define-o como “(...) *qualquer pessoa que, no campo das questões da saúde, pode ser ouvido quanto aos sentidos e significações que atribui a eventos (...)*”.

Turato (2003: 351) defende ainda que quando o indivíduo é alvo de um estudo, torna-se tarefa árdua abordar a totalidade dos sujeitos que compõem o grupo de interesse do investigador, pelo que se torna necessário delimitar um conjunto de sujeitos, definindo-os como uma “*pequena parte de algo ou de uma quantia, com a pretensão de mostrar a qualidade, estilo ou natureza do todo*”, ou seja, é uma parcela extraída de uma população de sujeitos, consistindo num subconjunto do universo. Os sujeitos seleccionados devem ter a experiência do fenómeno em estudo, para que a informação recolhida seja representativa.

Pope e Mays citados por Turato (2003: 357), sustentam que, no campo da investigação qualitativa, os sujeitos consistem numa “*escolha deliberada de respondentes (...) oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total*”.

Deste modo, de acordo com Marcus e Liehr (2001), seleccionar sujeitos envolve escolher participantes que vivem a circunstância e apurar acontecimentos e incidentes relacionados com o processo social sobre a investigação.

Os autores supracitados afirmam ainda que, quem realiza a investigação “(...) *delibera quem são os sujeitos que comporão o estudo, segundo os seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, na sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta*” (Marcus e Liehr, 2001: 357). Estes autores acrescentam ainda que “*escolhendo sujeitos deliberadamente, torna-se possível pedir às pessoas para que expliquem por que elas comportam-se de um certo modo, explorar sobre decisões ou inquirir sobre factores subjacentes*” (p. 357).

Tendo em consideração a metodologia utilizada, bem como as questões de investigação elaboradas, a escolha dos participantes foi deliberada, estabelecendo critérios de selecção para os mesmos. Por essas razões a escolha dos participantes recaiu na Direcção Técnica, Direcção Clínica e a Coordenação de cada uma das UCCI, pois parecem ser os acessos que mais vão ao encontro dos critérios acima assinalados.



A justificação da escolha prende-se com o facto de serem estes indivíduos, aparentemente, as unidades humanas mais representativas de cada estrutura organizacional das UCCI em termos de relações inter-organizacionais. Assim sendo, a selecção das entidades assinaladas é justificada uma vez que, em cada instituição, as três funções mencionadas contemplam os indivíduos que regularmente medeiam processos inter-organizacionais, estão mais despertos para a questão a abordar e que mais proximamente saberão definir quais as principais particularidades do funcionamento em rede exigido.

De acordo com as premissas acima assinaladas e com o objectivo de responder às questões de investigação definidas, serão englobados como informantes/participantes para este estudo o Director Técnico, Director Clínico e Coordenador de cada instituição. Para além disso, e atendendo a todas as particularidades deste estudo, inclusive a utilização da entrevista como meio de recolha de informação, como se vai explicar mais à frente, houve necessidade de limitar as instituições participantes às UCCI do Distrito de Castelo Branco.

Para além disso, e sabendo que a RNCCI, como foi destacado no enquadramento teórico, se define como uma área intermédia entre prestação de cuidados de saúde e serviço social, também estes profissionais deveriam abranger as duas áreas fundamentais e complementares, cada uma definida por momentos de interacção entre organizações disjuntas, o que se verifica.

Como foi revelado, o espectro de acção de investigação pretende focar as relações inter-organizacionais das UCCI do distrito de Castelo Branco. Como é possível observar na **Figura 11**, existem quatro unidades prestadoras de cuidados continuados distintas no distrito, inseridas em três instituições. Posto isto, tendo em conta que as características metodológicas deste estudo e o espaço temporal para a sua realização, parece ser o número de instituições mais conveniente, e daí a limitação à realidade do distrito.

Assim, são participantes deste investigação os três representantes acima assinalados, das três instituições representativas da prestação de cuidados continuados integrados do Distrito de Castelo Branco (como se pode constatar na **Figura 11**).

Explicitando esta escolha, destaca-se que, por análise dos teóricos que se debruçam acerca da investigação qualitativa e fenomenológica, o intervalo de participantes no estudo deveria posicionar-se entre três e nove para que os dados obtidos possam ser



pautados de rigor científico, e passíveis de uma análise eficiente e efectiva em tempo útil.

Para além disso, e como já foi sublinhado, perante o espaço temporal disponível, três realidades diferenciadas em abordagem, sendo sondados nove intervenientes, parecem ser o número mais razoável a abordar, tendo em conta que estas reportam a totalidade das instituições prestadoras de cuidados continuados, à presente data, no distrito de Castelo Branco. Alerta-se que, caso existissem recusas na colaboração para presente arquétipo empírico, o número mínimo admissível para a continuidade do estudo seria a totalidade das três instituições. Caso este número não fosse alcançável, teria sido alargado o espaço geográfico em estudo, o que não foi necessário pois todas acordaram na participação.



Distrito de Castelo Branco - Unidades

Santa Casa da Misericórdia da Idanha-a-Nova

Tipologia: UC | Localização: IDANHA-A-NOVA Morada: Zona Nv Expansão Idanha-a-Nova,

Código Postal: 6060-101

Santa Casa da Misericórdia do Fundão

Tipologia: UMDR / ULDM | Localização: FUNDÃO| Morada: R. Dr. Aurélio Pinto - Quinta do Serrado

Código Postal: 6230-363

Centro Social Padre Tomás de Aquino de Azevedo

Tipologia: ULDM | Localização: ORVALHO

Morada: R. Bica Orvalho

Código Postal: 6185-307

Figura 11 - UCCI no Distrito de Castelo Branco



Fonte: Adaptado de MS (2009)

De realçar que, é através da investigação qualitativa que o investigador possui a capacidade de descrever as características, opiniões, relações humanas e comunicações de carácter profissional, estabelecidas nas díades da dinâmica inter-organizacional do funcionamento das UCCL.

Um outro critério estabelecido refere-se ao facto de que as organizações escolhidas devem, preferencialmente, provir de um meio tanto comum quanto possível, para que o “meio de cultura” onde as interacções entre organizações se realizem seja semelhante. Portanto, em relação à localização geográfica, estabeleceu-se como critério a abordagem ao Distrito de Castelo Branco e, inerentemente, a instituições pertencentes à ECR do Centro (Coimbra).

4.5. Instrumentos de Recolha de Informação

São diversas as formas de recolha de informação utilizadas nas investigações qualitativas. Segundo De Bruyne et al., citado por Lessard-Hebert *et al.* (1996), existem três grupos de recolha de dados: o inquérito, que pode assumir uma forma oral (a entrevista) ou escrita (o questionário); a observação, que pode ser directa sistemática ou participante e a análise documental, que se trata de uma análise de conteúdo sobre documentos relativos a um local ou situação, correspondendo a uma observação de artefactos escritos.

Assim, e segundo os mesmos autores, as técnicas que as metodologias qualitativas privilegiam são a entrevista, no modo de inquérito, que pode ser orientada para temas específicos, mas que toma por vezes a forma de entrevista não directiva; a observação participante, no modo de observação e a análise de conteúdo, no modo de análise documental. No entanto afere-se que, na presente investigação, o método escolhido foi única e exclusivamente a entrevista.



Neste âmbito, no estudo preponente, como já foi sublinhado, o método que parece mais se coligar à panóplia de dados a obter insurge-se sobre o inquérito sob a forma de entrevista que, em cada uma das organizações, aborda direcção técnica, direcção clínica e coordenação em simultâneo, num acto único. Assim, é aplicada uma entrevista em cada uma das três organizações participantes, representadas nesse acto de recolha de informação pelo director técnico, director clínico e coordenador em simultâneo. Na implementação da entrevista não se pretende uma resposta separada de cada um dos informantes, pretende-se, por sua vez, que os três participantes se complementem e transmitam uma resposta única, compilada e completa, representativa da realidade da instituição.

“Entrevistas são, pela sua natureza, encontros sociais nos quais os participantes colaboram produzindo versões retrospectivas (e prospectivas) de acções, acontecimentos, experiências, sentimentos ou pensamentos do passado (ou futuro).”

Seale (traduzido, 2007: 16)

Esta opção focada numa entrevista em grupo, com base numa discussão simultânea com o director clínico, director técnico e coordenador tem por base os princípios enumerados por Robson e Foster (1989) que destacam que as discussões em grupo relativamente às entrevistas individuais têm muitas mais-valias. Em primeiro lugar, esta opção é, indubitavelmente, mais efectiva e eficiente no prisma do investigador; uma entrevista individual a cada um dos representantes, neste estudo específico, era impraticável relativamente às unidades alvo de estudo e ao tempo disponível. Por acréscimo, os mesmos autores salientam ainda que esta metodologia permite uma dinâmica de comunicação e um fluxo de informação mais aberto e animado, desprovido do stress inerente a uma entrevista individual, por muito assertiva e tecnicamente praticada que seja. Para além disso, a dinâmica grupal permite a absorção de uma perspectiva mais global e complementar do fenómeno em estudo.

Lessard-Hebert *et al.* (1996) referem ainda que o inquérito por entrevista permite adquirir informações na perspectiva dos participantes, acerca dos factos e dos comportamentos observados e/ou realizados por estes. Permite também conhecer as



mudanças de atitudes e de influências, assim como a evolução dos fenómenos. Na entrevista é também valorizada a comunicação não-verbal pois esta permite compreender e completar o significado das respostas e do conteúdo lactente. Através desta observação, tem-se a facilidade de adquirir o conhecimento de alguns factos tal como o são para os sujeitos, mas que escapam à sua percepção mas não à do observador.

Cockburn, citado por Lessard-Hebert *et al.* (1996), distingue as entrevistas sob o ponto de vista sociográfico e fenomenológico. As entrevistas de carácter fenomenológico foram as escolhidas para este estudo, pois nestas o investigador descobre as percepções dos elementos que constituem o sistema e compreende o modo como este funciona, sendo que estas constituem a base do estudo no que reporta à realidade inter-organizacional das UCCI.

De acordo com os vários autores abordados, foram identificadas várias formas de classificar os tipos de entrevista. Por sua vez, Lessard-Hebert *et al.* (1996: 163), citando Pourtois e Desmet classificam as entrevistas em não directiva e clínica. Na primeira, o investigador utiliza a escuta atenta e activa e pretende que o sujeito fale abertamente daquilo que lhe vai no pensamento, sendo que *“é muitas vezes aconselhável iniciar uma entrevista por uma questão aberta que estimule a espontaneidade do entrevistado e deixar questões fechadas (idade, profissão, etc.) para a fase final da entrevista”*. Por sua vez, na entrevista clínica, os autores supracitados argumentam que o investigador tenta alcançar a informação que lhe permite testar a(s) hipótese(s) formuladas, tendo por base questões ou hipóteses de investigação, ou seja, a entrevista é orientada para alcançar a elucidação do problema. Assim, a entrevista clínica associa-se à entrevista orientada para a resposta, referida anteriormente, e a entrevista não directiva corresponde à entrevista orientada para a informação.

A opção escolhida para a recolha de informação adoptada neste processo de investigação foi a entrevista tendencialmente não directiva ou, noutra nomenclatura, semi-estruturada ou semi-directiva, pois pretende-se que os informantes abordem o tema em questão com bastante liberdade de resposta e um baixo grau de condicionalismo, sendo que algum grau de redireccionamento pode ser necessário para que se abordem todos os tópicos fundamentais previstos para a entrevista.



Neste sentido, os tópicos constantes no guião de entrevista em anexo (ANEXO II), foram somente orientadores dos temas a abordar contudo a ordem ou o grau de aprofundamento de cada um deles dependeu do decorrer da entrevista e do desenlace proporcionado pelo informante. Para além deste dado, a génese das questões presentes no guião de entrevista assentou na resposta às questões de investigação como demonstra o quadro representado no ANEXO III que faz alusão a essa afectação.

Assim, nesta escolha, os principais teóricos orientadores da escolha foram Ghiglione e Matalon (1995) que abordam a entrevista semi-directiva como detentora de um esquema de entrevista (grelha de temas, p. e.), todavia a ordem e orientação de abordagem é livre. Neste sentido, os autores destacam que cada uma das temáticas é marcada por relativa ambiguidade, característica de uma abordagem em que o entrevistador conduz a entrevista apenas numa perspectiva global, não direccionada para cada ponto ou categoria.

Aquando da realização da entrevista, foi primeiramente explicado aos informantes quais as principais características do estudo, resumindo-se o seu espectro empírico em causa. Seguidamente, foi explicado o objectivo da entrevista e os principais pontos a abordar. Finalmente, foi pedida autorização para a gravação de voz e só depois se iniciou a entrevista propriamente dita.

Após a realização das entrevistas, mesmo antes de se efectuar qualquer tipo de análise, estas foram transcritas, tendo em conta a linguagem verbal utilizada, assim como todas as pistas não verbais que estivessem presentes.

Posteriormente, caso fosse necessário, poderia recorrer-se a uma segunda entrevista que, nesse caso, seria realizada telefonicamente e que visaria o esclarecimento de algum dos pontos que, após uma primeira fase de análise, se tivesse mostrado impreciso. Também nesta entrevista, mesmo no caso de ser realizada telefonicamente, seria realizada uma gravação de voz. Esta possibilidade foi desde logo informada aos participantes durante a primeira entrevista e, também para este segundo possível momento de colheita de dados, foi solicitada colaboração. Contudo, não foi necessário, para nenhum dos casos, quaisquer esclarecimentos adicionais após a primeira entrevista.

Assimilando o transmitido acerca da estratégia de recolha de informação escolhida, reforça-se que os passos acima assinalados foram seguidos na totalidade, exceptuando a formação em técnicas de entrevista, pelo que esteve implicado um tipo de entrevista que



minimizasse possíveis dificuldades evidenciada para o entrevistador/investigador, assumindo-se a sua inexperiência no que concerne à aplicação deste instrumento de recolha de informação.

4.6. Método de Análise e Processo de Interpretação

Robson e Foster (1989) alertam que aquando do planeamento e condução de um estudo de investigação qualitativo, as atenções focam-se primordialmente na selecção do informante ou no acto da entrevista, descurando-se por vezes a análise e interpretação dos dados qualitativos. As autoras enumeram várias razões para isso acontecer, nomeadamente, a exigência de um trabalho de análise intensivo, o espaço temporal reduzido para a execução da investigação, entre outros. Assim, enaltece-se a importância deste processo tão complexo, justificando-se que este permite, segundo as mesmas teóricas:

- Elevar o valor empírico da entrevista;
- Aumentar o leque de informação sobre o fenómeno em estudo;
- Prevenir uma interpretação superficial;
- Reduzir a incerteza ou dúvida quanto à cientificidade dos dados obtidos;
- Afastar o risco de enviesamento dos resultados da investigação;
- Manter a responsabilidade científica do investigador perante os informantes, futuros “consumidores” do estudo e sociedade em geral.

Robson e Foster (1989) destacam que a forma que mais fielmente permite absorver os dados qualitativos que emergem na entrevista é a gravação áudio. Durante a entrevista, o investigador não deve desviar a sua atenção do rumo que pretende seguir, para registar algo que considere relevante ou realizar qualquer outro procedimento que cause algum tipo de quebra na discussão do fenómeno. Desta forma, as autoras preconizam a gravação da entrevista como método preferencial e, num momento posterior, a sua transcrição integral, acrescentando-se todas as pistas que se considerem enriquecedoras do discurso proferido, nomeadamente aspectos de comunicação não-verbal.



Relativamente à transcrição, Manen (traduzido, 2009, s/ p.), acrescenta que *“transpomos objectivamente pensamentos para o papel e ainda assim eles tornam subjectiva a nossa compreensão de alguma coisa que verdadeiramente nos atrai”*. Em consonância, *“pesquisar é escrever de forma consciente tendo em conta a possibilidade de confrontar durante a relação de auto-reflexão”*.

O mesmo teórico sugere ainda que a pesquisa/redacção e os critérios de avaliação de qualquer texto de ciência humana fenomenológica necessita de ser orientada, forte, rica e profunda. Um texto orientado é aquele que é *“percebido como resposta à questão de como um educador se coloca na vida, como um educador necessita de pensar acerca dos estudantes, como este observa, ouve, e comunica com os estudantes, como pratica o discurso e a escrita que é pedagogicamente contagiosa”*.

Ainda de acordo com este teórico, o balanço do contexto da pesquisa indica-nos que o plano ou proposta de pesquisa é, ele próprio, um balanço de declarações explícitas e implícitas no processo metodológico e uma entrada que *“permite a escolha de direcções e a exploração de técnicas, procedimentos e fontes que não são sempre acessíveis fora do projecto de investigação”*.

Uma vez recolhidos os recursos textuais, o passo seguinte assenta na passagem ao processo de interpretação e o processo de identificação das unidades de significado. Neste sentido, no que concerne à caracterização do fenómeno, a estratégia a seguir é a selecção de temas/unidades de significado. Reflectindo, a experiência vivida torna-se uma análise reflexiva da estrutura ou aspectos temáticos da mesma (Manen, 2009).

Robson e Foster (1989) e Manen (2009) preconizam a mesma metodologia de análise de dados qualitativos enunciada. Em concordância, destacam que neste seguimento, depois de seleccionadas as informação representativas das informações transpiradas pelos informantes, devem ser criadas Unidades de Significância/Análise que permitam agrupar os conteúdos levantados em agrupamento de significado idênticos. Assim, cada Unidade de Significância criada deve incorporar em si mesmas ilações levantadas por cada um dos informantes acerca de determinado assunto específico, estabelecendo pontes com o contributo da pesquisa bibliográfica.

Bebendo da mesma estratégia metodológica dos teóricos acima, também Bogdan e Biklen (1994) abordam o tema, invocando o termo, Categorias de Codificação, fomentando basicamente as mesmas premissas invocadas para as Unidades de



Significância. Apesar deste contributo, no presente estudo, fica assente a utilização do termo Unidades de Significância.

Ainda segundo as mesmas autoras, apesar de não ser possível fazer uma separação conceptual ou temporal entre análise e interpretação pois estas, mesmo que em graus diferenciados, acontecem em simultâneo, esta seria a fase em que o investigador passaria de uma postura primordial de análise para uma metodologia de interpretação.

De acordo com Robson e Foster (1989), nesta fase em que culmina a fase prioritária de análise das entrevistas, devem ser revistos os objectivos e questões de investigação. Neste ponto, o enquadramento teórico deve começar a fazer sentido, as respostas tendem a começar a emergir. Todavia, em certas situações, a informação pode ainda parecer muito dúbida e o contributo dos dados da investigação pode ainda não ser claro.

Esta fase é descrita por Bogdan e Biklen (1994: 205) como “*a análise que envolve o trabalho de dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido (...). A análise de dados leva-o das páginas de descrições vagas até aos produtos finais*”.

A análise de conteúdo trata-se de uma técnica que complementa a investigação qualitativa, ou seja, é utilizada em conjunto com outra ou mais técnicas.

Em suma, considera-se importante salientar que tanto Manen (2009) como Robson e Foster (1989) defendem que um método de investigação é apenas um método de investigar certo tipo de questões. As questões e o modo como as compreendemos são os pontos de partida realmente importantes, não o método em si mesmo. Para estes teóricos, do ponto de vista fenomenológico, investigar é questionar o modo como experienciamos o mundo, é querer conhecer o meio no qual vivemos como seres humanos. O acto de pesquisar-questionar-teorizar é um acto intencional preconizado por estes teóricos.

Perante o referido nesta investigação, como já foi referido, a entrevista foi transcrita tendo em conta a globalidade dos aspectos verbais e não verbais. Depois de apreendida a globalidade e ideias gerais transmitidas, a etapa seguinte consistiu em isolar, da totalidade da informação referida, as frases chave mais elucidativas tendo em conta o tema em questão, e a posição que, transcendentemente àquelas citações, caracteriza a



opinião ou sentimento do participante. O esforço em manter as informações fiéis ao que foi transmitido pelos informantes deve ser irrepreensível.

Seguidamente, tendo em conta as informações-base levantadas e tendo em conta a pesquisa bibliográfica, foram criadas Unidades de Significância que se assumem definidoras dos temas em ênfase.

Posteriormente, todas as informações chave seleccionadas foram agrupadas por Unidade de Significância e organizadas por ordem lógica de acordo com a posição assumida pelo informante.

Por último, foi já a partir desta base que se insurgiu a discussão dos resultados de investigação e as suas conclusões.

4.7. Ética e Limitações do Estudo

“Ainda que possam existir linhas de orientação para a tomada de decisão de carácter ético, as decisões éticas complexas são da responsabilidade do investigador, baseiam-se nos valores deste e na sua opinião relativa ao que pensa serem comportamentos adequados”.

Bogdan e Biklen (1994: 78)

Discorrer sobre os direitos dos participantes, à luz da temática da ética e da vulnerabilidade, em interface com aspectos relacionados com a Gestão de Unidades de Saúde, é um acto desafiador.

Neste âmbito, houve uma forte preocupação em construir um instrumento de recolha de dados que fosse adequado, procurando obter informações de forma neutra, sem colocar qualquer tipo de pressão ou despoletar qualquer sentimento de obrigação no informante. Por outro lado, houve sempre o cuidado de solicitar a respectiva autorização para a realização da entrevista, numa linguagem adequada e perceptível ao participante, proporcionando-lhe tempo para reflectir e ponderar acerca do que lhe for solicitado.

Entende-se o ser humano como um ser livre, capaz de optar e tomar decisões, capaz de assumir os seus actos e, desse modo, este é responsável por eles e pelas consequências dos mesmos. Assim, na aplicação do instrumento de recolha de dados, teve-se em conta os princípios inerentes a uma comunicação eficaz, tentando transmitir a informação



clara, concisa e rigorosamente, de forma a permitir que os participantes pudessem tomar decisões esclarecidas, preservando a sua dignidade enquanto seres humanos.

Esta estratégia tem por base a opinião de vários investigadores, nomeadamente Bogdan e Biklen (1994: 48) que salienta que *“os investigadores qualitativos assumem que o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto em que ocorre, deslocando-se, sempre que possível, ao local de estudo”*.

É importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Como tal, depois de se informar todos os participantes acerca do tema e objectivos de estudo, questionaram-se oralmente cada um deles acerca do seu desejo e disponibilidade para nele participar, e foi igualmente solicitada autorização para proceder à gravação da entrevista para mais tarde facilitar a análise da informação.

Em concordância, no que concerne à exigência de protecção dos sujeitos de pesquisa, esta mostra-se inerente a todas as investigações, quer seja para abordagens quantitativas ou qualitativas. Para além disto, na presente dissertação pensaram-se critérios gerais de inclusão potencial de sujeitos como a concordância em participar, consentimento pós-informação, tempo livre e disponibilidade do entrevistado para se submeter à entrevista, assim como desejo de partilha e de relatar ao investigador as experiências vividas.

Finalmente, Bogdan e Biklen (1994) sublinham a imperatividade que assume o pedido de autorização. Estes autores explicam que este acto não é simplesmente um procedimento formal em que o objectivo culmina com a assinatura de um documento. Este momento deve ser aproveitado para preparar o caminho e o terreno para o estudo. Desta forma, os autores destacam que deve explicar-se resumidamente mas de forma fidedigna, em que consiste a investigação, explicitar preocupação com a não perturbação do normal funcionamento da unidade investigada (assegurar confidencialidade, não transmitir sentido de intrusão, adequar-se aos horários e funções dos entrevistando, etc.) e evidenciar importância dos resultados, assim como os contributos e benefícios que poderão emergir para a área em estudo.

Por conseguinte, o investigador deslocou-se a cada instituição seleccionada, onde foi solicitado atempadamente um pedido de autorização a cada uma das instituições, no qual constaram as informações anteriormente especificadas e foi negociado todo o



contexto da entrevista (ANEXO I – Pedido de autorização devidamente assinado pelo representante máximo de cada instituição).

Relativamente ao princípio da fidelidade, sublinha-se que o facto de não se conhecer os informantes, tanto pode ser facilitador nalgumas situações como dificultador noutras. Desta forma, acima de tudo, procura-se estabelecer uma relação de confiança com o participante no estudo.

Neste seguimento, pode-se também afirmar que, perante a abordagem preconizada, se manteve presente o conceito de justiça que, como princípio para a investigação, orientou para a assumpção de uma posição semelhante e igualitária, encarando os diferentes participantes de igual forma.

Qualquer estudo de investigação deve seguir o princípio ético da veracidade. Neste sentido, procurou-se proporcionar aos participantes desta investigação um esclarecimento e conhecimento acerca do foco de investigação para que, dessa forma, estes pudessem dar o seu consentimento livre e informado. Para além disso, pretendeu-se transmitir sempre a verdade, sem deturpar nenhuma informação e esclarecendo qualquer ponto que parecesse mais dúbio para o participante, para que a descodificação da mensagem por ele transmitida se coadunasse com a real intenção e significado pretendido pelo comunicador.

Por último, emergiu o princípio da confidencialidade. Este remete para a importância que se deposita em proteger e salvaguardar a informação transmitida pelos participantes, preservando sempre a sua individualidade. Desta forma, explicou-se aos participantes que todas as informações transmitidas seriam confidenciais e assegurou-se o completo anonimato relativamente à sua participação, assinalando-se que os autores das intervenções mencionadas no estudo seriam abordados em código.

O rigor na investigação qualitativa reveste-se de extrema importância para a prática salutar da ciência (Streubert e Carpenter, 2002). Assim, a validação da informação que os participantes transmitiram foi essencial para a credibilização desta investigação e só ela permitiu assegurar que é fidedigna e transmite a verdade original, a ideia que o participante deseja transmitir. Do ponto de vista ético, é dado relevo ao acto de abertamente se dar a conhecer ao entrevistado o teor e conteúdo transcrito possibilitando que este o visualizasse e informando-o abertamente que, se considera-se necessário e pertinente, poderia efectuar alterações no enunciado, o que corrobora a ideia transmitida



por Streubert e Carpenter (2002: 70), ou seja “*para assegurar a confiança na análise dos dados, os investigadores regressam a cada participante e perguntam se a descrição reflecte as suas experiências*”. Este acto fornece uma oportunidade de comparar, contrastar e verificar dados.

Deste modo, também no estudo proposto se utilizou esta estratégia como forma de validar a informação, o que permitiu efectuar uma análise mais detalhada e rigorosa daquilo que o participante quis transmitir.

Subsequentemente, como forma de incutir maior rigor e fidedignidade foi proporcionada a oportunidade aos participantes para validar as informações que transmitidas. Neste caso, foi acordado com estes o envio das transcrições das entrevistas (por correio electrónico) e, no prazo de uma a duas semanas após a entrevista foi enviada a sua transcrição. Este acto permitiu que os informantes certificassem as informações transmitidas, e deu-lhes a possibilidade de se exprimirem, caso existisse algo que quisessem acrescentar ou retirar. Nenhum dos informantes mostrou vontade em alterar as informações proferidas na entrevista.

PARTE III

ESTUDO EMPÍRICO



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste ponto culminante e decisivo da investigação apresentada é abordada a análise empírica da informação recolhida. Neste sentido, optou-se por realizar primeiramente a caracterização dos participantes pelo que, neste primeiro ponto, são identificadas as principais características dos intervenientes desta investigação.

De seguida, no segundo ponto, é reflectida uma primeira análise interpretativa da informação que, sintética e esquematicamente, dá evidência às principais unidades de significado que transpiraram das informações pronunciadas pelos informantes, enumerando-as em primeiro lugar e agrupando-as por ordem lógica de seguida.

Posteriormente, cada uma das unidades temáticas identificadas é desenvolvida e enquadrada com o conhecimento teórico aglutinador deste estudo. Por fim, é apresentado um quadro resumo que evidência as principais premissas relativas a cada uma das unidades de significado.

5.1. Caracterização dos Participantes

Neste sub-ponto inicial da abordagem ao estudo empírico são caracterizados os participantes que activamente fizeram parte da investigação, participando como entrevistados e dando origem à panóplia de informações recolhidas e base de sustentação desta investigação.

Desta forma, para cada um dos participantes, foram sondadas as principais informações que o caracterizam como pessoal e como profissional, pelo que lhes foi questionada o nome, o sexo, a idade, a UCCI que representam, a formação de base que lhes serve de sustentação, a função ocupada na UCCI e o número de horas semanais que, aproximadamente, dedicam à prestação de cuidados continuados na UCCI que representam.

O quadro seguinte exprime as informações anteriormente descritas:



Nome	Sexo	Idade	UCCI que representa	Formação de Base	Função ocupada na UCCI	Nº de horas semanais aprox. dedicadas à UCCI
Marina Mendes Alves	F	31	UCCI - Orvalho	Licenciatura em Serviço Social	Técnica Sup. Serviço Social Directora Técnica	35
Manuel Garcia Ávila	M	58	UCCI - Orvalho	Licenciatura em Medicina	Médico Director Clínico	7
Tiago Manuel Pisco Domingos	M	29	UCCI - Orvalho	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro Responsável Coordenador	35
Vera Cristina Esteves Aleixo	F	30	UCCI – Idanha-à-Nova	Licenciatura em Serviço Social	Técnica Sup. Serviço Social Directora Técnica	35
António Rodrigues Guardado	M	61	UCCI – Idanha-à-Nova	Licenciatura em Medicina	Médico Director Clínico	66
Hugo Miguel Calvário dos Santos	M	35	UCCI – Idanha-à-Nova	Licenciatura em Contab. e Gestão Financeira	Técnico Oficial de Contas Coordenador	10
Maria de Lurdes Lopes da Silva	F	39	UCCI – Fundão	Licenciatura em Segurança Social	Coordenadora do Gabinete Social da SCMFundão Directora Técnica	17,5
Nelson Seabra Henriques	M	70	UCCI – Fundão	Licenciatura em Medicina	Médico / Director Clínico	Variável
Joaquim Pedro Costa	M	24	UCCI – Fundão	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro Responsável Coordenador	35

Quadro 2 - Caracterização dos Participantes



5.2. Análise Interpretativa da Informação

De acordo com os passos definidos no enquadramento metodológico, primeiramente o investigador deve dirigir o seu foco de atenção para um fenómeno que realmente lhe interesse e o comprometa com o mundo. Deste modo, e de acordo com o tema escolhido, procurou-se captar as vivências e significados atribuídos aos fenómenos inter-organizacionais em CCI tal como são verdadeira e fielmente vividos, evitando a conceptualização dos mesmos.

Posteriormente, e de acordo com a metodologia de análise escolhida que prescreve a reflexão dos temas preponderantes que contextualizam o fenómeno, procurou-se levantar as temáticas de interesse, as quais constituem as Unidade de Significância e que em seguida se apresentam.

UNIDADES DE SIGNIFICÂNCIA IDENTIFICADAS

5.2. Desenvolvimento das Unidades de Análise

5.3.1. Definição de Rede Inter-organizacional

5.3.2. Definição da Rede de Cuidados Continuados Integrados

Utilidade da Rede

Desenvolvimento do Funcionamento Inter-organizacional desde a Formação até ao Ponto Actual

Expectativas Relativamente aos Futuros Progressos

5.3.3. Comunicação, Cooperação e Coordenação na Rede

Meios de Contacto, Cooperação e Coordenação - A Plataforma Informática -

5.3.4. Funcionamento Inter-organizacional da Rede

Factores Facilitadores do Funcionamento Inter-organizacional

Organigrama - Circuitos e Ligações entre os Elos da Rede

Referenciação

Papel da ECL (Entidade Coordenadora Local)

Contactos Extra-ECL



5.3.5. Angústias e Obstáculos

Problemática da Desculpabilização

Problemática da Falta de Formação

Problemática da Interligação com o Hospital

Problemática da Insuficiência de Respostas

Problemática da Falta de Uniformização

Problemática do Desfasamento Registo-Realidade

Problemática da Distância entre Coordenação e Campo de Trabalho

Problemática das Barreiras à Informação - Processo Único

Problemática da Carência de Disponibilidade

Problemática da Inexistência de Profissionais

Pertencer a uma Misericórdia – Vantagem ou Desvantagem

Problemática das Condições Arquitectónicas Desadaptadas

Quadro 3 - Temas Essenciais que Caracterizam o Fenómeno

Desta forma, de acordo com os sentimentos, preocupações e vivências pronunciadas pelos participantes acerca do funcionamento inter-organizacional da sua unidade individual e da rede em geral, emergiram as unidades temáticas identificadas no **Quadro 3**, as quais se assumiram Unidades de Significância dos dados imanados por este estudo.

Na figura seguinte (**Figura 12**), as Unidades de Significância são agrupadas por ordem lógica, de acordo com a hierarquia temática que as caracterizam, do geral para o particular. Na primeira coluna, com apenas uma unidade de significado, surge a representação que os informantes fazem do funcionamento inter-organizacional em rede, num âmbito geral. Na coluna seguinte surgem os principais assuntos relacionados com o funcionamento da rede de cuidado continuados em si, nomeadamente, a sua definição, aspectos relacionados com comunicação, coordenação e cooperação, e por fim, uma unidade de significância relativa ao funcionamento inter-organizacional da rede. Na terceira coluna, encontram-se subdivisões de cada um destes temas.

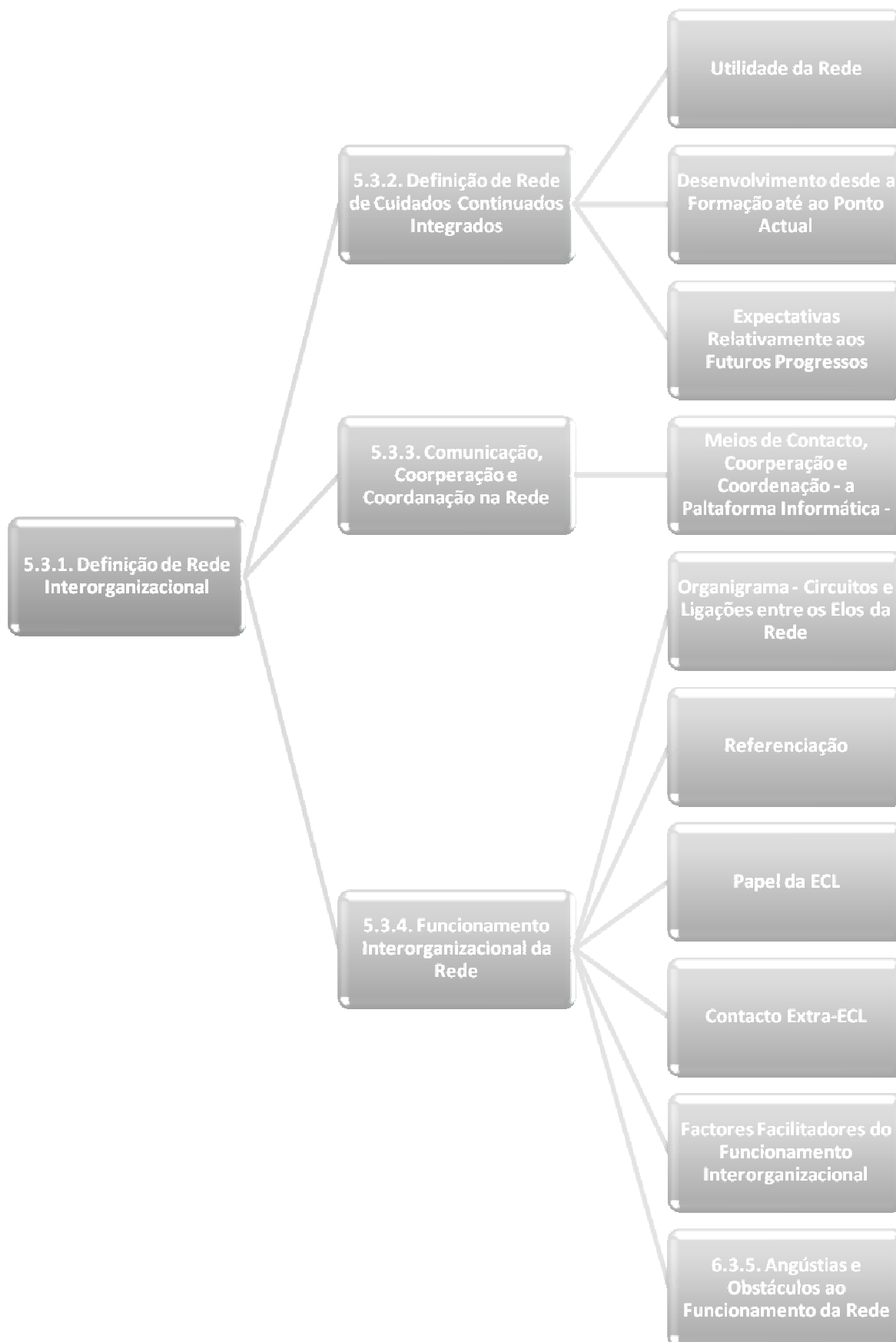


Figura 12- Correlação entre as Diferentes Áreas - Representação Esquemática dos Temas em Análise



5.3. Desenvolvimento das Unidades de Significância

Neste ponto as Unidades de Significado expostas anteriormente são exploradas e desenvolvidas de acordo com os testemunhos dos participantes, os quais lhe deram origem, e articulando as suas opiniões com as evidências constatadas no enquadramento teórico.

5.3.1. Definição de Rede Inter-organizacional

No que se reporta à definição de rede inter-organizacional, pronunciando-se sobre o funcionamento geral em rede, os informantes destacam o trabalho em rede como a estratégia ideal para todos os sectores.

Na procura de definição deste tipo de ligação inter-organizacional, o Coordenador da UCCI 1 relata que “*a rede propriamente dita é uma ligação entre diversos sectores*” e acrescenta ainda que é imprescindível “*haver uma interligação e duplo sentido entre as organizações que constituem a rede*”.

Este contributo vai de encontro ao definido no enquadramento teórico, particularmente quando Provan *et al.* (2007), aglomerando várias definições que incidem nesta temática, atribui o seguinte conjunto de características ao funcionamento inter-organizacional em rede: interacção social, relacionamento, conectividade, colaboração, acção colectiva, confiança e cooperação.

Os representantes das três instituições participantes neste estudo corroboram da opinião que o trabalho organizacional em rede é vantajoso e benéfico em qualquer sector. Nesta linha de pensamento, a Directora Técnica da UCCI 2 assenta que “*trabalhar em rede é o ideal em todos os sectores, (...) trabalhar em rede ou trabalhar em equipa, acho que só poderá trazer benefícios*”. Em concordância, na tentativa de delinear as vantagens e desvantagens do trabalho em rede, a Directora Técnica da UCCI 3 destaca a grande vantagem das redes inter-organizacionais assente na informação, referindo que “*a vantagem do trabalho em rede é não se perder informação. O trabalho em rede permite que a informação chegue mais rapidamente*”. No que se prende às desvantagens, a seguinte opinião é unânime: “*Desvantagens em trabalho de rede, não vejo*” (Directora Técnica, UCCI 3).



Posto isto, o Coordenador da UCCI 3 reforça com a sua opinião que o trabalho organizacional em rede carrega em si “*só vantagens, sim. Para mim só tem vantagens!*”.

Como é claramente constatável, prevalece uma visão puramente positivista em relação ao trabalho em rede que é unânime entre os participantes. Contudo, e de acordo com Huxham e Macdonald (1992), podem aflorar tanto vantagens como desvantagens do funcionamento organizacional em rede, dependendo da natureza da interacção presente.

Outro ponto tocado na definição de funcionamento inter-organizacional foi a maior facilidade no processamento da informação. Paralelamente à opinião dos informantes, também Szeto (2000) e Carlsson (2003) indagam que respostas mais promissoras têm por base o desenvolvimento de mecanismos de cooperação entre organizações, com o objectivo de adquirir, conceber e partilhar informação, conhecimento e outros recursos.

5.3.2. Definição da Rede de Cuidados Continuados Integrados

Outra das unidades de significado identificadas no cerne das opiniões transmitidas em entrevista incidu na definição paradigmática que os informantes colocam na metodologia de trabalho em rede inter-organizacional integrado no novo sector que representam, os Cuidados Continuados Integrados. A afirmação seguinte justifica a génese e expansão deste novo sector:

“(...) esta rede vem colmatar uma falha no Serviço Nacional de Saúde que pretende prestar cuidados que não são prestados, nem no Centro de Saúde, nem no Hospital e que, por outro lado, presta cuidados a doentes que, após uma fase aguda, (...) um doente que tenha tido uma doença aguda e que depois, após a fase aguda, tenha necessidade de reabilitação.”

(Director Clínico, UCCI 3)

Fica patente na opinião deste informante que a RNCCI surgiu como resposta a uma necessidade da sociedade e que veio criar uma nova resposta que até aqui não existia. Esta posição é partilhada pelo MS (2009), pois segundo este organismo, a criação da



RNCCI incorporou um modo eficaz de complementar os serviços prestados com objectivos curativos (Hospitais e/ou Centros de Saúde).

Outra posição que foi assumida e que concorre para a definição desta rede prende-se com o facto de que “(...) *cada vez mais são unidades do terceiro sector a aderir e a integrar a rede dos cuidados continuados*” (Directora Técnica, UCCI 2). De facto, se logo à partida, se observar as instituições representativas da rede de Cuidados Continuados no Distrito de Castelo Branco incluídas neste estudo, constata-se que estão as três ligadas ao terceiro sector¹.

No que concerne ao objectivo desta rede, o Director Clínico na UCCI 3 destaca que o objectivo primordial, quer da sua unidade, quer da rede de cuidados continuados em geral consiste em “*integrar, com a família, na sociedade*” os utentes que são assistidos nesta rede.

De acordo com o afirmado pelo informante, confirma-se a ideia de que com esta nova valência, é construído “*em REDE, o trilho necessário para que não continuem a existir pessoas isoladas, doentes e sem apoio*” (Guerreiro, 2009: 137-138).

Enquadrando o espectro de funcionamento desta rede, foi também abordado o facto de existirem diferentes estruturas, com funções distintas e complementares, neste sentido o Coordenador da UCCI 1 sustenta que a rede de cuidados continuados “*tenta ser uma rede inter-organizacional que tenha respostas nos dois sentidos, que não seja só a vertente das unidades coordenadoras para as prestadoras, mas também das prestadoras para as coordenadoras*”.

Enquanto os representantes da UCCI 3 vêem a rede de cuidados continuados como uma unidade inter-organizacional madura e com funcionamento de qualidade, os representantes, tanto da UCCI 1 como da UCCI 2, alimentam uma postura distinta, destacando que o funcionamento da rede está ainda longe do ideal. Na UCCI 3, a ideia transversal aos informantes consiste na categorização da rede como “*uma mais-valia*” onde “*prevalece a qualidade*” (Director Clínico, UCCI 3).

Opostamente, o Coordenador da UCCI 1 sublinha que “*existem benefícios, sem dúvida se isso fosse possível. (...) Ainda temos a esperança que um dia será possível e que consigamos comunicar facilmente e que tenhamos todos os meios e recursos para o*

¹ Terceiro Sector – Representa as organizações de produção e distribuição de bens e prestação de serviços distintas dos dois agentes económicos dominantes, os poderes públicos e as empresas privadas com fins lucrativos, designados frequentemente e de forma simplificada, por Estado e Mercado (Quintão, 2004).



conseguir fazer”. Paralelamente a esta última posição, também a Directora Técnica da UCCI 2 atesta que *“ainda devíamos estar a funcionar como experiência piloto. Isto é a minha opinião”*.

Utilidade da Rede

Como já ficou assente no ponto anterior, a opinião dos informantes assenta na realidade de que a rede surgiu como resposta a uma necessidade/lacuna no seio do sector de saúde e apoio social. Ainda assim, as informações pronunciadas pelos representantes das unidades justificaram a elevação de uma nova unidade de análise que abordasse a Utilidade da Rede.

Perante este contexto, e no seguimento do que já foi também definido como característica definidora da rede, destaca-se mais uma vez que, em prol da sua utilidade, esta rede se assume como *“mais uma resposta (...) quebrar uma lacuna que existia, após a alta Hospitalar (...). Tirando os lares, não havia nada. Mas os lares não estão preparados para acolher algum tipo de doentes”* (Directora Técnica, UCCI 2).

Outro dos factores enumerados como um dos vértices da utilidade desta nova rede incide na atenuação da sobrecarga Hospitalar. O Director Clínico da UCCI 1 suporta que a criação da rede permitiu *“uma maior abertura para a sociedade, sobretudo para aliviar os Hospitais que estavam cheios de situações crónicas, situações que não justificam estar a ocupar camas durante n meses (...).”* Este informante acrescenta ainda que esta resposta *“veio trazer benefícios para a população. Os cuidados aqui são um bocadinho diferentes dos Hospitais (...). Também acho que é vantajoso para o próprio doente em si”*.

Estas características associadas à nova RNCCI lembradas pelos informantes são cimentadas pela posição equivalente do MS (2009) que desvenda que esta rede surge como resposta a um agregado de necessidades que requeriam respostas inovadoras e diferenciadas, as quais implicariam uma reorganização do sistema de saúde e a renovadas políticas sociais (MS, 2009).

Mais uma vez, e destacando uma das grandes bandeiras da expansão desta rede, é proferida a expressão *“por isso é que o governo, o ministério da saúde está a implementar mais unidades em todo o país (...) para deixar que as camas do Hospital fiquem vagas”* (Director Clínico, UCCI 3). Assim, fica patente que os informantes



partilham da ideia de que uma das funções colocadas nos cuidados continuados integrados é a libertação de recursos Hospitalares.

Complementando o que foi acima transmitido, também enquadrando o prisma social presente na realidade Hospitalar, o Director Clínico da UCCI 2, contando obviamente com a concordância da Directora Técnica, representante da parte social, atesta que *“foi bom para os Hospitais porque libertou os casos sociais, eles não sabiam o que lhe haviam de fazer e arranjam uma boa, uma boa oportunidade de saída. Claro que, para o utente, foi bom (...) e para a parte social também”*. Ainda dentro desta perspectiva social, o mesmo informante destaca que, também para as famílias esta nova abordagem foi preponderante.

Em complementaridade, a Directora Técnica da UCCI 3 sustenta que o papel da rede assenta também numa nova *“forma de evitar a institucionalização”*. Por acréscimo, defendeu-se também que *“no nosso país, os lares estão muito sobrecarregados, e estamos a falar nós, nós também temos lares também temos essa experiência. (...) E o que estas unidades vêm fazer, quer a nível social quer a nível de saúde, vem reabilitar muito a população (...)”*. Fica desta forma saliente que, para além de se beneficiarem caracteres individuais, em termos gerais a população ficou beneficiada.

Também Costa *et al.* (2007) se pronunciaram acerca da institucionalização, particularmente nos idosos, referindo que as redes do tipo da RNCCI contribuem com mais meios e métodos passíveis de facilitar o funcionamento em redes inter-organizacionais, procurando prestar serviços quer à população em geral, quer à faixa etária mais avançada especificamente.

Outro vector importante associado à emergência desta nova rede e que foi assinalado, quer pelos representantes da UCCI 2, quer pelos da UCCI 3, está patente na maior humanização do sector da saúde e apoio. Assim, também o Director Clínico da UCCI 3 atesta que *“há mais humanização. Nós vemos aqui como um todo, de uma forma global e juntamente com a família. As pessoas são tratadas de maneira diferente do Hospital”*. Também os representantes da UCCI 2 partilharam da mesma opinião e, pela voz da Directora Técnica, ficou patente a ideia de que a *“integração do terceiro sector aqui, vem um bocadinho humanizar, trazer mais alguma humanização em termos sociais. (...) um dos benefícios foi, sem dúvida, (...) um acréscimo da humanização”*.

Neste contexto, enaltece-se que este sentimento transmitido pelos informantes é compatível com um dos valores preceituados para a RNCCI e que incide na *“prestação*



individualizada e humanizada de cuidados” (MS, 2009: s/ pag). Aparentemente, e analisando o contributo dos participantes, este valor está presente e é sentido pelos intervenientes na prestação de cuidados continuados.

Paralelamente à humanização, outro dos vectores de utilidade observados pelos participantes neste estudo na rede de cuidados continuados, e que referem ser um factor positivo que os destaca e diferencia de outro tipo de assistência, particularmente a assistência Hospitalar, insurge-se sobre a abordagem global e holística que justificam estar presente. Numa primeira perspectiva é transmitido, *“nós não reabilitamos o doente só porque ele partiu a perna e não sei mais o quê. Reabilita-se o doente a todos os níveis!”* (Coordenador, UCCI 3). Aqui, defendem-se os cuidados completos e globais aplicados ao próprio utente. Mas, segundo a Directora Técnica da UCCI 3, os cuidados prestados nas unidades de cuidados continuados vão ainda além disso, e sublinha *“não basta o utente, é preciso realmente que depois toda a envolvência esteja preparada também para o receber”*.

Complementando o transmitido anteriormente, é reforçado que para o resultado ser efectivo, *“o trabalho que nós temos aqui tem que ser continuado. E continuado em casa, senão vai-se perdendo aos poucos”* (Director Clínico, UCCI 3).

A rede, na perspectiva da sua utilidade, também é elogiada pela permissão de uma maior amplitude de resposta. Assim, *“com o surgimento da rede, consegue-se dar outro tipo de resposta para essas situações, não só a nível de internamento, como de cuidados domiciliários”* (Coordenador, UCCI 1).

De acordo com o mesmo espectro, a Directora Técnica da UCCI 2 quando questionada acerca da competitividade impressa pela rede de cuidados continuados, esta destaca que a maior diversidade de respostas, no seu ponto de vista, assenta na *“complementaridade! Não vejo aqui a competitividade como algo negativo, vejo no sentido positivo”*.

Colocando em evidência o que foi afirmado anteriormente, a Directora Técnica da UCCI 3 salienta:

“As pessoas ao entrarem aqui 30 dias para se reabilitar saem daqui com maior autonomia, saem daqui capacitadas para grande parte das actividades de vida diárias o que não acontecia se saíssem automaticamente após alta, regressassem



ao domicílio, e não conseguiriam desempenhar as funções que conseguem após os 30 dias aqui”.

Outra característica da rede também evidenciada pelos informantes refere-se à informação prévia de suporte aquando da preparação da entrada de um utente. Neste ponto, o Coordenador da UCCI 1 realça: *“quando nos enviam para cá um utente, nós sabemos como ele vem, as razões por que vêm, os motivos porque vem”*. Em consonância, e destacando a metodologia de trabalho inter-organizacional, é referido que *“o trabalho em rede permite que quando o doente aqui chegue nós já tenhamos todo o conhecimento sobre ele e não vamos falar com ele sem saber o que se passa”* (Directora Técnica, UCCI 3).

Neste ponto, relembra-se o contributo de Seufert *et al.* (2003), que sublinha que a cooperação em rede estimula o desenvolvimento de processos de inovação interactivos, fomenta as condições para juntar esforços entre empresas e instituições, criar e partilhar conhecimento e, concludentemente, inovar os mecanismos de aprendizagem inerentes à cimentação da capacidade de inovação das organizações.

Em termos de acesso aos cuidados, é transmitido que *“seja pobre, seja rico, não é olhada a pessoa”* (Coordenador, UCCI 3). Ainda caracterizando a rede, o Director Clínico da UCCI 3 sublinha que *“todas as pessoas têm direito à reabilitação e serem internados nestas unidades”*.

Para além das várias mais-valias acima enunciadas acerca do funcionamento inter-organizacional da rede de cuidados continuados, de notar que nas entrevistas efectuadas apenas foi levantado um malefício que estaria potencialmente ligado ao funcionamento da rede. Posto isto, o Director Clínico da UCCI 2 comenta, *“malefícios... Só se for o Orçamento Geral do Estado. É mais uma vertente de saúde. E que não é isenta de despesa. Isso custa dinheiro”*. Para além disso, em tom crítico completa afirmando, *“o Estado, o próprio Estado defende-se (...), eles deram uma verba e com essa verba não querem mais despesas. Não nos deixam utilizar... temos que pagar a medicação, para qualquer exame complementar, temos que pagar”*. Critica assim, neste ponto, a não flexibilidade em termos de financiamento de acordo com as necessidades do utente.

Ainda indo ao encontro desta ideia, a Directora Técnica da UCCI 2 sustenta que na instituição que representa e que também contempla outras valências, em termos



individuais, a adesão à rede de cuidados continuados não é economicamente rentável. *“É assim, se estivesse aqui um colega meu da contabilidade ele dizia já que... que não. Porque de facto, em termos financeiros, em termos financeiros e presentemente, por exemplo aqui a nossa unidade não é rentável”* (Directora Técnica, UCCI 2).

Quanto ao prisma orçamental, salienta-se que na pesquisa efectuada não se encontraram dados relativamente à rentabilidade e eficiência ao nível das instituições prestadoras em termos individuais. No entanto, teóricos defendem que o funcionamento inter-organizacional em rede traz vários benefícios a vários níveis, nomeadamente no que se refere à redução de custos ou o aumento da satisfação de cliente relativamente ao serviço prestado, entre muitos outros (Loong e Keng-Boon, 2008). Para além disso, MS (2009) e Guerreiro (2009), sublinham que a introdução da RNCCI enriquece o SNS com os seguintes benefícios: Diminuição dos Custos; Maior Eficiência.

De acordo com o proferido anteriormente, do ponto de vista orçamental, tanto são questionáveis as afirmações do Director Clínico da UCCI 2, como se levanta a necessidade de novos estudos que possa confirmar ou negar a posição defendida pelo SNS. Para além disso, é importante que surjam dados específicos que espelhem a rentabilidade financeira do sector social e de saúde em Portugal comparando as realidades antes e depois da introdução dos CCI.

O somatório de todas estas premissas relativas ao funcionamento da rede de cuidados continuados parece terminar num resultado bastante positivo. De acordo com a Directora Técnica da UCCI 2, a rede *“veio trazer qualidade. (...) Não tenho dúvida que para o utente, para o doente, os cuidados continuados foram benéficos”*.

Desenvolvimento do Funcionamento Inter-organizacional desde a Formação até ao Ponto Actual

As origens da RNCCI são ainda muito recentes e, por essa razão, outra unidade de análise que eclodiu da informação transmitida pelos intervenientes incidu no aparecimento e desenvolvimento recente da rede.

Neste ponto, as respostas apresentadas pelos representantes das diferentes instituições foram assimétricas. Assim, as UCCI 1 e 2 colocam-se num patamar de desenvolvimento intermédio e ainda em maturação, enquanto na UCCI 3 já se posicionaram no topo do desenvolvimento.



Começando pela primeira abordagem, o Coordenador da UCCI 1 enaltece que *“obviamente, isto no início, as coisas não podem correr todas às mil maravilhas. Isto é um processo contínuo de aprendizagem e melhoramento das coisas”*.

Neste sentido, o desenvolvimento da rede e das unidades 1 e 2 são metaforizados como um percurso, que ainda se encontra incompleto. Destaque-se a seguinte citação que isso mesmo clarifica:

“É um percurso que se tem construído! (...) Já passamos por alguns problemas que tivemos que resolver e mais surgirão, mas temos de arranjar forma de solucionar os problemas que vão surgindo. (...) Todos os dias aprendemos, todos os dias achamos que poderíamos ter feito de outra maneira, que poderíamos ter feito melhor. Isto é um percurso.”

(Directora Técnica, UCCI 1)

Depois de constatados os primeiros testemunhos acerca da evolução recente da rede, destaca-se que, como foi defendido pelos informantes, também Rocha (2009) alerta para a dependência do percurso de desenvolvimento na ampliação das competências e relacionamentos.

Neste contexto, como já foi reportado na unidade de análise relativa à definição da rede de cuidados continuados, a Directora Técnica da UCCI 2 considera que o período de experiência piloto se deveria ter prolongado até ao momento. Acrescenta ainda, *“por isso é que eu digo que nestes períodos de adaptação, de esclarecimentos, de saber como é que é, como é que... eu acho que valia a pena estar mais numa experiência piloto porque ninguém poderia acusar, ninguém poderia apontar falhas”*.

No entanto, a mesma informante aponta, *“falhas são normais (...)! Não se pretende um sistema sem falhas porque acho que isso não existe. Mas algumas falhas que são apontadas diariamente, numa experiência piloto seriam justificadas”*, e simultaneamente austera que *“hoje, na rede, há falhas que não são justificadas. Não poderão ser justificadas”*. Fica portanto saliente a imaturidade e necessidade de desenvolvimento no discurso dos intervenientes das UCCI 1 e 2.



Opostamente, como já foi afirmado, os representantes da UCCI 3 apresentam uma postura descontextualizada da anterior. A seguinte citação expressa claramente esse sentimento, “*a experiência está ganha, o trabalho está feito, o nome está feito, a qualidade está cá. Estamos nesta fase de cimentação*” (Coordenador, UCCI 3), ou na expressão “*e dar mais qualidade possível ao nosso trabalho. Continuar com a qualidade lá em cima, que é o que a gente pretende*” (Director Clínico, UCCI 3).

Os três representantes da UCCI 3 corroboram de opinião e, quanto à cimentação da qualidade do serviço prestado, a Directora Técnica atesta, “*todos os dias trabalhamos nesse sentido!*”.

Relativamente a esta temática, e clarificando a opinião dos informantes, também Pesämaa (2006) sublinha que o desenvolvimento definicional de uma rede inter-organizacional se desenha em duas fases complementares: Expansão; Estabilidade e Maturidade. Neste contexto, destaca-se que, de acordo com as informações proferidas, os representantes das UCCI 1 e 2 se localizam na primeira fase, enquanto os representantes da UCCI 3 se auto-posicionam na segunda.

Expectativas Relativamente aos Futuros Progressos

As expectativas futuras relativamente à evolução do funcionamento inter-organizacional da RNCCI e das unidades representadas pelos informantes era uma das questões de investigação elaboradas e, cumulativamente, foi uma das unidades de análise que transpiraram dos discursos resultantes das entrevistas.

Assim, a primeira expectativa que se assinala, e abordada pela Directora Técnica da UCCI 2, corresponde a “*um alargamento da cobertura a nível nacional*”. Também a Directora Técnica da UCCI 1 aborda este tema salientando que espera, a curto prazo, uma cobertura total a nível nacional. Destaca-se o défice de cobertura será um assunto que figurará, mais à frente, uma das problemáticas que marcam um dos alvos da preocupação dos informantes. Por acréscimo ao alargamento da cobertura, os informantes esperam que a amplitude das respostas da rede seja também amplificada, tornando-se mais abrangente. Neste âmbito, o Coordenador da UCCI 2 alerta para certas situações que precisavam “*de outro tipo de suporte que ainda não existe na rede!*”.

O Director Clínico da UCCI 1 espera que, num futuro próximo, desvaneçam os obstáculos que, neste momento, impedem um melhor funcionamento da rede, afirmando como fundamental



“quebrar estas barreiras que se impõem” e nesse trajecto refere que se devem ir “resolvendo alguns problemas pelo menos os mais prementes”.

Outro tema sublinhado, e que também será desdobrado nas problemáticas que assombram o funcionamento actual da rede de cuidados continuados, relaciona-se com o aspecto da formação dos profissionais. O Coordenador da UCCI 1 espera que futuramente, *“a nível nacional, não caiam no erro de abrir unidades sem dar formação às pessoas”*. Este refere que nesta primeira fase certos problemas resultantes da falta de formação e preparação se têm resolvido graças à boa vontade e esforço dos intervenientes na unidade que representa. Alerta, no entanto, para o perigo de isso não acontecer, salientando a facto de existirem unidades pares que não fizeram o mesmo esforço.

Este acrescenta ainda que *“é importante dar formação e dar os meios às pessoas, meios formativos, para as pessoas poderem arrancar (...). Isto é um processo contínuo de aprendizagem e melhoramento.”*

Ainda o Coordenador da UCCI 1 refere esperar melhorias significativas na comunicação entre os elos da rede justificando que, em certas situações, esta não é muito fácil. Também aqui sublinha a importância da *“preparação e acompanhamento dos profissionais que constituem esta rede”*.

Os representantes da UCCI 2 apresentam uma esperança futura coincidente que assenta na melhoria do espaço físico e condições arquitectónicas da sua unidade. E justificam afirmando, *“outras estão a funcionar, como é o nosso caso, em unidades, em edifícios adaptados”*, acrescentando que *“para uma melhor qualidade, para o melhor para o utente, a rede, quem fiscaliza, quem orienta e quem autoriza deviam ter atenção, fazer uma avaliação, fazer um estudo a estas unidades e dar preferência e apoiar na construção de edifícios de raiz”* (Directora Técnica, UCCI 2).

Em concordância, o Coordenador da UCCI 2 destaca que *“o desejo é então, que aumentem a unidade para que possamos trabalhar...”*, defendido também pelo Director Clínico da mesma UCCI que, por sua vez, indica a presença de *“instalações próprias (...) porque há aí muitas falhas! Porque isto foi feito para lar e não para cuidados continuados”*.

Para além de expectarem melhores condições arquitectónicas para a amplificação da qualidade do serviço prestado, continuando a sua linha de pensamento, os informantes representativos da UCCI 2 focam também os constrangimentos orçamentais sentidos, esperando, também aqui, desenvolvimentos. A Directora Técnica refere *“que nos dêem mais verbas!”*.



Outro assunto levantado relacionado com as expectativas de futuro assentes no desenvolvimento da RNCCI foi proferido pela Directora Técnica da UCCI 1 que releva a importância de se investir na avaliação e que, com o aumento da cobertura, estas devem ser mais rigorosas. A informante explica que, a partir de certo ponto, *“essas auditorias já poderão ter outro objectivo. Será de penalizar. Eles até dizem que poderá haver saída da rede para quem não cumprir”*. Agregada a esta ideia, a informante desperta para um dos problemas indirectos e resultantes da pouca oferta e que implica que qualquer unidade, mesmo que a qualidade do serviço prestado seja baixa, possa continuar e mesmo ser *“incentivada”* a operar.

Sem referenciar este assunto, mas preocupados com o mesmo *“pano de fundo”*, a qualidade do serviço prestado pelas UCCI, os participantes da UCCI 3 desejam, *“dar o mais qualidade possível ao nosso trabalho. Continuar com a qualidade lá em cima”* (Director Clínico, UCCI 3). Este acrescenta ainda que espera *“a continuação da prestação de cuidados o melhor possível, o trabalho em equipa, e cuidar e tratar o doente e recuperá-lo. São os principais objectivos”*.

Terminando a abordagem desta unidade de análise, salienta-se a expectativa do Coordenador da UCCI 1 que sustenta, *“ainda temos a esperança que um dia será possível e que consigamos comunicar facilmente e que tenhamos todos os meios e recursos para o conseguir fazer”*.

5.3.3. Comunicação, Cooperação e Coordenação na Rede

A comunicação, cooperação e coordenação, como seria antecipável, incorporaram outra das unidades de análise transcendentais do conteúdo pragmático expirado das três entrevistas.

Posto isto, e numa primeira abordagem, o Coordenador da UCCI 1 caracteriza o contacto entre os diferentes elementos da rede afirmando que *“o contacto, da nossa experiência aqui, a nível de comunicação entre as diferentes organizações não tem sido muito difícil. (...) Existe uma boa relação e existe actualmente uma facilidade de comunicação entre todos”*.

No entanto, logo à partida, o mesmo interveniente levanta o véu para algumas ligações possivelmente disfuncionais destacando que, nalgumas situações, *“(...) a tal comunicação que, para algumas dessas entidades, ainda não nos é muito fácil de fazer”*.



Em contrapartida, como já foi assinalado, a *Canadian Health Services Research Foundation* define as redes inter-organizacionais como mecanismos efectivos de transferência e troca de conhecimentos (Banff, 2007). Esta posição não parece conciliar-se com o referido pelo teórico.

Todavia, afere-se que estes obstáculos ao funcionamento inter-organizacional parecem ir-se dissipando ao longo do tempo e da evolução das organizações, pelo que, “*vai sendo cada vez mais fácil. Mas, muitas das coisas continuam a ser feitas por carolice das pessoas que trabalham nos diversos sítios*” (Coordenador, UCCI 1).

Um exemplo dessas ligações inter-organizacionais “imprevistas”, as quais foram evidenciadas por todas as unidades, foi dado pela Directora Técnica da UCCI 3 que explicando o procedimento na admissão, evidenciou que “*já houve um contacto, a enfermeira responsável do Hospital já ligou para a enfermeira daqui e já passou a informação*”. Este tipo de ligações serão exploradas mais à frente.

Meios de Contacto, Cooperação e Coordenação - A Plataforma Informática -

Esta nova unidade de análise levantada insere-se na anterior sendo que esta subdivisão consiste em explanar e desdobrar os meios pelos quais a comunicação, cooperação e coordenação em rede é operacionalizada.

Salienta-se que nas três unidades, questionando-se os meios primordiais de intercomunicação organizacional, os três meios primordiais proferidos são o correio electrónico, telefone e fax. Concordantemente, o Coordenador da UCCI 1 afirma “*email, telefone e fax*”, assim como o Director Clínico da UCCI 3 afere “*contacto telefónico, muitas vezes telefónico. É via fax, email*”.

No entanto, a grande ênfase desta unidade de análise é colocada, pelos informantes, na plataforma informática que parece assumir-se como uma das grandes bandeiras, uma das inovações da recentemente criada RNCCI.

De facto, a funcionalidade da plataforma foi um dos assuntos mais comentados durante a recolha de dados, já que foram destacados aspectos positivos e negativos.

Antes de tudo assinala-se que, com maior ou menor grau de satisfação, com maior ou menor entusiasmo em afirmá-lo, todos classificam a plataforma da mesma forma, “*foi*



uma boa invenção” (Coordenador, UCCI 1). Contudo, assim como já foi acima assinalado quanto ao desenvolvimento da rede e das unidades em que se inserem, também na caracterização funcional da plataforma existe heterogeneidade na visão oferecida. Enquanto nas UCCI 1 e 2, retratando certas (des)funcionalidades da plataforma, são evidenciados sentimentos de frustração verbalizados como, *“mas não funciona em rede!”* (Directora Técnica, UCCI 2) ou *“da maneira como está é impossível trocar informações através dela”* (Coordenador, UCCI 2), na UCCI 3 a ideia transmitida é bem diferente, emergindo na classificação da plataforma o sentimento de satisfação plena pois, parafraseando o seu coordenador, parece ali unânime a expressão, *“o nosso grau de satisfação é total. Neste momento!”*.

Quanto ao seu funcionamento realçam-se que as seguintes afirmações que explicitam as principais peculiaridades relativas ao seu funcionamento. Em primeiro lugar, o Coordenador da UCCI 1 aclara que *“na plataforma, nós temos acesso a todos os... ao historial clínico, social, de enfermagem, a todas essas avaliações que estão na plataforma, antes do doente entrar. Pelo menos, no mínimo dos mínimos, um dia antes, vinte e quatro horas antes temos acesso a todos esses dados”*. Posto isto, a plataforma é vista como um mecanismo de trabalho transversal a todas as actividades técnicas ligadas ao funcionamento da unidade. A acessibilidade prévia aos dados do utente antes da sua admissão é também evidenciada. A Directora Técnica da UCCI 1 justifica que *“a primeira informação do doente vem na plataforma”*, tendo ficado claro que todos consideravam que esta era uma das mais-valias da plataforma e que *“sem essa plataforma, se o doente chegasse aqui no próprio dia, ficávamos, um bocado, de mãos atadas sem saber do assunto”* (Coordenador, UCCI 3).

Neste ponto, concomitantemente às primeiras impressões dos participantes, Orman (2008) salienta a emancipação de uma nova geração de intermediários tecnológicos que acompanham a emergência do funcionamento organizacional em rede, no qual se pode enquadrar a recente RNCCI.

Este conceito foi também abordado por Banff (2007) que austera que a tecnologia pode ser utilizada para fomentar a conexão social, mas nunca assumindo uma posição de substituição, alertando para o possibilidade disso acontecer.

Por acumulação, assim como a plataforma se demonstra preponderante na admissão, também aquando da alta para outra estrutura da rede esta parece assumir-se como um



veículo privilegiado para a informação, pois “*o historial do doente vai-se prolongar enquanto ele estiver na rede*” (Coordenador, UCCI 3).

Quanto ao seu funcionamento quotidiano, a Directora Técnica da UCCI 3 explica:

“Portanto, nós inserimos ali toda a informação sobre o utente. O utente entra, nas próximas 48 horas nós colocamos uma avaliação, enfermagem, clínica, social, fisioterapia, portanto, todas as áreas colocam informação na avaliação inicial. Aos 15 dias fazemos uma nova avaliação que é colocada também na plataforma e no final, antes do doente sair, volta a entrar uma nova avaliação.”

Esta sublinha ainda que:

“Por exemplo, em casos em que é colocado um doente em transferência para outra unidade de outra tipologia, também é através da plataforma que o fazemos, colocamos toda a informação, todas as avaliações, quais os critérios porque nós propomos essa transferência (...). Portanto escusamos de andar com papéis para trás e para a frente, com fax, com email. Colocamos as informações ali (...). Têm acesso a todas as informações. É quase como um processo clínico”.

Fica assim demarcado o papel interveniente que esta plataforma incorpora no cerne das ligações inter-organizacionais entre as estruturas da rede. De facto, e sintetizando o acima evidenciado, “*quanto às vantagens da plataforma, é que temos um acesso rápido às descrições de estados clínicos, sociais e todas as outras áreas, não só fisioterapia, psicologia...*” (Coordenador, UCCI 1).

Outra vantagem apontada à plataforma informática diz respeito à segurança e identificação inequívoca dos dados colocados. Consistentemente, a Directora Técnica da UCCI 3 explica, “*está ali colocado, foi assumido, não é só um telefonema, aconteceu isto, assim e assim, ou está desta forma, e acabou. Não! Temos um registo, assinado por quem fez que se responsabiliza por aquilo que disse. Portanto, isso é uma grande vantagem*”.



Apesar de tudo, como já foi anteriormente destacado, também foram levantadas várias funcionalidades contraproducentes associadas ao funcionamento da plataforma que, como também já foi assinalado, foram somente proferidas pelos representantes das UCCI 1 e 2.

Um desses aspectos é relativo à referenciação. Neste ponto, o Coordenador da UCCI 2 afere que está presente uma *“falha de comunicação, em relação à plataforma realmente, é a tal questão da referenciação mal feita, ou feita e estar desactualizada depois quando o utente vem (...)”*.

Ainda relativamente à informação constante na plataforma, esta é classificada como redutora quando se afirma, *“perdeu-se a informação do doente na plataforma. Porque quando os processos vinham do Hospital, vinham em papel, portanto, o relatório vinha todo (...) vinha um processo completo (...). Agora numa plataforma não, portanto, é redutora, é por frases chave e...”* (Directora Técnica, UCCI 2).

Outra das premissas que poderá estar associada ao funcionamento da plataforma poderá estar ligada à formação específica que esta exige aos profissionais que com ela trabalham. Este será um assunto novamente explorado, mais à frente, nas problemáticas. Mas, neste ponto, o Coordenador da UCCI 1 alega que *“dessa plataforma surge novamente o problema da falta de formação, e da falta de uniformização de quem coordena a rede nacional de cuidados continuados e de quem fabrica essa plataforma”*. É também levantado o problema da falta de uniformização. Neste âmbito, o mesmo interveniente afirma que *“o preenchimento dessas coisas na plataforma, a periodicidade, os campos que preenchemos, essas coisas todas... foi por carolice de cada um”*. E completa afirmando que *“cada um uniformizou para esta unidade. Não há um critério”*.

O Coordenador da UCCI 1 classifica como um dos exemplos dessa não uniformidade o facto de que *“outras unidades não trabalham dessa maneira. Há unidades que ainda nem sequer trabalham com a plataforma. (...) Há algumas que não fazem registos na plataforma, acesso têm.”*

Para além do que já foi transcrito nos pontos anteriores, de realçar que um dos pontos mais passível de crítica associado ao funcionamento da plataforma verteu dos campos e critérios a preencher. A posição seguinte é bem esclarecedora desse sentimento:



“A nível clínico (...) acho que muitas vezes os diagnósticos são muito redutores e desadequados (...). A nível de enfermagem os diagnósticos também são altamente redutores, e as actividades então! (...) Depois a nível de cada parâmetro, avaliação de sinais vitais, feridas, escalas, a quantidade enorme de itens que tem para fazer referenciação... Pronto, isso tudo dificulta...”

(Coordenador, UCCI 2)

Esta posição é partilhada pelo coordenador da UCCI 1 que refere, *“a nível de plataforma existem vários itens que são úteis para preencher a primeira vez e depois já não o são. Existem campos que nem sequer são preenchidos e que até hoje ninguém percebeu muito bem para que é que eles servem”*. Também o Director Clínico da UCCI 1 partilha da mesma opinião, *“a codificação das doenças que está na plataforma também deixa um bocadinho a desejar. Nos diagnósticos médicos também falha ali muita coisa. Umas não estão bem explícitas, outras não estão lá”*.

Ainda relativamente ao preenchimento da plataforma, a Directora Técnica da UCCI 2 salienta que *“(...) a folha que está na parte social (...) não dá resposta em termos gerais”*, o que também é experienciado pela sua congénere, a Directora Técnica da UCCI 1 que reflecte que, quanto à parte do apoio social, *“há outros que se preenchem mas ainda não se percebem bem porque é que se preenchem, (...) ainda não entendi qual é o objectivo”*.

Outras disfuncionalidades são apresentadas e, neste sentido, a Directora Técnica da UCCI 2 desabafa que *“às vezes aparece lá o nome, outras vezes não aparece o nome, depois outras vezes aparece cá em baixo o nome!”*.

Outra das desvantagens apontadas ao trabalho com a plataforma contempla o tempo que se exige para o seu preenchimento. Neste contexto, afere-se, *“é obrigatório preencher a nota de alta na plataforma. É assim, o tempo já é escasso, não vamos duplicar o... eu não vou perder tempo a referenciar tudo numa plataforma e depois não vou perder mais tempo a fazer um processo como se fosse antigamente. Sai apenas uma nota de alta”* (Directora Técnica, UCCI 2).

Mesmo assim, e depois de todos estes pontos terem sido assinalados, para que não fique erradamente presente a sensação de que a apreciação foi pesadamente negativa, realça-se a expressão do Coordenador da UCCI 2, a mais crítica relativamente ao



funcionamento da plataforma que, mesmo assim sustenta, *“realmente, a plataforma é o ideal para o funcionamento em rede e é isso que permite a troca de informações...”*

5.3.4. Funcionamento Inter-organizacional da Rede

A rede de cuidados continuados, enquanto rede inter-organizacional, implica um conjunto de fenómenos ligados ao seu funcionamento que também não foram descuidados pelos informantes e que originaram mais esta unidade de análise.

De facto, numa primeira análise, os informantes retrataram que *“obviamente ainda existem vários problemas a esse nível”* (Coordenador, UCCI 1) e que o funcionamento inter-organizacional da rede *“(...) ainda estará a precisar de alguns ajustes”* (Directora Técnica, UCCI 1).

Posto isto, subtraem-se das ilações dos representantes das UCCI que a interligação entre os elementos da rede ainda está imatura. Desta forma, na classificação desse mecanismo, destacam a presença de *“(...) falhas. Não está a funcionar como uma rede inter-organizacional”* (Directora Técnica, UCCI 2).

Neste contexto, o Coordenador da UCCI 2 reporta o seguinte, *“mesmo aqui a nível da região não se consegue estabelecer, de facto, um contacto efectivo de rede, mesmo entre as unidades que existem, que são poucas, mas não se nota, de facto, essa rede...”*

Factores Facilitadores do Funcionamento Inter-organizacional

Através da análise da informação que sobressaiu nas entrevistas realizadas foi possível levantar outra unidade de significância que, espelhando os sentimentos e opiniões dos participantes, assentou na enumeração e explicação dos factores facilitadores para o funcionamento inter-organizacional em rede, quer em termos globais, quer através de exemplos específicos focados no funcionamento da rede na qual participam activamente, a RNCCI.

Neste seguimento, o Coordenador da UCCI 1 define como imperativo para o bom funcionamento da rede a *“ligação entre diversos sectores”*. Este clarifica que, para um funcionamento saudável da rede, é imprescindível existir conectividade entre os diversos sectores salientando ainda que esses elos de ligação devem ser providos de *“duplo sentido”*.



Provan *et al.* (2007), paralelamente à opinião do informante, corroboram na premência da ligação entre os sectores e no importante impacto que a qualidade de interacção entre as organizações tem no funcionamento da rede inter-organizacional. Posto isto, os autores destacam a interacção social, relacionamento, conectividade, colaboração, acção colectiva, confiança e cooperação como os principais pontos a ter em consideração na abordagem às ligações inter-organizacionais.

Também Kong (2007) aborda no seu estudo a preponderância da ligação entre as organizações da rede, reforçando que as redes inter-organizacionais incorporam um sistema complexo e interligado composto por um conjunto de elos que permitem o seu interfuncionamento. Para além disso, Kong (2007) destaca que essas redes combinam vários elementos como estruturas, processos e propostas e de facto, para além dessas ligações que constituem processos da rede, existem vários outros factores que se esperam comuns entre os membros da rede.

Posteriormente, realça-se o testemunho da Directora Técnica da UCCI 3 que eleva o papel fundamental que o fluxo da informação deve assumir nas redes entre organizações. Esta assume que o trabalho inter-organizacional deve procurar “*não perder informação*” e, para além disso, salienta que, regra geral, “*o trabalho em rede permite que a informação chegue mais rapidamente*”. Aliada a esta posição, a mesma informante comenta uma realidade associada à unidade que representa e austera que através da metodologia de trabalho inter-organizacional “*quando o doente aqui chegue, nós já tenhamos todo o conhecimento sobre ele e não vamos falar com ele sem saber o que se passa*”.

Como seria antecipável, no concernente à abordagem ao tema do fluxo de informação em cuidados continuados, a plataforma informática é um conceito de abordagem invariável. De facto, e anexada ao último testemunho apresentado, a Directora Técnica da UCCI 1 enaltece que “*a primeira informação do doente vem na plataforma!*”.

Segundo os participantes e relativamente ao fluxo de informação, as vantagens cimentadas nas novas tecnologias de informação, representadas pela plataforma informática no CCI, é imensurável. Assim é referido que esta permite um “*acesso rápido às descrições de estados clínicos*”, para além de uma grande panóplia de outros dados relacionados com o utente (Coordenador, UCCI 1).

Quanto a este assunto fica assente que “*a plataforma é o ideal para o funcionamento em rede e é isso que permite a troca de informações...*” (Coordenador, UCCI 2).



Neste ponto, Orman (2008) e Banff (2007) demarcam o mercado electrónico como a ferramenta que, na actualidade, pode fazer a diferença no circuito da informação das organizações. Banff (2007) alerta para a imperiosidade da tecnologia ser utilizada para fomentar a conexão social e não o contrário.

Associado ao tema informação está implícito o tópico, comunicação. Quanto a este tema, emerge do discurso dos informantes uma preocupação evidente na qualidade da comunicação. Para além disso, é mais uma vez descrito como essencial o sentido duplo na sua implementação, ou seja, é demarcada a importância do *feedback*, da resposta à comunicação. Neste ponto o Coordenador da UCCI 1 destaca a importância do “*duplo sentido de comunicação*” caracterizando-o como imprescindível para que se verifique igualmente um “*duplo sentido na relação inter-organizacional*”.

Neste seguimento, o Coordenador da UCCI 2 desperta para a importância da existência de órgãos que procedam à gestão dessa informação alegando que, no caso dos CCI, essa gestão é operacionalizada pela ECL que “*distribui, direcciona, digamos assim, a informação*”. Posto isto, relembra-se Guerreiro (2009: 61) pois, também esta, fomenta o papel gestor que, no caso da RNCCI, é assumido pelas ECL, e acrescenta que “*o alicerce fundamental é a articulação entre todos os intervenientes no processo*”. Em articulação, a UMCCI (2007, s/ p.) clarifica que as ECL “*asseguram (...) a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência*”.

Por sua vez, outro aspecto abordado como preponderante para a estabilidade, equilíbrio e qualidade do funcionamento inter-organizacional em rede é o espírito de equipa a nível organizacional. Neste enquadramento a Directora Técnica da UCCI 2 remete para a ideia de que “*trabalhar em equipa (...) só poderá trazer benefícios*” ao funcionamento da rede.

Quanto a esta temática Dedekorkut (2004) define que nas determinantes de sucesso se incluem factores relacionados com as características dos participantes no processo de colaboração e, de igual forma, os factores de processo relacionados com a operacionalização da cooperação e dos recursos disponíveis. Em concordância com o investigador anterior, Chebbi *et al.* (2005) focam a preponderância que assumem as políticas de cooperação no campo da definição, controlo e reforço das interacções entre parceiros organizacionais. Os investigadores evidenciados destacam que as políticas de cooperação, fluxos de informação, para além dos níveis de inter-visibilidade são



fundamentais para fomentar a o espírito de cooperação e equipa entre as organizações da rede.

Organigrama - Circuitos e Ligações entre os Elos da Rede

Neste sub-desenvolvimento da unidade de análise acima identificada pretende-se enaltecer e explicar, através das participações dos informantes, as ligações presentes no funcionamento das unidades de prestação de cuidados continuados que representam.

Um dos aspectos que mais intensivamente marca a natureza dessas ligações prende-se com a proveniência dos utentes assistidos. Nesta linha de pensamento, o Director Clínico da UCCI 3 destaca que *“a grande maioria, eu diria 95 ou 98 por cento dos utentes vêm do Hospital”*.

Perante este facto, um dos elos que inevitavelmente pautará o contacto inter-organizacional das unidades prestadoras de cuidados é a ligação com as EGA. Assim, contextualiza-se a afirmação do Coordenador da UCCI 3 que afere, *“com a EGA algum contacto, algum contacto com a EGA porque os doentes vêm do Hospital é transmitido... antes dos doentes entrarem aqui, já é transmitida alguma informação à parte de enfermagem, à parte clínica, sob o estado de... Apesar de vir a referência, de vir isso tudo, mas é-nos transmitido pessoalmente”*.

Esta patente, no funcionamento em rede, um comportamento organizacional do tipo hierárquico. Neste tópico, a Directora Técnica da UCCI 2 explica essa hierarquização, deixando bem claro que percebe a organização funcional da rede demonstrando conhecimento quanto aos principais elos ligados ao funcionamento da sua unidade específica. Neste ponto, esta afirma:

“Sim. Nós trabalhamos hierarquicamente temos... começando pela ECR, é a ECR de Coimbra, a ECR Centro. Depois temos a nossa ECL, da Covilhã, que por sua vez trabalha com EGA, a EGA do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Amato-Lusitano. Pronto, são estes os Hospitais de referência com que trabalhamos. E depois fora os da ECCI, portanto, Covilhã, Fundão, também já tem não é, Idanha, Sertã e (...) Proença”.



Complementarmente ao que foi já explanado, o Coordenador da UCCI 1 explica quais as duas proveniências possíveis para o acesso de utentes à RNCCI, às ECCI e às EGA. Assim este começa por intervir, relatando:

“(...) quando recebemos utentes, eles têm de passar por uma triagem, triagem essa que é feita ou por ECCI, que são as equipas de cuidados continuados integrados que normalmente são as que trabalham na área dos cuidados de saúde primários, Centros de Saúde (...). As EGA, equipas de gestão de altas, que são as que estão no Hospital. Esses é que fazem a referenciação dos utentes para o internamento.”

Outro factor preponderante que ficou patente em cada uma das três entrevistas foi o papel intermediário que representa a ECL. Os informantes deixaram bem saliente que, apesar de existirem alguns contactos esporádicos extra-ECL, quando a Unidade necessita de algum esclarecimento, algum tipo de informação ou ajuda, a entidade accionada deve ser sempre a ECL. O Coordenador da UCCI 1 explicou este comportamento organizacional com o seguinte exemplo:

“O doente entrou, tinha todos os critérios de admissão, passados dois dias agudizou a situação e teve de ser enviado ao Hospital. O Hospital enviou-o para cá, medicou-o e enviou como se fosse uma unidade de agudos... Pronto, foi comunicado à ECL, foi enviado novamente à urgência e, então aí, já foi um representante da EGA que, contactado pela ECL, na urgência para falar com os intervenientes de, o pessoal de saúde, o que é que se passava e que tipo de unidade era esta. Depois tivemos o feedback da EGA para a ECL e da ECL para nós.”

Com este contributo, fica assim bem saliente o comportamento intermediário incutido ao funcionamento da ECL. Como já foi sublinhado, reforça-se que todos os informados demonstraram conhecer e compreender as ligações preconizadas para cada elo da rede dando contributos congruentes e similares.



Referenciação

A referenciação é outra das unidades de análise que imana do funcionamento organizacional da rede. Quanto a este tópico, o Coordenador da UCCI 1 explica que “*para as unidades de internamento, essas ECCI e essas EGA fazem referenciação sem o nosso conhecimento, como é óbvio... Elas (as admissões) só nos aparecem numa plataforma...*”. Este completa o afirmado, alertando para o seguinte: “*são eles que avaliam, as EGA e as ECCI, e se acharem haver necessidade de recorrerem a uma unidade de internamento para esse paciente, esse doente, referenciam-no na plataforma.*”

“A gente não interfere nada nesse campo”. (na referenciação)

(Director Clínico, UCCI 1)

Concordantemente ao acima referido, a referenciação para a RNCCI, como subscreve o MS (2009), pode ser feita através de duas formas, pelas EGA nos Hospitais, e pelas ECCI nos CS.

Papel da ECL (Entidade Coordenadora Local)

O papel preponderante atribuído pelos informantes à ECL ficou já evidente pelo referido anteriormente. Contudo, tornou-se imprescindível criar esta unidade de análise para que se espelhassem as ilações dos participantes acerca do funcionamento da ECL.

“A ECL é que coordena!”

(Director Clínico, UCCI 2)

“A ECL é que é a intermediária. Com a ECL as coisas funcionam!”

(Directora Técnica, UCCI 2)



As afirmações acima enunciadas são elucidativas do que os informantes esperam da acção da ECL. Numa primeira definição caracterizadora, o Coordenador da UCCI 3 afirma que *“a ECL é que é o ponto de ligação com a ECR, equipa coordenadora regional, e tem ligação com a EGA. Nós, instituições prestadoras, temos de ter o contacto básico é com a equipa coordenadora local (ECL)”*.

Pesämaa (2006) defende que a interacção na rede inter-organizacional deve ter por base as seguintes premissas: reciprocidade, confiança, cooperação, comprometimento inter-organizacional e lealdade. A opinião dos participantes parece identificar estes critérios na relação entre as unidades que representam e a ECL da região.

Complementando esta informação, o Coordenador da UCCI 1 entrepõe o seguinte, *“essa seriação de doentes que vão entrar aqui, ser admitidos aqui, é feita pelas entidades coordenadoras locais e regionais (ECL e ECR). No nosso caso, a local é da Sertã e a regional é a de Coimbra. São eles que vão triar e fazer essa seriação”*. Ainda relativamente ao papel da ECL na referenciação, *“é que a EGA, a EGA encaminha para a ECL... Tanto faz ser do Hospital, da EGA como da ECCI, tem de enviar tudo para a ECL. E a ECL é que faz depois o encaminhamento para as unidades. Portanto o nosso contacto é com a ECL. A ECL, se entender, é que vai contactar a EGA ou a ECCI”* (Director Clínico, UCCI 1).

De facto, os informantes mostram compreender o fluxo de referenciação da RNCCI demonstrado por Guerreiro (2009) e evidenciado pela **Figura 7** no enquadramento teórico.

Alertando para as funções da ECL, o Director Clínico da UCCI 1 refere:

“Os utentes que entram para cá também passam pela ECL ou pela ECR. Podem vir referenciados, sei lá, imaginem, da Mealhada. A Mealhada não tem nada a ver aqui com a nossa área de residência e vêm referenciados de lá e foi Coimbra que decidiu pô-lo aqui. Mas mesmo nesse caso nós entramos em contacto com a ECL apesar de não terem sido eles a decidir que determinada vaga era para esse indivíduo”.

Depois desta abordagem, foi deixado a claro que, sempre que se considera necessário, *“a Unidade contacta sempre a ECL e a ECL é que faz a ligação (...)”* (Directora Técnica, UCCI 2). Esta ligação é definida como dupla, caracterizada por resposta e



feedback recíproco, razão pela qual o Coordenador da UCCI 1 se pronuncia afirmando a existência de *“duplo sentido de comunicação, com a nossa entidade coordenadora local (...). Existe esse duplo sentido dessa relação inter-organizacional. Aí existe, sem dúvida nenhuma, um duplo sentido”*.

A ECL assume, desta forma, a posição de gestora de informação relativamente às unidades prestadoras, *“a ECL é que distribui, direcciona, digamos assim, a informação”* (Coordenador, UCCI 2).

Guerreiro (2009: 61) partilha a mesma opinião e revela que *“as ECL na RNCCI têm um papel de ‘gestor’ entre as diferentes unidades, a família e o utente, em que o alicerce fundamental é a articulação entre todos os intervenientes no processo”*.

De facto, fica saliente a unanimidade dos informantes quanto à argumentação preconizada pelo Coordenador da UCCI 1 quando refere *“comunicamos com a ECL quando existe algum tipo de problema, algum tipo de questão que queiramos expor (...) depois a ECL poderá encaminhar-nos para outras entidades (...) mas dá-nos sempre uma solução para o problema”*.

As informações transmitidas pelos informantes compatibilizam com o defendido pela UMCCI (2007, s/ p.) que clarifica que as ECL *“asseguram o acompanhamento e avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência”*.

Culminando esta abordagem temática, realça-se que todos expressaram que *“de uma forma geral a ECL responde a tudo o que nós necessitamos”* (Directora Técnica, UCCI 3).

Contactos Extra-ECL

Esta sub-abordagem à unidade de análise evidenciou-se fundamental, pois verificou-se que, de uma forma geral, ocorrem contactos com outras entidades que não a ECL. Apesar de ao longo das entrevistas os informantes reforçarem que o contacto deve ter sempre a ECL como intermediária, na prática, isso nem sempre acontece.

Neste seguimento, releva-se a participação da Directora Técnica da UCCI 2 que evidencia o fenómeno acima identificado, afirmando *“fazemos um telefonema para lá,*



quando não há resposta, então aí colocamos a ECL... Sim. Também fazemos este misto”.

De acordo com o que já foi afirmado, também o Coordenador da UCCI 1 desnuda o mesmo comportamento, mesmo que em casos esporádicos, *“aqui o contacto faz-se basicamente, quase única e exclusivamente, através da ECL. Existem alguns casos, de doentes que formam mal referenciados, essas coisas em que às vezes entro em contacto directamente com a EGA”.*

Uma das possíveis causas para este comportamento é apontada pela Directora Técnica da UCCI 2 quando esta afirma *“e não pode ser através do computador como está a ser feita agora, através da plataforma. E acho que é aqui que a rede tem que pensar. Tem que criar uma ligação entre ECL e EGA”.*

Neste sentido, destaca-se que não se encontrou base teórica que justificasse o contacto para além do estabelecido hierarquicamente. Contudo, os informantes não se manifestaram se esse comportamento surge para colmatar uma falha de comunicação, se o objectivo é atribuir mais qualidade à relação ou informação complementar, ou se existe qualquer outra razão.

5.3.5. Angústias e Obstáculos ao Funcionamento da Rede

Na conceptualização das unidades de análise que verteram das informações transmitidas pelos representantes das três instituições emancipou-se outro grande aglomerado de informações que se incorporam na unidade temática, Angústias e Obstáculos. Congruentemente, foi criada esta unidade de análise que, por sua vez, dividida por unidade específicas, espelha esses sentimentos, retrata as barreiras responsáveis pelas Angústias e Obstáculos ao funcionamento inter-organizacional da rede.

Problemática da Desculpabilização

Uma dessas problemáticas incide na dificuldade entreposta pela desculpabilização. O Coordenador da UCCI 1 explica que, em certas situações, quando se pede algum esclarecimento adicional à EGA para colmatar insuficiências ou falhas na informação



de determinado utente admitido, *“desculpabilizam-se sempre com profissionais de saúde que não fazem parte dessa equipa de gestão de alta e dão a volta à situação...”*. Parece, nesta situação, haver uma diluição da responsabilidade dos profissionais provenientes da EGA.

Justificando a importância desta Unidade de Significância, Dedekorkut (2004) destaca que nos fluxos de trabalho inter-organizacionais, as interações entre parceiros devem fomentar o carácter construtivo, a complementaridade, e produzir um guia de trabalho que se dirija para os objectivos comuns, assim como os específicos das organizações envolvidas.

Desta forma, parece que as premissas identificadas pelo teórico poderão não estar presentes nalgumas ligações inter-organizacionais da rede.

Problemática da Falta de Formação

A falta de formação foi um dos assuntos debatido, já que os representantes da UCCI 1 foram os que mais colocaram destaque nesta problemática, invocando-a como a principal falha da RNCCI. A sua posição é clara, *“existe falta de formação (...) nos intervenientes desta rede nacional de cuidados continuados”* (Coordenador, UCCI 1).

O mesmo informante destaca que todos os profissionais que trabalham na rede deveriam saber o que realmente *“é a rede nacional de cuidados continuados, quais os objectivos, para o que serve e o que é que cada tipologia de unidades de internamento é, o que é que cada EGA é e o que é que a ECCI (...)”*. Reforça ainda este pensamento afirmando que a *“falta de formação, sem dúvida, é um dos aspectos que devia ser melhorado”*.

De forma preocupada e alarmada retrata especificamente a falta de formação evidenciada pelos profissionais de saúde responsáveis pela ECCI:

“Na ECCI do Centro de Saúde (...), ninguém sabe o que é a rede nacional de cuidados continuados, ninguém sabe os critérios de referência para essas unidades, ninguém sabe quais é que são os critérios de admissão na longa duração, nos cuidados paliativos, na média duração e curta duração, porque nunca ninguém lhes deu essa formação...”

(Coordenador, UCCI 1)



Desenvolvendo esta problemática, levantaram-se duas grandes áreas onde se notaria a falta de formação: a formação específica profissional para exercer actividade em cuidados continuados; formação específica para trabalhar com a plataforma.

Relativamente à primeira, o Director Clínico da UCCI 1 salienta que é apenas graças ao esforço e dedicação individual que a preparação se faz, referindo que *“é um percurso que se vai adquirindo à nossa custa. Ninguém nos deu formação, ninguém nos deu formação para estarmos aqui na unidade”*. Este sentimento é partilhado pelos representantes da UCCI 2, sendo que a sua Directora Técnica, paralelamente ao acima proclamado afere, *“foi-se adquirindo com o tempo, nunca fizemos formação”*.

Os testemunhos dos informantes indiciam que poderão existir necessidades de formação não supridas. Assim, Kong (2007) aborda o conceito potencial de lócus cultural inter-organizacional e explica a importância que a formação tem na assumpção desse objectivo.

Neste ponto, o Coordenador da UCCI 1 eleva esta problemática ao nível da coordenação nacional desabafando, *“no geral o que se espera é que a nível nacional não caiam no erro de abrir unidades sem dar formação às pessoas (...). Preparação e acompanhamento dos profissionais que constituem esta rede”*.

Assim como já foi identificado, outra das lacunas relativas à falta de formação incide na utilização da plataforma informática. Neste ponto, a Directora Técnica da UCCI 2 reflecte, *“(...) nunca estive em formações da plataforma (...) o que sabemos fomos explorando”*.

Na seguinte participação, o informante deixa bem claro a sua preocupação e indignação relativamente à falta de formação para o trabalho com a plataforma informática, deixando um exemplo de uma angústia sentida:

“Surgiram quatro novos campos de preenchimento na plataforma há relativamente pouco tempo e vinha um avisosinho em cima a dizer que os campos x, y e z são a título experimental, que poderíamos experimentar e que posteriormente seria dada a informação de como poderíamos funcionar com eles. E aí eu questiono, não seria antes de porem lá esses campos que nos deviam dar a formação de como se trabalha com eles?!”

(Coordenador, UCCI 1)



Assim como noutras temática, e como já foi possível constatar, a posição dos representantes da UCCI 3 é divergente da apresentada pelas restantes unidades.

Neste contexto, é afirmada a presença frequente em formações pelos informantes, completando-se a ideia transmitindo *“estamos sempre numa fase, necessitamos sempre de aprender mais de modo que acções de formação nesta área são sempre importantes”* (Director Clínico, UCCI 3).

De facto, a Directora Técnica da UCCI 3 comenta, *“no ano passado tivemos uma formação em Coimbra em que eles explicaram como é que têm que ser as coisas, como devem ser preenchidas”*.

Divergentemente do que foi afirmado pelos representantes da UCCI 1 e 2, reforça-se *“(…) tudo o que a gente preenche, os formulários do doente, e isso tudo, então constantemente, quando há alterações, há formações. Por acaso, é uma rede que está muito bem”* (Coordenador, UCCI 3).

Problemática da Interligação com o Hospital

A ligação inter-organizacional que se operacionaliza entre o Hospital e as estruturas da rede incorpora outra problemática que, mesmo que com perspectivas diferentes, foi referenciada pelas três instituições participantes.

A Directora Técnica da UCCI 2 aponta duras críticas à ligação entre a realidade Hospitalar e a vertente de CCI, deixando em claro a sua indignação sublinhando que *“se já existe falha dentro da rede, então entre o circuito ‘saúde!’”*.

Mais uma vez, o Coordenador da UCCI 1 aponta a falta de formação específica na área dos cuidados continuados como uma das razões das falhas existentes. Este contesta que, a *“falta de formação, sem dúvida, é um dos aspectos que devia ser melhorado. (...) Sem dúvida que se nota perfeitamente, principalmente da parte do Hospital...”*.

O Director Clínico da UCCI 2 é ainda mais crítico na sua abordagem e comenta que, quer no envio dos utentes para admissão em UCCI, quer na assistência em casos de agudização do estado de saúde de utentes, *“é o falhanço total”*. A Directora Técnica da UCCI 2 acrescenta ainda que *“(…) além de ir ao Hospital por agudização, depois também surge a necessidade de uma consulta, ou de um pedido de referência e*



falha...”, complementando o sentimento de ruptura causado, aparentemente, pelo Hospital.

No que concerne à informação clínica enviada pelos profissionais de saúde da área Hospitalar é afirmado que, em grande parte das situações, o utente é assistido e regressa *“sem nenhuma referência, sem qualquer contacto (...)”* (Coordenador UCCI 2).

Neste seguimento, o Coordenador da UCCI 1 destaca que, muitas das vezes, essa informação só se consegue obter através de contactos informais. Assim este reforça, *“isto é uma coisa simples, mas era importante haver essa interligação. Interligação essa que só existiu porque trabalha lá um funcionário que também trabalha aqui”*. O mesmo informante culmina este pensamento afirmando, *“só que não há essa interligação muitas vezes que permitiria resolver mil e um problemas. Tanto nossos, unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados, como unidades de internamento Hospitalares, como Centros de Saúde, como a nível domiciliário”*.

A Directora Técnica da UCCI 2 contesta que, por vezes, o utente fica prejudicado na assistência em cuidados de saúde diferenciados por se encontrar inserido na rede de cuidados continuados. Esta deixa saliente que:

“(...) nalguns casos, penso eu, e nalgumas situações, o doente está a ficar prejudicado pelo facto de vir... de estar na rede de cuidados continuados. (...) O doente que está em cuidados continuados está a ser lesado nalguns aspectos, nomeadamente, a dificuldade de acesso a meios de diagnóstico, a um melhor estudo da situação clínica, a especialidades”.

Guerreiro (2009: 37) sublinha, *“estamos na presença de um sistema de nível intermédio, centrado no doente, em que se procura preencher o hiato existente entre o tratamento Hospitalar e o regresso ao domicílio”*. Todavia, como se pode constatar pelas informações transmitidas pelos informantes, na relação entre cuidados continuados e Hospital poderá haver algum atrito e, como foi identificado pela Directora Técnica da UCCI 2, aparentemente o sistema não está a conseguir centrar-se no doente.

Neste contexto, o Coordenador da UCCI 3, quanto à questão da mobilidade permitida aos utentes de acordo com a sua situação, *“a mobilidade só não funciona num aspecto! Entre o Hospital de agudos e a rede”*. Este justifica que o utente *“pode estar 15 dias,*



uma semana, um mês para entrar aqui na rede. O que é que acontece, o doente vai perder algumas coisas que se podiam já ter evoluído”.

A Directora Técnica da UCCI 3 delinea qual deveria ser a realidade, destacando que “*o objectivo da rede seria ter alta do Hospital e passar automaticamente para uma unidade”.*

Uma das possíveis causas para este fenómeno é descrita como a falta de disponibilidade e vagas em unidades de cuidados continuados, já que o Director Clínico da UCCI 3 preconiza como solução “*a construção de novas unidades vai, com certeza, resolver essa situação porque o Hospital também... se têm lá um doente não pode estar à espera”.*

Loong e Keng-Boon (2008) fomentam a adopção de factores tais como confiança, partilha de poder e colaboração para as relações inter-organizacionais os quais, pelo descrito, poderão não estar presentes na relação identificada.

Problemática da Insuficiência de Respostas

A problemática da insuficiência de respostas, como acima já se pôde ler relativamente à ligação com os cuidados Hospitalares, é outra das unidades de significância que emergiu do discurso dos informantes e que se assumiu como um dos obstáculos à prestação de cuidados continuados.

O desenvolvimento da rede é um processo de evolução gradual com 3 fases predefinidas, uma implantação e crescimento que se estendem até 2016, prevendo-se a cobertura de 80% das necessidades da população portuguesa em situação de dependência nessa data (MS, 2009). Por esta razão, já se poderão antecipar abordagens a falhas de cobertura na RNCCI pelos participantes.

Posto isto, como já foi identificado, e cuja opinião é partilhada pelo Coordenador da UCCI 3, “*a mobilidade só não funciona num aspecto! Entre o Hospital de agudos e a rede*”, e explica que “*muitas vezes o doente tem que ir para casa, aguardar vaga*”. Fica desde já presente a ideia de que a escassez de vagas provoca, aparentemente, atraso na assistência.

O Director Clínico da UCCI 2 partilha desta preocupação elucidando para o facto de que, de acordo com a sua experiência em termos Hospitalares, “*depois de nós fazermos*



a referenciação e depois se a equipa de gestão de altas (EGA) disser que sim, o doente pode ir para casa e alguns já não ficam ali à espera nos Hospitais porque chegavam a esperar dois e três meses”.

Associado a esta espera, surge outro problema que, provindo indirectamente da falta de resposta, parece ter uma importância relevante. Durante esse período de espera para ser admitido na rede de cuidados continuados, *“o problema é que não está a ser reavaliado”* (Directora Técnica, UCCI 2). A mesma informante reforça que *“isso é outra falha de organização! Acho que o doente que sai do Hospital e que aguarda em casa a entrada na unidade deverá ser reavaliado. Porque entram-nos doentes aqui com dois e três meses depois da avaliação, da única avaliação”.*

Depois da entrada na rede, o Coordenador da UCCI 3 sustenta que a mobilidade é garantida, *“daqui só saí para outra unidade. Portanto a mobilidade aí é garantida”.* Este reforça que o tempo de espera na unidade depende da existência de vaga na rede. A Directora Técnica da UCCI 3 completa referindo que relativamente aos *“doentes que colocamos em transferência temos situações em que os doentes ficam muito tempo a aguardar vaga para...”*

Outro aspecto relativo às respostas possíveis na rede insere-se nas áreas do cuidar para as quais a rede ainda não consegue dar resposta que, segundo os informantes, são principalmente os cuidados paliativos e os cuidados domiciliários, para além de outras valências cuja cobertura nem sequer está prevista na rede.

Neste ponto, o Coordenador da UCCI 2 destaca que, na área dos cuidados paliativos, *“a oferta é pouca”.* Bebendo da mesma opinião, o Director Clínico (UCCI 2) salienta, *“pois, isso é outra questão, a medicina paliativa, última unidade da rede, não é... última unidade da rede que acaba por não estar dentro da rede. Não sei a outros níveis, mas aqui na nossa zona não está”.*

Este aspecto é também comentado pelo Coordenador da UCCI 1, *“vêm doentes para aqui que não têm critérios para virem para uma unidade destas (...). Doentes em fase terminal, que não deveriam vir para aqui!”* e entrepõe possíveis razões para que isso aconteça, *“não sei se isto é propositado se é porque quem orienta não cumpre os critérios, não sabe os critérios. Mas que não deviam vir...”.* O Director Clínico da UCCI 1 complementa este pensamento sugerindo que *“ (...) do Hospital justificam-se, que não há vagas nos outros sítios (...) querem-se livrar dos doentes mandam-nos para outro sítio”.*



Relativamente a assistência a utentes pertencentes a outras valências, o Coordenador da UCCI 1 alerta para um dado essencial, *“a unidade não está preparada para isso”*.

Outra preocupação relativamente à escassez de respostas teve como foco a falta de equipas de apoio domiciliário. O Director Clínico da UCCI 2 constata que o acompanhamento pós-alta não é possível comentando relativamente aos utentes, *“saem daqui e perdeu-se o rasto do doente. (...) Não há cuidados domiciliários”*.

As informações verbalizadas pelos informantes vão ao encontro do referido por Madalena Holzer citada por Guerreiro (2009) que alerta para as lacunas importantes no que respeita às equipas domiciliárias de cuidados continuados e às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, que seriam capazes de referenciar o utente para o domicílio, em condições de segurança.

Entretanto, foram também levantadas algumas sugestões relativamente a respostas que não são contempladas na RNCCI. É descrito que *“faltam unidades específicas para algumas tipologias (...). Por exemplo, estou a falar na questão do descanso dos cuidadores, da doença de Alzheimer, por exemplo”* (Directora Técnica, UCCI 2). O Director Clínico da mesma unidade realça que se um dos objectivos é a recuperação e reabilitação, há certas situações em que os utentes não se encaixam nesse paradigma e que, por essa razão deveriam ser assistidos em unidades específicas. Neste enquadramento, o Coordenador da UCCI 2 culmina invocando que *“precisava de outro tipo de suporte que ainda não existe na rede”*.

Problemática da Falta de Uniformização

O défice de uniformização foi outro dos obstáculos entrepostos pelos informantes. Começa-se por localizar esse sentimento com uma citação proferida pelo Coordenador da UCCI 1. Este considera que *“há certas coisas que estão uniformizadas entre todas as unidades de todo o país porque são normas, regras emitidas pela entidade que coordena a rede nacional de cuidados continuados. (...) Existem outras que estão um bocadinho obscuras. O que é, cada um faça da maneira que quiser”*.

Neste encadeamento, o Director Clínico da UCCI 1 afirma, *“deviam haver critérios entre as unidades. Não era cada um faça como quiser! A gente avalia uma maneira, outro avalia de outra...”*. Entretanto, o seu homólogo da UCCI 2 sublinha, *“é difícil arranjar um padrão nítido”*. Também o Coordenador da UCCI 2 partilha da mesma



opinião afirmando, “*o que nós verificamos é que a rede diz ‘façam assim’ e depois, cada unidade, faz por si*”.

O Coordenador da UCCI 1 destaca que uma das funções da plataforma seria uniformizar os procedimentos mas desabafa que, no entanto, “*não existe da parte de quem coordena a rede nacional de cuidados continuados, quais são os registos que devemos fazer, qual a periodicidade dos registos...*”.

Complementando o afirmado pelos outros intervenientes, o Coordenador da UCCI 2 salienta: “*Estão quatro anos passados e se calhar só daqui a meia dúzia é que conseguiremos ter um funcionamento em rede, em que todos funcionem de uma forma semelhante...*”.

A uniformização é um aspecto importante também destacado pelos teóricos perscrutados. De facto, e segundo Kong (2007), a cultura inter-organizacional afigura-se como uma patente de conceitos partilhados que as organizações vão construindo ao longo do seu processo de adaptação externa e interna fomentando a integração em rede.

Problemática do Desfasamento Registo-Realidade

Um outro obstáculo identificado insurge-se sobre a discrepância por vezes presente entre os registos clínicos e sociais do utente e a realidade constatada.

O Coordenador da UCCI 1 alerta que “*muitas das vezes os registos não correspondem à realidade muitas das vezes porque esse registo é feito com dois ou três meses de antecedência (...). Outras das vezes não correspondem à realidade propositadamente porque foi feita dois ou três dias antes, nota-se perfeitamente*”.

Concomitantemente ao acima afirmado, é levantada a possibilidade de um comportamento eticamente questionável por quem referencia. Neste âmbito, o Director Clínico da UCCI 2 sugere, “*o que interessa é que o doente entre para cá. Depois nós chegamos cá, vamos a ver as coisas, e não são assim tão lineares*”.

Problemática da Distância entre Coordenação e Campo de Trabalho

Um outro sentimento transmitido pelos participantes foi a distância entre os órgãos de coordenação da rede e o campo de trabalho, o que permitiu a formulação de uma nova unidade de análise.



“(…) as pessoas responsáveis por esta rede, deveriam reunir com as pessoas que estão no campo e ver quais são as principais dificuldades, mas primeiro, os principais pontos a melhorar nesse funcionamento. Não são só as unidades de internamento mas as, ECCI, EGA, aqueles que trabalham no campo, para saber quais são as principais dificuldades que as pessoas estão a atravessar. E então depois aí, partir para arranjar critérios de uniformização, para atribuir novas competências às pessoas, à própria rede”.

(Coordenador, UCCI 1)

No contributo acima apresentado fica saliente o desconforto e insatisfação que a aparente distância dos órgãos de coordenação, de decisão e tutela, provocam nas unidades mais próximas do campo de acção. No entanto, o Coordenador da UCCI 1 não fica por aí e reforça, *“(…) se calhar também não há preocupação de quem coordena a rede de saber esses problemas que existem. Virem ao campo, onde se passam as coisas, em tempo real, e ver, e pedir opinião às pessoas para tentar melhorar esses aspectos”*, e critica ainda sugerindo que *“está a acabar por ser tudo por números e por gráficos”*.

Quanto à avaliação de desempenho e auditorias, estas são descritas como imprescindíveis para o funcionamento da unidade pela Directora Técnica da UCCI 1. Todavia, esta considera que *“ao fim de um ano de funcionamento é que fez a primeira auditoria externa. Deveria ter sido muito antes. O que estamos a tentar melhorar agora, com esta auditoria, já podia ter sido feito há uns meses atrás (...), não era ao fim de um ano disto estar a funcionar”*.

Os representantes de UCCI 3 não sentem esta falha referindo que na sua unidade as avaliações são mais frequentes, conforme indicam ser exigido na rede. Assim, *“essas avaliações estão estipuladas na rede. Devem ser feitas de 3 em 3 meses, quatro vezes por ano”* (Director Clínico, UCCI 3).

O Director Clínico da UCCI 1 avisa para a exigência de que, com o alargamento da cobertura a nível nacional, é indispensável *“quebrar estas barreiras que se impõem ainda agora, que desapareçam, isto também, nós vamos aprendendo, e os outros que estão por cima de nós também julgo que irão aprender algumas coisas e irão melhorando isto”*.



Com objectivo de facilitar essa integração entre coordenação e campo de trabalho, Guerreiro (2009) comenta que há quem defenda um novo nível hierárquico que se deve responsabilizar pela monitorização e regulação e que deve ser assumido pela UMCCI.

Problemática das Barreiras à Informação - Processo Único

Esta unidade de análise emergiu dos contributos dos informantes quase como uma sugestão para resolver mais uma barreira à difusão da informação. Essa solução passaria pela criação de um processo único.

Consistentemente, o Director Clínico da UCCI 1 reflecte que “(...) *informaticamente deveria haver uma ligação, inter-ligação. O doente devia ter um processo único. E as várias entidades, tanto os cuidados de saúde primários, como os Hospitalares, como as unidades terem acesso àquele processo, informaticamente*”.

Neste contexto, como afirma o Coordenador da UCCI 3, “*o historial do doente vai-se prolongar enquanto ele estiver na rede*”. Contudo, é transmitido pelos participantes que, quando este saí da rede, ou quando, estando nela inserido, é assistido noutra valência do SNS, não existe possibilidade de acesso ao processo do utente.

Nestes casos, a informação quando é enviada, a transmissão é feita de forma indirecta. De facto, como salienta o Director Clínico da UCCI 1, “*quanto menos intermediários houver, a informação é sempre mais correcta*”.

Problemática da Carência de Disponibilidade

A falta de disponibilidade de certos profissionais, assim como a sobrecarga de funções é também apontada como um dos entraves ao funcionamento inter-organizacional da rede.

De facto, parece ser preponderante a difícil realidade implícita à actividade profissional no caso de “(...) *não terem exclusividade para os cuidados continuados que acumulam com outras funções, com outras responsabilidades. (...) Não havendo exclusividade para a unidade nem sempre se consegue dar resposta.*” (Directora Técnica, UCCI 1).

Outra das preocupações relativamente a este tema recaí na colocação das funções sobre um único profissional e, como a Directora Técnica da UCCI 1 exemplifica, se “(...) *a assistente social nesse dia está de folga têm que ligar no dia a seguir*”.



Cumulativamente, é também identificado pelo Coordenador da UCCI 1 que o tempo atribuído para a prestação de serviços à rede de cuidados continuados é diminuto. Seguidamente, este refere que *“o tempo que lhes é atribuído (...) é, no horário, têm 3 horas semanais para cuidados continuados. O que é paupérrimo”*. Complementando esta ideia, este refere que, regra geral, as assuntos a resolver não podem esperar, *“o problema tem de ser resolvido na altura, muitas das vezes é por contactos pessoais, números de telefone pessoais que se faz, que as pessoas também não se podem dividir em mil”*.

O Coordenador da UCCI 1 alude ainda para outra problemática relacionada, vai de encontro ao que já foi afirmado e, em jeito de solução, propõe, *“por exemplo, não só um enfermeiro, mas dois ou três na parte de cuidados continuados. Para quando essa pessoa lá não está, está outro que substitui e sabe dar resposta a esses problemas”*.

Problemática da Inexistência de Profissionais

Associada à problemática anterior, surge a barreira causada pela falta de profissionais com formação académica equivalente ao objectivo funcional ao qual a entidade/estrutura da rede se propõe. Neste contexto, o Coordenador da UCCI 1 explicita a realidade das ECCI que convivem com o facto de que *“a maior parte dos Centros de Saúde não tem Assistente Social, o que acho que é lamentável, é a minha opinião, acho que é lamentável”*.

Este é um ponto importante pois, como é descrito na Directiva Técnica nº 3/CNSPICSD/2006 (UMCCI, 2007, s/ p.), existem duas portas de entrada para a entrada na rede. Uma delas é representada pela ECCI que, nos CS pode referenciar os doentes do domicílio propondo a admissão na rede. Desta forma, é imprescindível que estas unidades sejam pautadas pelo bom funcionamento, o que parece ser questionável de acordo com o transmitido pelo Coordenador da UCCI 1.

Cumulativamente, no despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, onde são definidas as especificidades da coordenação local e onde está explícito que as ECL devem ser constituídas de modo interdisciplinar, através de representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo englobar obrigatoriamente, um representante da classe médica, enfermagem e assistência social (MS, 2009). Aparentemente, analisando os



testemunhos dos participantes, a obrigatoriedade definida no despacho quanto aos profissionais constituintes da ECL parece não estar a ser cumprida.

No entanto assinala que *“o utente tem de ter uma avaliação social para entrar numa unidade de internamento, para entrar na rede, tem que ter essa avaliação social. Exigem, é exigido e é obrigatório”*. Assim, a sua execução terá de ser operacionalizada por outro profissional sem conhecimentos específicos na área que, como distingue o Coordenador da UCCI 1, serão pautados por um rigor duvidoso.

De facto, como este assinala, *“não é nenhum enfermeiro que sabe fazer diagnósticos sociais, não tem formação para isso, nunca ninguém o ensinou para isso, de certeza absoluta, não é o meu caso, é o caso de toda a gente. E das realidades que eu conheço é isso que se passa. O que é lamentável”*.

Pertencer a uma Misericórdia – Vantagem ou Desvantagem

Curiosamente, o facto de se pertencer a uma Misericórdia é assinalado de forma divergente pelas duas instituições que a ela pertencem. Esta característica institucional é encarada, de um lado, como uma vantagem, por outro, como uma desvantagem.

Por sua vez, os representantes da UCCI 2 identificam um choque nas decisões entrepostas pelas duas tutelas, RNCCI e Misericórdia. Assim, a Directora Técnica indica que ambas *“influenciam o modo de trabalhar. O facto de nós sermos uma misericórdia e pertencermos a um grupo que é o grupo misericórdias de saúde que além da rede também somos orientados por este grupo (...). Há choque entre algumas decisões da rede e o grupo misericórdias de saúde”*. Apesar de tudo, e justificando a razão da adesão à RNCCI, explica que *“(…) como misericórdia temos um papel também, na zona, na cidade, no concelho”*. A Directora Técnica da UCCI 2 salientou ainda que, graças a essa conflituosidade, *“(…) a nossa instituição passou por períodos agitados em termos organizacionais, não é, isso também condicionou aqui um pouco o desenvolvimento e o dia-a-dia...”*.

Inversamente, os representantes da UCCI 3 assinalam a sua natureza organizacional como uma vantagem: *“nós temos uma vantagem, porque é assim, nós pertencemos à União das Misericórdias Portuguesas, temos essa vantagem. GMS, Grupo Misericórdias na Saúde, e também temos uma plataforma própria (...)”* (Coordenador, UCCI 3). Este informante acrescenta ainda que ambas lhes facultam *“apoio total! Eu já*



disse, nós temos a vantagem de termos a união por trás. Se não tiver de um lado vou buscar ao outro”.

Problemática das Condições Arquitectónicas Desadaptadas

Por fim, outra das unidades de significância transluzentes das informações comunicadas pelos representantes das UCCI foi o facto de laborarem, em certas situações, em condições arquitectónicas desadaptadas.

O Coordenador da UCCI 1 alertou para essa problemática clarificando que as instalações onde se encontra a funcionar UCCI foram construídas e equipadas para funcionarem como Lar Residencial e que estava em construção outro edifício, esse sim, projectado de raiz para a metodologia implícita aos cuidados continuados.

Também a Directora Técnica da UCCI 2 comungou da mesma opinião, afirmando *“outras estão a funcionar, como é o nosso caso, em unidades, em edifícios adaptados”*. Complementa sublinhando que, *“para uma melhor qualidade, para o melhor para o utente, a rede e quem fiscaliza, quem orienta e quem autoriza devem ter atenção, fazer uma avaliação, fazer um estudo a estas unidades, dar preferência e apoiar na construção de edifícios de raiz”*.

Por fim, o Coordenador da UCCI 2 atesta que *“o desejo é então, que aumentem a unidade para que possamos trabalhar...”*.

Para finalizar, é apresentado no quadro seguinte, o resumo das participações dos representantes das UCCI por unidade de análise:

UNIDADE DE SIGNIFICÂNCIA	UCCI 1	UCCI 2	UCCI 3
5.3.1. Definição de Rede Inter-organizacional	Rede como um conjunto de sectores; Interligação e sentido duplo de correlação;	Trabalhar em rede com base no trabalho organizacional em equipa; O ideal em qualquer sector;	Permite uma melhor gestão da informação;
	É unanimemente afirmado que o trabalho organizacional em rede apenas traz vantagens o que é negado pelos teóricos que se debruçaram no assunto os quais consideram que, dependentemente da natureza da rede, existem tanto benefícios como malefícios;		



5.3.2. Definição da Rede de Cuidados Continuados Integrados	Rede bidireccional na ligação coordenação - unidades;	Representada por muitas instituições do 3º Sector;	Vem colmatar uma falha no SNS;
	Desenvolvimento de rede é definido como prematuro;		Desenvolvimento da rede é definido como maduro;
Utilidade da Rede	<p>Maior abertura à sociedade;</p> <p>Tipologia de cuidados complementar;</p> <p>Facilita o acesso à informação;</p>	<p>Quebra uma lacuna;</p> <p>Traz complementaridade;</p> <p>Rentabilidade financeira questionável;</p>	<p>Meio que privilegia a reabilitação e evita a institucionalização;</p> <p>Cuidados holísticos;</p> <p>Permite o conhecimento prévio;</p>
	Factor humanizador;		
Desenvolvimento do Funcionamento Inter-organizacional desde a Formação até ao Ponto Actual	Processo contínuo de aprendizagem;	<p>Devia estar-se ainda numa experiência piloto;</p> <p>Ainda existem falhas que não são justificadas;</p>	<p>Colocam-se no topo do desenvolvimento;</p> <p>Qualidade tem exigido trabalho diário e contínuo;</p>
	Posicionam-se num patamar intermédio de desenvolvimento;		
Expectativas Relativamente aos Futuros Progressos	<p>Quebra de barreiras;</p> <p>Resolução dos problemas mais prementes;</p> <p>Não repetir o erro de abrir unidades sem proceder à formação dos profissionais;</p>	<p>Alargamento da cobertura a nível nacional;</p> <p>Diversificação das respostas;</p> <p>Melhorar condições arquitectónicas;</p>	Perpetuar o ciclo de qualidade;
5.3.3. Comunicação, cooperação e coordenação na rede - Meios de Contacto, Cooperação e Coordenação - A Plataforma Informática -	<p>Existem alguns problemas de comunicação;</p> <p>Plataforma foi uma boa invenção;</p> <p>Plataforma como central de informação;</p> <p>Acesso rápido aos dados;</p> <p>Pouca formação para o trabalho com a plataforma;</p> <p>Não há uniformidade;</p>	<p>Plataforma é definida como o ideal para o funcionamento em rede e a troca de informação;</p> <p>Plataforma não funciona em rede;</p> <p>Perdeu-se informação com a plataforma;</p> <p>Plataforma é redutora;</p> <p>Duplicação de informação;</p>	<p>Satisfação plena com a plataforma;</p> <p>Continuidade de informação na rede;</p> <p>Todas as informações ficam registadas e identificadas;</p>
5.3.4. Funcionamento Inter-organizacional da Rede	Com problemas;	<p>Presença de falhas, não funciona como e em rede;</p> <p>Falha o contacto efectivo em rede na região;</p>	
Factores Facilitadores do Funcionamento Inter-organizacional	<p>Ligação entre sectores;</p> <p>Duplo sentido de correlação;</p> <p>Plataforma como base de dados e relação;</p> <p>Acesso rápido à</p>	<p>Plataforma é o meio ideal pois permite o fluxo de informação;</p> <p>ECL com papel de gestora na rede;</p> <p>Trabalho em rede traz</p>	<p>Fomenta a gestão da informação;</p> <p>Fluxo de informação mais rápido e eficiente;</p>



	informação; Duplo sentido e <i>feedback</i> ;	benefícios;	
Organigrama - Circuitos e Ligações entre os Elos da Rede	Proveniências possíveis para o acesso de utentes à RNCCI, ECCI e EGA;	Organização hierárquica;	Proveniência dos utentes maioritariamente do hospital através da EGA;
	Papel intermediário da ECL comumente sublinhado; Todos conhecem os circuitos e ligações da rede assim como é definido na teoria; Mesmo tendo esse conhecimento, todos demonstraram que por vezes existem contactos para além do que estava previsto na literatura;		
Referenciação	Unidades de prestação de cuidados não interferem;		
Papel da ECL	Responsável pela triagem e seriação dos utentes; Encaminha e dá soluções;	Papel coordenador e intermediário; Gere a informação;	Ponto de ligação;
	Entidade de contacto básico para as UCCI que representam; Consideram globalmente que tem respondido às expectativas;		
Contactos Extra-ECL	Casos esporádicos de contactos directos com a EGA;	Contactam directamente e apenas informam a ECL se não conseguirem resposta; Apontam como possível causa o reducionismo do contacto electrónico e indirecto;	
	Não existem dados que expliquem estes comportamentos;		
5.3.5. Angústias e Obstáculos ao Funcionamento da Rede - Problemática da Desculpabilização	EGA culpabiliza outros profissionais pela imprecisão de informação;		
Problemática da Falta de Formação	Falta de formação dos intervenientes; Falta de oportunidades de formação; Destacada importância da formação inicial assim como a formação contínua;	Revelam nunca ter estado em formações acerca da plataforma;	Não se identificam com esta problemática afirmado saciedade com a qualidade e qualidade de formação que lhe tem sido dada;
Problemática da Interligação com o Hospital	Causa de inúmeros problemas; Lacunas são colmatadas através de contactos informais e conhecimentos pessoais; A falta de formação como	Falha maior do que as de origem na rede; Profissionais do Hospital não enviam informações clínicas; Utente lesado no acesso aos cuidados hospitalares	Mobilidade só não funciona entre o hospital e a RNCCI;



	uma das causas;	por estar na rede;	
	Os informantes são unânimes quando caracterizam a interação ao hospital como uma das principais falhas na ligação organizacional;		
Problemática da Insuficiência de Respostas	Utentes são encaminhados para UCCIs incorrectas por falta de vaga; A unidade não está preparada para os receber;	A oferta é pouca; O tempo de espera pode ascender a 2 ou 3 meses; Não é feita reavaliação do utente; Algumas tipologias específicas deviam ser contempladas pela rede;	A vaga na rede não é imediata;
	Falha em medicina paliativa e cuidados ao domicílio;		
	Esta problemática já era antecipável pois no enquadramento teórico frisa-se que a RNCCI está ainda num patamar intermédio de evolução em termos de cobertura;		
Problemática da Falta de Uniformização	Deveria haver melhor uniformização entre as unidades de rede; Não se sabe que registo fazer e a sua periodicidade;	Não existe um padrão nítido; Faltam anos de desenvolvimento da rede para se proceder de forma semelhante;	
Problemática do Desfasamento Registo-Realidade	Muitas vezes os registos não correspondem à realidade: - porque são feitos 2 ou 3 meses antes; - propositadamente;	Os registos são moldados de forma a que o utente seja admitido;	
Problemática da Distância entre Coordenação e Campo de Trabalho	Coordenação devia aproximar-se da prática; Talvez não haja preocupação de quem coordena; A análise é apenas feita através de números e gráficos;		
Problemática das Barreiras à Informação - Processo Único	Informaticamente deveria haver uma ligação; Devia haver um processo único para as várias entidades; Quanto menos intermediários houver mais correcta é a informação;		Historial do doente prolonga-se apenas enquanto estiver na rede;
Problemática da Carência de Disponibilidade	Maioria dos profissionais não trabalham em exclusividade;		



	Responsabilidades assentes num único profissional, não havendo solução na sua ausência; Tempo afecto aos CCI é diminuto para certos profissionais;		
Problemática da Inexistência de Profissionais	Há ECCIs sem Assistente Social o que choca com o estipulado no enquadramento legal da RNCCI;		
Pertencer a uma Misericórdia – Vantagem ou Desvantagem		Consideram que as decisões das duas tutelas chocam;	Consideram que as duas vertentes são complementares;
Problemática das Condições Arquitectónicas Desadaptadas		Edifícios de raiz doam mais qualidade às UCCI;	Unidade preparada para os CCI mas com novas unidades em projecto para diversificar valências;
		Ambas as unidades funcionam em edifícios adaptados e ambas têm novas unidade em projecto/construção;	

Quadro 4 - Resumo das Participações dos Representantes das UCCI



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objectivo da presente investigação incidu na exploração do paradigma de funcionamento em rede inter-organizacional assente na nova e emergente rede de cuidados continuados, a qual se distingue como um conceito inovador e ainda pouco estudado, daí a importância irreprensível deste estudo.

Como já foi sendo frisado ao longo deste trabalho, a questão de investigação primária que lhe serve de base é o conhecimento e a compreensão das unidades de cuidados continuados como redes inter-organizacionais, aprofundando especialmente os factores facilitadores e obstáculos caracterizadores desse funcionamento.

Para alcançar este objectivo recorreu-se ao paradigma de investigação de carácter qualitativo na vertente fenomenológica abordando organizações prestadoras de cuidados continuados. Assim, a informação recolhida foi obtida através de entrevistas semi-estruturadas aos representantes de cada uma das três UCCI do distrito de Castelo Branco.

Na análise da informação, recorreu-se a um modelo de análise interpretativa que permitiu a definição das Unidades de Significância definidoras dos resultados de investigação.

Antes de iniciar uma abordagem mais concreta, começou-se por assinalar um dado já evidenciado na análise de informação, e que consiste na divergência de posturas demonstradas, por um lado, pelos representantes da UCCI 1 e 2 e, por outro, pelos representantes da UCCI 3. Enquanto os primeiros, para além de demonstrarem mais disponibilidade e colaboração durante a entrevista e de, nos seus contributos, darem uma abordagem mais extensa e meticulosa, com aspectos positivos e negativos, do funcionamento inter-organizacional da unidade que representam, os segundos, apesar de demonstrarem uma apressada colaboração, abordaram apenas os tópicos essenciais relacionados com as questões colocadas, evidenciando quase exclusivamente aspectos positivos no funcionamento da unidade e da rede.

Não existem dados que permitam despistar se os representantes da UCCI 3 ocultaram as barreiras e obstáculos relativamente ao funcionamento inter-organizacional ou se, por sua vez, não constam do funcionamento da unidade tais constrangimentos.



Neste seguimento, na caracterização da tipologia de funcionamento inter-organizacional em rede, houve unanimidade no concernente à afirmação única de mais-valias na adopção desta estratégia, a qual foi identificada como ideal em qualquer sector. Todavia, como foi constatado, investigações anteriores sublinham que o funcionamento organizacional em rede, pode trazer tanto vantagens, como desvantagens.

Neste seguimento, é evidenciada como uma das principais vantagens do funcionamento inter-organizacional em rede a melhor ligação entre sectores e condução de informação mais eficiente.

No que se reporta à RNCCI, afere-se que esta surgiu como resposta a uma lacuna no sector de saúde e apoio social e que abarcou consigo benefícios para o utentes, famílias e sociedade. Para além do referido, os CCI são rotulados no seu funcionamento como uma rede inter-organizacional.

Apesar de alguma divergência na definição do patamar de desenvolvimento da rede, agrupando as informações imanadas das entrevistas com a base teórica utilizada nesta investigação, parece poder afirmar-se que a RNCCI está ainda numa fase intermediária de desenvolvimento.

Na clarificação da utilidade dos CCI ficou patente que estes contribuíram para o alívio da sobrecarga Hospitalar. Conjuntamente, também os lares residenciais de idosos se encontram lotados e que também aqui os CCI foram benéficos, influenciando mesmo, em certas situações, para evitar a institucionalização.

Outro factor interligado à utilidade dos CCI foi o carácter holístico e global dos cuidados prestados por este novo sector, que também contribui com mais humanização no serviço prestado.

No prisma orçamental, levantaram-se suspeitas quanto à rentabilidade financeira desta nova valência, tanto no que se refere à rede na sua globalidade, como a sua instituição individualmente. Quanto a este ponto, fontes do SNS afirmam que esta nova rede beneficiou a sociedade com melhor rentabilidade e maior eficiência ao sector de saúde e social. Todavia, estando a fonte directamente ligada aos mentores, criadores e defensores desta rede, a exactidão destas afirmações poderá ser questionada. Aparentemente, outros estudos quanto à rentabilidade em termos globais, com foco na afectação da sociedade, e em termos individuais, com ponto de incisão nas instituições que aderiram aos CCI, realizados por entidades independentes, demonstram-se



imprescindíveis à assumpção de conclusões empiricamente cimentadas que respondam às indagações levantadas.

No concernente à comunicação, coordenação e cooperação em rede, ainda que identificando outros meios, a plataforma informática é assumida como principal e preponderante mecanismo de intercomunicação entre as diferentes estruturas da rede. Assim, no decorrer da análise de conteúdo enfatizou-se um ponto geral comum assente na valorização da plataforma que é comumente aclamada como “uma boa invenção”.

De facto, foram assinaladas várias vantagens ao funcionamento da plataforma, todavia, demarcaram-se igualmente e em paralelo, alguns pontos a melhorar.

Aparentemente, as principais vantagens associadas à introdução da plataforma informática são a precedência da chegada da informação, que está acessível antes da admissão do utente, para além de se assumir como um meio ideal para a troca de informações em rede, de forma rápida e eficaz e permitindo o *feedback*. Aditando, a plataforma autêntica os registos nela afixados com a identificação do autor inculcando-lhe responsabilidade intrínseca pelo seu conteúdo.

Por outro lado, os factores negativos relativos ao funcionamento da plataforma incidiram na sua redutividade, na existência de parâmetros e codificações imprecisas, na duplicação de registos, na falta de uniformização e falta de formação para a sua utilização.

De uma forma geral, parece poder afirmar-se que os profissionais que compõe as UCCI percebem o organigrama da rede, particularmente os circuitos e ligações que conectam os elos da rede, assim como as funções de cada tipologia e unidade.

Mesmo assim, foram despistados alguns contactos que persistem na prática que não estão previstos na literatura para o funcionamento da RNCCI. Esses contactos descritos figuram ligações entre as unidades prestadoras de cuidados continuados e Hospital, EGA e ECCI sem utilizar a ECL como intermediária, assim como está regulamentado e é tutelado. Quanto a estes comportamentos organizacionais, não existem dados que permitam afirmar se estes surgem como suplemento ao contacto convencional e visam completar e complementar a informação, atribuindo mais qualidade ao sistema ou se, opostamente, constituem um funcionamento em rede deficiente sendo uma estratégia adoptada para colmatar falhas ou lacunas. Também aqui outros estudos seriam



imprescindíveis para clarificar e caracterizar a natureza deste comportamento organizacional.

Da análise de informação também foram levantadas algumas particularidades que coadjuvam ao funcionamento inter-organizacional, no que respeita aos factores facilitadores do seu funcionamento. Um dos pontos intransponíveis a esta temática foi a interligação entre sectores operacionalizada através de duplo sentido de correlação. Cumulativamente, a gestão e, particularmente, a gestão da informação também foram fomentados como preponderantes na facilitação do funcionamento organizacional em rede.

Na fase terminal da análise deste estudo foram levantadas várias unidades de significância que incorporaram as angústias e obstáculos sentidos pelos participantes no funcionamento organizacional da RNCCI. Particularizando os mais importantes, começa-se por sublinhar a falta de formação que, aparentemente, pareceu assumir-se como um grande obstáculo ao funcionamento em rede. Não foram translúcidas, no entanto, as razões justificativas para que este problema exista.

A interligação entre os cuidados Hospitalares e os CCI foi proclamada como outra das grandes causas de problemas e angústias no trabalho inter-organizacional das UCCI pelo que a articulação aos cuidados diferenciados parece estar manchada por disfuncionalidades.

Por sua vez, a insuficiência de respostas foi também um aspecto saliente, sendo que os cuidados paliativos e falta de unidades de apoio domiciliário incorporam as principais deficiências na resposta. No entanto, encontrando-se a rede em fase de expansão, é justificada na literatura a veracidade dessa falha, uma vez que a evolução a curto prazo da RNCCI prevê uma cobertura em termos globais da grande maioria da população nos próximos anos, existindo várias unidades em projecto e construção neste momento.

A falta de profissionais com formação adequada, assim como a disponibilidade insuficiente de outros, foram também obstáculos evidenciados neste estudo e incorporam problemas na ligação a outras unidades da rede.

De uma forma geral, a percepção que sobressai no final da realização deste estudo assenta na relevante importância que a RNCCI integra no sector da saúde e apoio social, mas que no que concerne ao funcionamento inter-organizacional ainda estará numa fase precoce/intermédia de desenvolvimento. Como ficou saliente, foram identificados nesta



investigação alguns pontos fundamentais nos quais aparentemente devem incidir as atenções para um aperfeiçoamento a curto prazo.

Alterando a trajectória de discurso, destaca-se que a apreciação deste estudo é predominantemente positiva, uma vez que, de uma forma geral, pode-se depreender que as questões de investigação inicialmente propostas foram globalmente suplantadas. Assim, atentando aos objectivos e questões propostas para este estudo, e depois das considerações finais imanadas, realça-se que estes foram supridos, ainda que despiste a possibilidade de desvio de informação devido à abordagem metodológica adoptada. Neste ponto, destaca-se que, em futuras investigações, estes dados poderiam ser alvo de confirmação através da utilização da metodologia de triangulação.

Ao longo da realização deste trabalho, surgiram alguns constrangimentos, nomeadamente, o espaço temporal limitado em termos globais, o volume de trabalho exigido para a execução deste estudo relativamente ao pouco espaço horário disponível, a dificuldade na abstracção de juízos de valor dado o interesse e conhecimento prévio do investigador/entrevistador relativamente ao assunto em investigação.

Por último, encontrar fundamentação teórica para explorar o modelo da análise utilizada, constituiu uma limitação acrescida fundamentalmente no concernente à realidade portuguesa dos CCI, uma vez que esta ainda é muito recente e existem poucos estudos que foquem esta área temática. Contudo, parece ter-se conseguido superar de forma eficaz e suficiente estas dificuldades, acrescentando-se que, uma vez que esta se assume como uma área de estudo quase virgem, a importância cimentada neste estudo é ainda mais preponderante.

Por acréscimo, sentiu-se também dificuldade em articular a implementação da entrevista com a diminuta disponibilidade dos Directores Clínicos, Directoras Técnicas e Coordenadores das Unidades de Cuidados Continuados sitas no Orvalho, Fundão e Idanha-a-Nova, com a agravante que teriam de estar os três representantes reunidos em simultâneo. No entanto, apesar da dificuldade que esta estratégia implicou, considera-se que esta metodologia valorizou o estudo e que a opção pela entrevista conjunta constituiu um ponto forte e inovador da presente investigação.

Finalizando, antes ainda de apresentar algumas sugestões para a realização de abordagens empíricas futuras, assinala-se primeiramente que, como foi facilmente constatável, o paradigma estudado é recente no nosso país e que, por essa razão, existem ainda poucos dados que caracterizem a sua operação. A primeira sugestão figura a



pesquisa da realidade estudada neste estudo relativamente ao funcionamento inter-organizacional da RNCCI, mas alargando o espectro de acção e colocando o foco além Distrito de Castelo Branco, idealmente estudando este tema a nível nacional. Outro ponto interessante seria estudar os factores facilitadores, assim como obstáculos e angústias sentidas no funcionamento inter-organizacional mas, por sua vez, abordando as entidades coordenadoras da rede, nomeadamente as ECL e ECR.

Em complementaridade, as restantes sugestões a colocar rumam no sentido oposto às anteriores e propõem, não o alargamento do espectro de estudo, mas a sua focagem em aspectos mais precisos e relativos ao micro-funcionamento em rede dos CCI. Assim, preconiza-se a investigação de certas áreas que se assumiram como alvo de preocupação dos intervenientes neste estudo, fundamentalmente, a preparação e formação específica para a actuação profissional em cuidados continuados ou, noutra abordagem, o estudo e caracterização do elo de ligação entre CCI e os cuidados hospitalares.

Estas são algumas das inúmeras temáticas que se deixam em aberto para futuros investigadores, incluindo o próprio autor deste estudo.

Por fim, termina-se com o contributo de Dedekorkut (2004) que, relativamente à investigação empírica enaltece que se um paradigma for extensivamente estudado e os factores que conduzem ao sucesso forem determinados, será mais fácil construir um futuro desenhado por esforços de colaboração generalizados, uma vez que ficarão claras as circunstâncias que induzem o sucesso das redes inter-organizacionais, para que assim esses factores sejam manipulados na ênfase da cooperação.



BIBLIOGRAFIA

- AKKERMANS, H. (2001) – A systems approach to facilitating inter-organizational network development. *Systems Dynamics Review*, Vol. 17, Nº. 3, p. 179 – 193.
- ARIAS, J. (1995) – Do networks really foster innovation? *Management Decision*, Vol. 33, Nº. 9, p. 52 – 56.
- AXELSSON, B. (1992) – **Corporate strategy models and networks – diverging perspectives**. Em Axelsson, B., Easton, G. (1992) - *Industrial Networks - A New View of Reality*. Londres: Routledge, p.184-204.
- BAKER, W. E. (1992) – **The Network Organization in Theory and Practice**. Em Nohria, N.; Eccles, R. G. – *Networks and Organizations: Structure, form and action*. Cambridge: Harvard University Press.
- BANFF, Alberta (2007) – Harnessing the Value of Networks: Network Management, Analysis and Evaluation. *Networks Leadership Symposium*, The Networks Leadership Summit Series, 23 – 24 de Julho de 2007, no site [http://www.searchca.net/users/FolderData/%7B08D6009A-C75D-4159-B221-ADD8F9482B40%7D/networks_leadership_symposium_iii.pdf] (24/06/2009).
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) – **Investigação qualitativa em educação, uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora.
- CARLSSON, S. (2003) – Knowledge managing and Knowledge Management System in Inter-Organizational Networks. *Knowledge and Process Management*, Vol. 10, Nº. 3, p. 194 – 206.
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. (1998) – **Metodologia da Investigação, Guia para Auto - Aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.
- CASSON, M.; COX, H. (1997) – **An Economic Model of Inter-Firm Networks**. Em Ebers, M. - *The Formation of Inter-Organizational Networks*. Oxford: Oxford University Press.
- CASTELLS, M. (1999) – **A Sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, Vol. 1.



- CHEBBI, Issam; TATA, Samir; DUSTDAR, Schahram (2005) – Cooperation Policies for Inter-organizational Workflows. *Vienna University of Technology*, IEEE – Computer Society. ISSN 0-7695-2263-7
- CLEMENTS, M.; DEAN, D.; COHEN, D. (2007) – Proposing an operational classification scheme for embryonic cooperative relationships. *Journal of Management and Organization*, Vol. 13, N.º 1, p. 51-65.
- COLOMBO, M. G. – **The Changing Boundaries of the Firm: Explaining evolving inter-firm relations**. Londres: Routledge Studies in Business Organizations and Networks, Economic Theory & Philosophy. ISBN: 978-0-415-15470-3
- COMISSÃO EUROPEIA (2009) – **Projected old-age dependency ratio**. Eurostat, no site [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDDE511] (04/01/2010).
- COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio (1994) – **Dicionário da língua portuguesa**. 7ª ed. Porto Editora.
- CULPAN, R. (2009) – A Fresh Look at Strategic Alliances: research issues and future directions. *International Journal of Strategic Business Alliances*, Vol. 1, N.º 1, p. 4-23.
- DAWES, Sharon S. (2008) – Measures and conditions of success in public sector knowledge networks. *Center for Technology in Government*, CTG Working Paper, Nº 03, no site [<http://www.ctg.albany.edu/publications/working/measures/measures.pdf>] (20/06/2009).
- DAWES, Sharon S.; CRESSWELL, Anthony M.; PARDO, Theresa A. (2009) – From "Need to Know" to "Need to Share": Tangled Problems, Information Boundar... *Public Administration Review*, Maio/Junho de 2009, Vol. 69 Nº3, pg. 392.
- DEDEKORKUT, Ayşin (2004) – **Determinants of Success in Interorganizational Collaboration for Natural Resource Management**. Florida: The Florida State University. Investigação submetida na Escola de Ciências Sociais para Obtenção do Grau de Doutoramento.



- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonhas S. (2003) – **Collecting and interpreting qualitative materials**. Londres: SAGE Publications, 2ª Edição. ISBN 0 -7619-2687-9
- DUNNING, J. H. (1995) – Reappraising the eclectic paradigm in an age of alliance capitalism. *Journal of International Business Studies*, Vol. 26, N.º.3, p. 461- 491.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- FRANCO, M. (2001) – **O Processo de Cooperação nas Empresas Portuguesas: Formação, Implementação e Desenvolvimento**. Tese de doutoramento, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- FRITSCH, M.; LUKAS, R. (2001) – Who cooperates on R&D. *Research Policy*, Vol. 30, N.º 2, p. 297-312.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1995) – **O inquérito: Teoria e Prática**. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-8027-13-3
- GLAISTER, K. W.; BUCKLEY, P. J. (1996) – Strategic Motives For International Alliance Formation. *Journal of Management Studies*, Vol. 33, N.º 3, p. 301-332.
- GUERREIRO, Inês (2009) – **Desafios de Um Modelo Integrado**. Lisboa: Companhia de Ideias. Abril de 2009, 2ª Edição. Depósito Legal 293793/09.
- GULATI, Ranjay (1998) – Where Do Interorganizational Networks Come From. *American Journal of Sociology*, Northwestern University, Vol. 104, N.º. 5, p. 473-506.
- HAKANSSON, H., SNEHOTA, I. (1995) – **Developing Relationships in Business Networks**. Londres: Routledge.
- HAMALAIEN, T., SCHIENSTOCK, G. (2000) – **Innovation Networks and Network Policies**. OCDE, no site [<http://www.oecd.org/dataoecd/35/8/2100869.pdf>] (29/05/2009).
- HUXHAM, Chris; MACDONALD, David (1992) – Introducing Collaborative Advantage: Achieving Interorganizational Effectiveness through Meta-Strategy. *Management Decision*, Vol. 30, N.º 3, ABI/INFORM Global, p. 50-56.



- JOHNSON, James A.; WECHSLER, Barton (1990) – The development of an interorganizational network in state government: Improved performance through action research. *International Journal of Public Administration*, Department of Health Services Administration, Medical University of South Carolina, Vol. 13, Nº 5, p. 689 – 706.
- KAPUCU, Naim (2005) – Interorganizational Coordination in Dynamic. *Department of Public Administration*, University of Central Florida no site [[http:// www.insna.org/Connections-Web/Volume26-2/4.Kapucu.pdf](http://www.insna.org/Connections-Web/Volume26-2/4.Kapucu.pdf)] (28 de Maio de 2009).
- KNABE, T.; SCHILLO, M.; FISCHER, K. (2003) – Inter-organizational Networks as Patterns for Self-organizing Multiagent Systems. Em *International Workshop for Multiagent Interoperability at the German Conference*, no site [<http://www.virtosphere.de/data/publications/conferences/2003/KnabeSchilloFischer.AAMAS03.pdf>], p. 1036-1037 (29/07/2009).
- KONG, Dejun (2007) – Another Social Force: Inter-Organizational Network Culture. *University in St. Louis*, no site [<http://www.midwestacademy.org/proceedings/2007/papers/mam07p11.pdf>] (Consultado em 2/12/2009).
- LATIMAN, Joanna (2003) – **Investigação qualitativa avançada para Enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-811-6.
- LEITE, M. et al. (1989) – **Trabalho de Projecto 1. Aprender por Projectos Centrados em Problemas**. Porto: Edições Afrontamento.
- LESSARD-HEBERT, Michelle et al. (1996) – **Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget.
- LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald. (2005) – **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 2ª Edição. ISBN 972-771-737-3
- LOONG, Alain Chong Yee; KENG-BOON, Ooi (2008) – Adoption of interorganizational system standards in supply chains. *Industrial Management & Data Systems*, Vol. 108, Nº.4, p. 529-547, no site [www.emeraldinsight.com/0263-5577.htm].



- LUNDEVALL, Bengt-Ake (2003) – **Innovation, competence building and social cohesion on Europe: toward a learning society**. Cheltenham: Edward Elgar. ISBN 1-84064-980-1
- MANCE, E. (1999) – A Revolução das Redes. São Paulo: *Informa, Vozes*, CEPAT, Ano 5, N.º 51, Junho de 1999.
- MANDELL, Myrna P. (1988) – Intergovernmental management in interorganizational networks: a revised perspective. *International Journal of Public Administration*, California, Vol. 11, N.º 4.
- MANEN, Max van (1990) – **Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy**. Canada: Althouse. Suny Series in the Philosophy of Education.
- MANEN, Max van (2009) – **Human Science Research**. No site [<http://www.phenomenologyonline.com/max/teaching/edse611.html>] (Consultado em 5/12/2009)
- MARCUS, M. T.; LIEHR, P., R. (2001) – **Abordagens de Pesquisa Qualitativa**. In WOOD, G. L.; HABER, J. – Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 4ª edição, p.122-139.
- MARSAHL, Alfred (1997) – **Principles of Economics**. Nova York: 1ª edição. ISBN 1-57392-140-8
- MORGAN, K. (1997) – The Learning Region: Institutions, Innovation and Regional Renewal. *Regional Studies*, Vol. 31, N.º. 5, p. 491-503.
- MS - Ministério da Saúde (2009) – **Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social**. No site [<http://www.rncci.min-saude.pt>] (28 de Maio de 2009).
- MS - Ministério da Saúde (S/ Ano) – **Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência**. Lisboa: IQS – Instituto da Qualidade em Saúde. No site [<http://www.cm-alcochete.pt/redesocial/pdf/Qualidade%20nas%20respostas%20sociais/Guioes%20Tecnicos/Modelo%20de%20avaliacao%20de%20Qualidade%20das%20U.I.pdf>] (28 de Maio de 2009).



- NOGUEIRA, J. M. de Abreu (2009) – **Cuidados Continuados: Desafios**. Lisboa: Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2005) – **Compreender o crescimento económico: nível macro, nível industrial, nível empresarial**. Cascais: Principia. ISBN 972-8818-55-6
- ORMAN, Levent V. (2008) – Knowledge-based intermediaries. *International Journal of E-Business Research*, Vol. 4, N.º 2, Pág. 1-13, Abril-Junho de 2008.
- PESÄMAA, Ossi (2006) – **Development of Relationships in Interorganizational Networks**. Luleå University of Technology: Tese de Doutoramento. ISSN 1402-1544
- PROVAN, Keith G.; FISH, Amy; SYDOW, Joerg (2007) – Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, University of Arizona, Vol. 33.
- QUINTÃO, Cartola (2004) – **Terceiro Sector – Elementos para Referenciação Teórica e Conceptual**. Braga: V Congresso Português de Sociologia, Universidade do Minho, Comunicação no Atelier: Mercados, Emprego e Trabalho, no site [<http://www.letras.up.pt/isociologia/uploads/files/Working5.pdf>] (2/06/2010).
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (2008) – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva Publicações, 5ª Edição. ISBN 978-972-662-275-8
- RICHARDSON, George B. (1972) – The Organisation of Industry. *The Economic Journal*, Vol. 82, N.º 327, p. 883-896.
- ROBSON, Sue; FOSTER, Angela (1989) – **Qualitative Research in Action**. Reino Unido: British Library. ISBN 0-85264-304-7
- ROCHA, Sandra Maria Fevereiro Marnoto (2009) – **O Franchising numa Perspectiva de Articulação de Competências**. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), Tese de Doutoramento, no site [<http://hdl.handle.net/10216/7446>] (3/07/2009).



- ROSENFELD, S. A. (1997) – Bringing Business Clusters into the Mainstream of Economic Development. *European Planning Studies*, Vol. 5, Nº. 1, no site [<http://www.cherry.gatech.edu/sim/refs/rosen.pdf>] (28/05/2010).
- SEALE, Clive; GOBO, Giampietro; GUBRIUM, Jaber F.; SILVERMAN, David (2007) – **Qualitative Research Practice**. Londres: SAGE Publications. ISBN 978-1-7619-4776-9
- SEUFERT, Andreas; BACK, Andrea; KROGH, Georg von (2003) - **Knowledge management and networked environments: leveraging intellectual capital in virtual business communities**. New York: Amazon, p. 99 – 136. ISBN 0-8144-0742-0
- SNEHOTA, I. (1993) – **Markets as networks and the nature of the market process**. Em SHARMA, D. (1993) – Advances in International Marketing. Greenwich: JAI Press, Industrial Networks, Vol. 5.
- SPENCE, M. M., Mannin, L. M. e Crick, D. (2008) – An investigation into the use of collaborative ventures in the internationalisation of high performing Canadian SMEs. *European Management Journal*, N.º 26, p. 412-428.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Loures: Lusociência, 2ª ed. ISBN 972-8383-29-0.
- SZETO, E. (2000) – Innovation capacity. *The TQM Magazine*, Vol. 12, Nº. 2, p. 149 – 157.
- THOMPSON, G. F. (2003) – **Between Hierarchies and Markets: The logics and limits of network forms of organizations**. Oxford: Oxford University Press.
- TURATO, Egbert Ribeiro (2003) – **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construções teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. São Paulo: Editora Vozes. ISBN 85.326-2751-X.
- UMCCI - Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007) – **Fluxos de Referência de Utentes**. Directiva Técnica nº 1/UMCCI/2007 de 13/03/2007.



- ZHAO, L.; ARAM, J. D. (1995) – Networking and growth of young technology-intensive ventures in China. *Journal of Business Venturing*, Vol. 10, N.º 5, p. 349-370.

ANEXOS





ANEXO I

Documentos comprovativos das autorizações formais concedidas pelas instituições.

Pedro Ferreira Duarte
Rua da Estrada – Sarnadas de S. Simão
6160-551 Oleiros
Portugal
Tel: 939308816
pedroferreiraduarte@gmail.com

Exmo. Sr. Joaquim Morão, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Idanha-a-Nova

Assunto: Pedido de autorização para inclusão da Instituição no estudo *“As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos”*

Pedro Ferreira Duarte, nascido a 03/07/1985, nacionalidade Portuguesa, na qualidade aluno de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior, vem por este meio manifestar o seu desejo em realizar parte da investigação para a Dissertação de Mestrado na Unidade de Cuidados Continuados inserida nesta instituição.

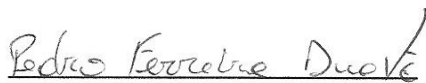
A investigação referida tem por base o estudo das Unidades de Cuidados Continuados do distrito particularizando o seu funcionamento inter-organizacional. O estudo será operacionalizado através de uma entrevista ao director clínico, director técnico e coordenador da Unidade em simultâneo.

Desde já fica bem saliente que os resultados desta investigação serão mencionados como um todo, ou seja, abordar-se-ão sempre estes resultados ao nível do Distrito de Castelo Branco, jamais será citada uma Unidade como um caso individual.

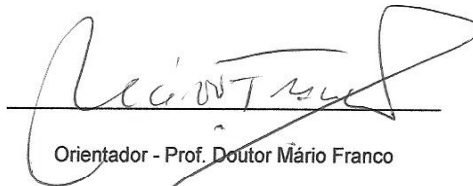
Agradece toda a atenção que lhe possa ser disponibilizada, ficando a aguardar, na expectativa de poder incluir a instituição que representa nesta investigação.

Sem outro assunto de momento se subscreve, colocando-se ao inteiro dispor para algum esclarecimento adicional.

Atenciosamente,



Investigador - Pedro Ferreira Duarte



Orientador - Prof. Doutor Mário Franco

Manifesto interesse e disponibilidade em nome da instituição para a realização do estudo, *“As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos”* na UMDR e ULDM da Santa Casa da Misericórdia de Idanha-a-Nova.



Sr. Joaquim Morão

Pedro Ferreira Duarte
Rua da Estrada – Sarnadas de S. Simão
6160-551 Oleiros
Portugal
Tel: 939308816
pedroferreiraduarte@gmail.com

Exmo. Sr. Dr. Jorge Gaspar, Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Fundão

Assunto: Pedido de autorização para inclusão da Instituição no estudo *“As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos”*

Pedro Ferreira Duarte, nascido a 03/07/1985, nacionalidade Portuguesa, na qualidade aluno de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior, vem por este meio manifestar o seu desejo em realizar parte da investigação para a Dissertação de Mestrado na Unidade de Cuidados Continuados inserida nesta instituição.

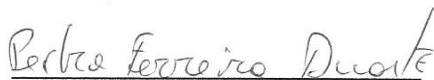
A investigação referida tem por base o estudo das Unidades de Cuidados Continuados do distrito particularizando o seu funcionamento inter-organizacional. O estudo será operacionalizado através de uma entrevista ao director clínico, director técnico e coordenador da Unidade em simultâneo.

Desde já fica bem saliente que os resultados desta investigação serão mencionados como um todo, ou seja, abordar-se-ão sempre estes resultados ao nível do Distrito de Castelo Branco, jamais será citada uma Unidade como um caso individual.

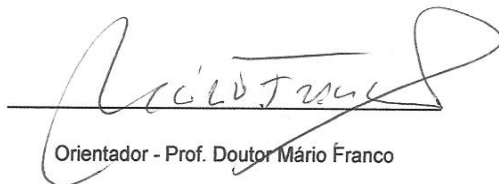
Agradece toda a atenção que lhe possa ser disponibilizada, ficando a aguardar, na expectativa de poder incluir a instituição que representa nesta investigação.

Sem outro assunto de momento se subscreve, colocando-se ao inteiro dispor para algum esclarecimento adicional.

Atenciosamente,



Investigador - Pedro Ferreira Duarte



Orientador - Prof. Doutor Mário Franco

Manifesto interesse e disponibilidade em nome da instituição para a realização do estudo, *“As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos”* na UMDR e ULDM da Santa Casa da Misericórdia do Fundão.



Dr. Jorge Gaspar

Fundão, Março de 2010

Pedro Ferreira Duarte
Rua da Estrada – Sarnadas de S. Simão
6160-551 Oleiros
Portugal
Tel: 939308816
pedroferreiraduarte@gmail.com

Exmo. Sr. António Natário, Presidente da Direcção do Centro Social Padre Tomas d’Aquino Vaz Azevedo

Assunto: Pedido de autorização para inclusão da Instituição no estudo “*As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos*”

Pedro Ferreira Duarte, nascido a 03/07/1985, nacionalidade Portuguesa, na qualidade aluno de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior, vem por este meio manifestar o seu desejo em realizar parte da investigação para a Dissertação de Mestrado na Unidade de Cuidados Continuados inserida nesta instituição.

A investigação referida tem por base o estudo das Unidades de Cuidados Continuados do distrito particularizando o seu funcionamento inter-organizacional. O estudo será operacionalizado através de uma entrevista ao director clínico, director técnico e coordenador da Unidade em simultâneo.

Desde já fica bem saliente que os resultados desta investigação serão mencionados como um todo, ou seja, abordar-se-ão sempre estes resultados ao nível do Distrito de Castelo Branco, jamais será citada uma Unidade como um caso individual.

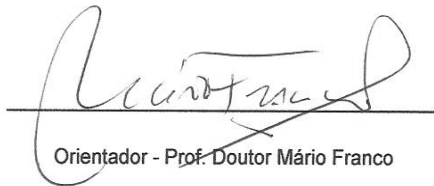
Agradece toda a atenção que lhe possa ser disponibilizada, ficando a aguardar, na expectativa de poder incluir a instituição que representa nesta investigação.

Sem outro assunto de momento se subscreve, colocando-se ao inteiro dispor para algum esclarecimento adicional.

Atenciosamente,



Investigador - Pedro Ferreira Duarte



Orientador - Prof. Doutor Mário Franco

Manifesto interesse e disponibilidade em nome da instituição para a realização do estudo, “*As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos*” na ULDM do Centro Social Padre Tomas d’Aquino Vaz Azevedo.



Sr. António Natário

Orvalho, Março de 2010



ANEXO II

Guião de Entrevista - Procedimento desde o pedido de autorização até à realização de entrevista



GUIÃO DE ENTREVISTA

Procedimento desde o pedido de autorização até à realização de entrevista

Pedido de autorização

O acto do pedido de autorização para a realização do estudo será feito pessoalmente, precedido de contacto telefónico (para agendar e anunciar a visita) e passará pelos seguintes passos:

- Principiar pela auto-apresentação do investigador;
- Explicar sumariamente o estudo;
- Explicitar a forma como se espera que a instituição participe;
- Enaltecer que as informações serão confidenciais e que as declarações serão identificadas com informantes A, B, C, etc. ou outro código escolhido;
- Advertir para necessidade de gravação áudio da entrevista;
- Assinalar que após a finalização e defesa do Estudo o investigador compromete-se a enviar um exemplar para a instituição;
- Mostrar disponibilidade e flexibilidade para adaptação ao funcionamento da unidade de forma a causar o mínimo de impacto possível;
- Combinar dia e horário para entrevista;
- Só no final solicitar a assinatura dos pedidos formais de autorização.

Procedimento no dia da entrevista

- Providenciar local isolado, calmo e agradável para a realização da entrevista;
 - Antes de iniciar a entrevista propriamente dita propiciar a criação de um diálogo agradável através de uma primeira apresentação pessoal (abordar ocupação profissional, razão do ingresso no mestrado, etc.) e facilitar a comunicação dos intervenientes, procurando que estes também se abram e fiquem mais à vontade num diálogo aberto;
 - Passar à explicação sintética do estudo;
-



- Pedir uma primeira opinião “off record” acerca do tema, perguntar se acham uma temática interessante, mais uma vez fomentando a comunicação aberta e um clima de conversação saudável, agradável, reduzindo o stress;
- Enaltecer que as informações serão confidenciais e que as declarações serão identificadas com informantes A, B, C, etc. ou outro código escolhido;
- Advertir para a necessidade de gravação áudio da entrevista;
- Sublinhar que não se pretende uma resposta única de cada um mas sim, para cada temática, poderão dar uma resposta aberta, em que cada um pode dar o seu contributo, podendo discorrer livremente acerca do assunto;
- Destacar que, após uma primeira análise, caso se despistem lacunas na informação recolhida, imprecisões ou respostas em que o sentido é dúbio se contactará telefonicamente para se pedir esclarecimento;
- Enaltecer que, para além disso, no prazo de 1 a 2 semanas após a realização da entrevista será enviado por correio electrónico a transcrição integral da entrevista, possibilitando aos participantes confirmar e corroborar do seu conteúdo, acrescentar ou retirar algo ao que foi transmitido;
- Assinalar que após a finalização e defesa do Estudo o investigador compromete-se a enviar um exemplar para a instituição.

Questões do Guião de Entrevista

As questões seguidamente enumeradas e o conteúdo a transmitir que delas se pretende não são vinculativos ou rígidos, são meramente orientadores. Como é esperado numa entrevista semi-directiva, a ordem das temáticas a abordar poderá, no decorrer da entrevista sofrer alterações. Por outro lado e acrescentando, poderão ser eliminadas questões se o investigador considerar que esse assunto já foi devidamente esclarecido e abordado pelos informantes ou, por oposições, poderão ser levantadas novas questões se o conteúdo transbordado das informações transmitidas não for suficientemente esclarecedor.

1. Como classificam e caracterizam a rede de cuidados continuados como rede inter-organizacional?



Pretende-se que sejam abordados os seguintes tópicos (nesta fase inicial por traços latos, deixando os incentivando o entrevistando a comunicar livremente as sua elações mais genéricas acerca do tema deixando espaço e tempo para que ele reflecta acerca da temática, propiciando um ambiente fértil para a condução da entrevista):

- metodologia de trabalho;
- estruturação;
- mecanismo de operação / perspectiva relacional;
- premissas que pautam a sua evolução e desenvolvimento;
- heterogeneidade de actores, actividades, recursos, competências e relacionamentos, intra e extra rede;
- conhecimento produtivo que, dada a heterogeneidade dos actores, se encontra disperso e necessita de coordenação;
- desenvolvimento das competências e relacionamentos;
- da existência paradoxal de estabilidade e mudança contínua numa rede;
- da diversidade como potencial factor de desenvolvimento e inovação.

2. Eficiência, competência, competitividade e dinâmica dos CCI no seio do sector social e da saúde?

Espera-se que, neste tópico, em vez de uma comunicação descritiva e teórica acerca da eficiência, competência, competitividade e dinâmica dos CCI, se insurja o insuflamento da opinião individual dos informantes para que, não estando presos a definições ideológicas isoladas da prática, revelem o que realmente pensam acerca do assunto de uma forma crítica e de análise.

3. Descrevam quais os constituintes da rede de funcionamento dos CCI envolvidos no funcionamento da unidade que representa? Explique esse envolvimento?

Neste ponto, pretende-se que sejam enumerados os elos de comunicação e inter-relação funcional da unidade para com outros intervenientes organizacionais implícitos ao seu funcionamento.



Depois dessa primeira identificação, os entrevistados serão incutidos à explicação dessa ligação organizacional, sendo esmiuçadas as suas principais particularidades.

4. Caracterizem a comunicação, cooperação e coordenação entre as estruturas da rede enunciadas? Qual a importância destes factores para o funcionamento da unidade a nível individual? E numa perspectiva global, qual a importância para a rede?

Esta questão, partindo da resposta anterior, visa a indução de uma perspectiva inversa para que, desta vez, no sentido **Elos de ligação → Organização** se identifique qual a importância de cada um deles para a organização e para o seu funcionamento, assim como globalmente para a própria RNCCI.

Pretende-se adquirir a caracterização das ligações inter-organizacionais, identificando cada um dos extremos de elo, explicitando o seu posicionamento em termos de comunicação, cooperação e coordenação.

5. No que se refere à plataforma informática, como definem a sua utilidade e funcionamento?

Pretende-se que sejam abordados os seguintes tópicos:

- Nova geração de intermediários - mercado electrónico
- Vantagens e desvantagens/ prós e contras
- Novas tecnologias de comunicação: automatismos ou reduções da intermediação vs. novos intermediários tecnológicos que complementem as organizações humanas

6. Tendo em conta o recente desenvolvimento dos CCI e da unidade que representam especificamente, comentem esta afirmação: “Para a cimentação da cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos actores, é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes, mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles.” (adaptado de Kong, 2007)

Esta questão é aberta e complementar às informações transmitidas esperando-se, no entanto, que os participantes se identifiquem com a afirmação e se pronunciem acerca do seu próprio



tempo de aprendizagem e amadurecimento, obviamente no espectro da qualidade e intensidade do relacionamento inter-organizacional.

7. Quais os possíveis benefícios/malefícios do funcionamento em rede, em termos gerais?

Esta questão visa, sobretudo, desvendar e analisar a temática do funcionamento em rede procurando, acima de tudo, preparar a questão seguinte. A resposta é aberta e os pontos abaixo assinalados não são vinculativos, sendo que apenas poderão servir de exemplo no caso de haver necessidade de “espicaçar” os informantes para a resposta.

- Custos de transacção (barreiras de informação, vias de comunicação linguagem análoga, confiança e reciprocidade entre os cooperantes)
- Fluxos de informação e eficiência do mecanismo
- Eficiência na obtenção e exploração de recursos
- Racionalização da produção
- Sinergias equilibram a produção
- Meio de aprendizagem
- Quadro dissipativo de tempo, energia e recursos que caracterizam relações não produtivas
- Complementaridade de competências no seio da rede
- Flexibilidade/inflexibilidade ou adaptabilidade/inadaptabilidade
- Lealdade e justiça no trabalho em rede
- Autonomia vs. Interdependência
- Cooperação / gestão de recursos disponíveis
- Níveis de inter-visibilidade

8. Pontos fortes e virtudes da emergente rede de CCI como rede inter-organizacional?

Em continuidade ao que foi dito para a questão anterior, esta visa a emersão da opinião dos entrevistados acerca da RNCCI no prisma inter-organizacional.



Enquanto na questão anterior, porque se assume como uma pergunta de preparação, o investigador pode “espicaçar” os informantes e procurar as suas ilações acerca dos tópicos acima assinalados, aqui espera-se uma resposta o mais fidedigna possível, com o mínimo de interferência do investigador, pelo que não são convenientes tópicos de abordagem.

9. Estruturas e processos que possibilitam o funcionamento em rede? Propostas e opiniões acerca de mecanismos não funcionantes ou obsoletos, sugestões de adaptabilidade para os existentes ou meios que deveriam existir e não existem?

Nesta questão não se pretende a abordagem da essência do funcionamento em rede, mas sim os meios disponíveis para que esse elo seja possível.

Em primeiro lugar espera-se que seja feita uma enumeração de todos os meios de comunicação possíveis (nomeadamente, a plataforma, o email, o contacto via telefónica/fax, os envio de informações por CTT, as reuniões pessoais directas, a transmissões de informações através de intermediários, por exemplo, o bombeiro aquando do transporte de um utente, entre outros).

Seguidamente, espera-se cada um destes meios sejam abordados numa perspectiva de análise crítica construtiva com abordagem às sugestões de soluções possíveis.

10. Quais as áreas deficitárias e com necessidade de desenvolvimento? Que dificuldades, angústias e obstáculos prejudicam ou limitam o funcionamento Inter-Organizacional? Expliquem.

De acordo com o enunciado para a questão 8, também aqui se pretende a mesma abordagem, mas neste caso encarando as angústias e obstáculos sentidos. Pretende-se que esta resposta seja um complemento à anterior e que, para além das estruturas e processos, se refiram também outros pontos marcantes no funcionamento organizacional. Exemplos dessas outras premissas pode ser a necessidade de formação, a falta de tempo, a falta de motivação, entre outras.

11. Para finalizar e rematar o que se tem vindo a afirmar sobre o funcionamento em rede dos cuidados continuados, expliquem quais as vantagens assim como as desvantagens do trabalho em rede destas unidades.



Mais do que acrescentar conteúdo, esta questão objectiva a síntese e clarificação das informações pronunciadas nas questões anterior, da validação e complementação da informação transmitida.

12. Como descrevem o desenvolvimento do funcionamento Inter-Organizacional desde a formação até ao ponto actual em que se encontra a unidade que representam?

Como tem sido linear até este ponto, também aqui se espera que os informantes explicitem o desenvolvimento individual da unidade em que estão inseridos e paralelamente, comentem a evolução ainda recente da RNCCI.

13. Segundo o Ministério da Saúde (2009) um dos valores da RNCCI que rege a sua missão é o seguinte: “Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede”. Comentem esta posição de acordo com a realidade que se verifique na prática.

Tendo em conta que este é um dos principais valores da missão da RNCCI pretende-se que os informantes completem, se necessário, a resposta anterior tendo em conta esta afirmação sendo questionados quanto ao desenvolvimento da RNCCI neste sentido específico.

14. Quais as expectativas de futuro? O que esperam desta Unidade em particular e da RNCCI no geral?

Também nesta última questão se espera uma abordagem mais particular e outra mais geral, sempre afunilando para a valência inter-organizacional caracterizadora da rede.



ANEXO III

Quadro elucidativo da Afecção entre as Questões de Investigação e as Questões Aplicadas na Entrevista



QUADRO ANEXO

Afectação entre as Questões de Investigação e as Questões Aplicadas na Entrevista

Questões de Investigação	Perguntas do Guião de Entrevista
<p>1) Quais os constituintes da rede de funcionamento Inter-organizacional das várias estruturas envolvidas na RNCCI e caracterização desse envolvimento?</p>	<p>1. Como classificam e caracterizam a rede de cuidados continuados como rede inter-organizacional?</p> <p>2. Eficiência, competência, competitividade e dinâmica dos CCI no seio do sector social e da saúde?</p> <p>3. Descrevam quais os constituintes da rede de funcionamento dos CCI envolvidos no funcionamento da unidade que representa? Explique esse envolvimento?</p>
<p>2) Qual o significado atribuído pelos profissionais intervenientes à comunicação, cooperação e coordenação no contexto Inter-organizacional?</p>	<p>4. Caracterizem a comunicação, cooperação e coordenação entre as estruturas da rede enunciadas? Qual a importância destes factores para o funcionamento da unidade a nível individual? E numa perspectiva global, qual a importância para a rede?</p> <p>5. No que se refere à plataforma informática, como definem a sua utilidade e funcionamento?</p> <p>6. Tendo em conta o recente desenvolvimento dos CCI e da unidade que representam especificamente, comentem esta afirmação: <i>“Para a cimentação da cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos actores, é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes, mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles.”</i> (adaptado de Kong e Carpenter, 2007)</p>



<p>3) Qual a percepção dos profissionais quanto aos factores presentes ou potenciais facilitadores do funcionamento Inter-organizacional?</p>	<p>7. Possíveis benefícios/malefícios do funcionamento em rede, em termos gerais?</p> <p>8. Pontos fortes e virtudes da emergente rede de CCI como rede inter-organizacional?</p> <p>11. Para finalizar e rematar o que tem vindo a afirmar sobre o funcionamento em rede dos cuidados continuados, explique quais as vantagens assim como as desvantagens do trabalho em rede destas unidades.</p>
<p>4) Que dificuldades, angústias e obstáculos prejudicam ou limitam o funcionamento Inter-organizacional?</p>	<p>9. Estruturas e processos que possibilitam o funcionamento em rede? Propostas e opiniões acerca de mecanismos não funcionantes ou obsoletos, sugestões de adaptabilidade para os existentes ou meios que deveriam existir e não existem?</p> <p>10. Quais as áreas deficitárias e com necessidade de desenvolvimento? Que dificuldades, angústias e obstáculos prejudicam ou limitam o funcionamento Inter-Organizacional? Expliquem.</p> <p>11. Para finalizar e rematar o que tem vindo a afirmar sobre o funcionamento em rede dos cuidados continuados, explique quais as vantagens assim como as desvantagens do trabalho em rede destas unidades.</p>
<p>5) Quais as vivências e opiniões dos profissionais relativamente ao desenvolvimento do funcionamento Inter-organizacional desde a formação até ao ponto actual em que se encontra a unidade que representa, a nível individual, e da RNCCI como</p>	<p>12. Como descrevem o desenvolvimento do funcionamento Inter-Organizacional desde a formação até ao ponto actual em que se encontra a unidade que representam?</p> <p>13. Segundo o Ministério da Saúde (2009) um dos valores da RNCCI que rege a sua missão é o seguinte:</p>



<p>um todo?</p>	<p><i>“Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede”</i>. Comentem esta posição de acordo com a realidade que se verifique na prática.</p>
<p>6) Quais as expectativas dos profissionais relativamente aos futuros progressos da RNCCI e da unidade específica em que estão inseridos relativamente ao funcionamento inter-organizacional?</p>	<p>14. Quais as expectativas de futuro? O que esperam desta Unidade em particular e da RNCCI no geral?</p>



ANEXO IV

Transcrição das Entrevistas

ENTREVISTA NA UCCI 1 – 5 ABRIL 2010

Como classificam e caracterizam a rede de cuidados continuados como rede inter-organizacional? O que têm a dizer sobre isto?

Directora Técnica: Eu acho que é um tipo de resposta necessária mas que ainda estará a precisar de alguns ajustes.

Coordenador: A rede é algo que é relativamente recente. Já houve alguns projectos-piloto primeiro para também tentarem perceber quais eram os problemas dessa rede inter-organizacional.

Tenta ser uma rede inter-organizacional que tenha respostas nos dois sentidos, que não seja só a vertente das unidades coordenadoras para as prestadoras, mas também das prestadoras para as coordenadoras. Existe essa tentativa. Obviamente ainda existem vários problemas a esse nível. Alguns deles têm sido resolvidos, outros ainda não. Obviamente isto ainda é um projecto recente, a rede nacional de cuidados continuados é um projecto relativamente recente. Mas alguns desses problemas têm sido resolvidos. Têm surgido outros novos (pausa/hesitação), e por aí fora...

O contacto, da nossa experiencia aqui, a nível de comunicação entre as diferentes organizações não tem sido muito difícil, pelo menos temos conseguido contactar, nós como prestadores, com os coordenadores. É relativamente fácil. Pelo telefone, pela internet, fax, inclusive. Tem havido, tem havido duplo sentido, pelo menos aqui no nosso caso.

Sim. Pronto, era mais ou menos isso que esperava que falassem. Em organizações com um conjunto... que era para depois abordarem mais à frente, com mais pormenor, quais são essas ligações que falaste, que são feitas então nos dois sentidos. Era também para espicaçar um bocadinho do que é que... para verem do que é que vamos falar mais à frente.

Como falaste que era uma rede recentemente criada, e aqui também a parte das experiencias que têm de outras áreas em que possam fazer um ponto de comparação, queria que me falassem de eficácia, competência, competitividade e dinâmica dos cuidados

continuados integrados no seio do sector social e da saúde. Isto foi criado à muito pouco tempo, aqui à seis anos atrás não havia rede... O que é que mudou?

Director Clínico: Uma maior abertura para a sociedade, sobretudo para aliviar os *Hospitais* que estavam cheios de situações crónicas, situações que não justificam estar a ocupar camas durante n meses às vezes, portanto isto foi uma maneira de melhorar um bocadinho esse problema.

Mais alguma coisa?

Director Clínico: Veio trazer benefícios para a população. Os cuidados aqui são um bocadinho diferentes dos dos *Hospitais*... os doentes não estão tão, quero dizer, abandonados, estão lá numa cama não têm tanto apoio, tanta assistência como têm aqui propriamente. Também acho que é vantajoso para o próprio doente em si.

Sim.

Coordenador: Também pode, não só a nível de *Hospitais* como a nível de... qualquer serviço de internamento como a sobrecarga a nível familiar.

Sim.

Director Clínico: Sim.

Coordenador: Muitas vezes haviam doentes que estavam em casa, recebiam apoio da família, mas ninguém lhe conseguiu dar a resposta adequada a esses, às necessidades desses familiares ou então dependentes.

Com o surgimento da rede, consegue-se dar outro tipo de resposta para essas situações, não só a nível de internamento, como de cuidados domiciliários. Não só através dos chamados... (hesitou) não só através dos serviços de tratamento, mas também de prevenção, de ensinamentos...

Pronto... pelo que percebi, então, e corrijam-me se estiver enganado, temos uma nova resposta, uma melhor resposta tanto em termos de saúde como de apoio social, para diminuir a sobrecarga em termos *Hospitalares*, e temos também a parte social, e por isso são definidos como um sector misto social e de saúde, que tem os apoios aos familiares.

Pronto... Vamos passar à terceira... E agora queria que falassem mais naquilo que vinha... que alertei há bocadinho! Falarem, descreverem quais os constituintes do funcionamento dos cuidados continuados integrados envolvidos no funcionamento da unidade que representam e depois explicar um bocadinho esse envolvimento. E aqui alerto para uma coisa: sabe-se, eu também vi e vocês de certeza que também, na teoria têm que haver aquelas ligações e aqueles... que está estipulado! Mas eu quero na prática não é bem assim e às vezes as coisas podem ser feitas de outra maneira, melhor ou pior, sem estar a caracterizar. Quero que falem na prática, quais são essas ligações e como é que são feitas.

Directora Técnica: Mas as ligações... a admissão de um utente? O que é que leva à admissão? Os contactos que se fazem?

Isso também mas tudo o que está ligado a outros constituintes da rede. Ou outras organizações que podem até não fazer parte da rede.

Director Clínico: O encaminhamento dos utentes para aqui?

Por exemplo, quando vem um utente, quem é que contacta, quais é que são as entidades que contactam, como é feita essa...

Directora Técnica: Referenciação, não é?...

Coordenador: Também... É assim, nós aqui, quando recebemos utentes, eles têm de passar por uma triagem, triagem essa que é feita ou por ECCI, que são as equipas de cuidados continuados integrados que normalmente são as que trabalham na área dos cuidados de saúde primários, Centros de Saúde; e existem as EGA, equipas de gestão de altas, que são as que estão no *Hospital*. Esses é que fazem a referenciação dos utentes para o internamento ou então eles próprios referenciam-nos para a área de eles próprios, ou então ficam só neles.

Então é assim, para as unidades de internamento, essas ECCI e essas EGA fazem referência sem o nosso conhecimento, como é óbvio... Elas (as admissões) só nos aparecem numa plataforma... são eles que avaliam, as EGA e as ECCI, e se acharem haver necessidade de recorrerem a uma unidade de internamento para esse paciente, esse doente, referenciam-no na plataforma. Essa seriação de doentes que vão entrar aqui, ser admitidos aqui, é feita pelas entidades coordenadoras locais e regionais (ECL e ECR). No nosso caso, a local é da Sertã e a regional é a de Coimbra. São eles que vão triar e fazer essa seriação. Na qual nós também não temos.

Director Clínico: A gente não interfere nada nesse campo.

Coordenador: Depois... é na plataforma, nós temos acesso a todos os... ao historial clínico, social, de enfermagem, a todas essas avaliações que estão na plataforma, antes do doente entrar. Pelo menos, no mínimo dos mínimos, um dia antes, vinte e quatro horas antes temos acesso a todos esses dados.

O doente é admitido...

Directora Técnica: Antes de ser admitido, da minha parte, eu contacto sempre a família, antes...

Telefonicamente?

Directora Técnica: Sim, telefonicamente. O que eles pretendem é que se peça à família para vir cá antes da admissão mas isso é complicado. Eu normalmente telefono só para confirmar o dia em que vem e a data e há situações em que tiram dúvidas, em que querem saber o que é preciso fazer, a roupa, medicação, pronto é mais isso...

O contacto é para confirma que o familiar vem para cá, a que horas vêm, que estará cá o enfermeiro, que estarei eu, se cá estiver... será feita a admissão, depois será feita uma entrevista... isso tudo telefonicamente. (pausa) Depois é admitido.

Coordenador: Depois é admitido. Depois então existe, nós conseguimos então que haja esse duplo sentido de comunicação, com a nossa entidade coordenadora local. Existe, sem dúvida.

Com as EGA, nem tanto, nem com as ECCL. Só se faz, basicamente, num sentido... é deles para nós. Na admissão.

Na alta, muitas vezes, quando têm alta por alguma instituição, ou sendo pela referência, a avaliação médica, a referência social, a avaliação de enfermagem, essa informação, essa instituição para onde vão... poderá ser outra unidade, poderá ser um lar, um centro de dia...

Director Clínico: O domicílio.

Coordenador: Para o domicílio vão também essas informações, para depois entregar, ou nessa ECCL, se existir, ou o médico de família do *Centro de Saúde* da área de residência da pessoa. Ora contacto directo, por exemplo quando alguém tem alta, nós comunicamos telefonicamente com o *Centro de Saúde*, por exemplo, para onde essa pessoa vai, isso não se faz. Também não se faz o contrário, eles também não nos comunicam quando é para acrescentar alguma coisa que seja necessária...

Nesse caso, se a informação não corresponder, por exemplo, quando é admitido um utente, não podem fazer o contacto?

Coordenador: A gente faz o contacto para a ECL, que é a nossa entidade coordenadora, com a EGA não temos, não vamos comunicar...

E a ECL depois contacta com a EGA e dá feedback?

Coordenador: Pronto... Pode haver casos em que (hesitou) isso já se passou. Houve um utente que cá tivemos, entrou, agudizou a situação, foi enviado ao *Hospital*... Como sabes, aqui com a nossa tipologia não podemos receber utentes em fase aguda de doença nem cuidados paliativos. O doente entrou, tinha todos os critérios de admissão, passados dois dias agudizou a situação e teve de ser enviado ao *Hospital*. O *Hospital* enviou-o para cá, medicou-o e enviou como se fosse uma unidade de agudos... Pronto, foi comunicado à ECL, foi enviado novamente à urgência e, então aí, já foi um representante da EGA que, contactado pela ECL, na urgência para falar com os intervenientes de, o pessoal de saúde, o que é que se passava e que tipo de unidade era esta. Depois tivemos o feedback da EGA para a ECL e da ECL para nós.

Directora Técnica: Em condições normais, a EGA referencia, nós admitimos o doente e não há necessidade de haver outro contacto com a EGA. Em situações normais, cumprem os critérios de referência.

(Todos demonstram concordância)

Coordenador: Nós, por exemplo, já aconteceu entrar em contacto com a EGA por causa de um utente que entrou, por causa de utentes que já tinham entrado... e desculpabilizam-se sempre com profissionais de saúde que não fazem parte dessa equipa de gestão de alta e dão a volta à situação...

Hum... Mas então há dois tipos de contacto, pelo que bem percebi! Por vezes utilizam a ECL como intermediária quando, nesse caso, se a informação que vem da ECL que provém da EGA, no caso *Hospitalar*... Contactam a ECL ou contactam primeiro a EGA e depois, se não resultar, contactam a ECL?

(Todos respondem ECL)

Coordenador: Sempre a ECL, a nossa unidade coordenadora.

Pronto... A ECL é sempre o ponto de contacto seja para resolver o que for.

Coordenador: No qual existe esse duplo sentido dessa relação inter-organizacional. Aí existe, sem dúvida nenhuma, um duplo sentido.

Director Clínico: É que a EGA, a EGA encaminha para a ECL... e a ECL, tanto faz ser do *Hospital*, da EGA como da ECCI, tem de enviar tudo para a ECL. E a ECL é que faz depois o encaminhamento para as unidades. Portanto o nosso contacto é com a ECL. A ECL, se entender, é que vai contactar a EGA ou a ECCI. A gente entra em contacto é com a ECL mesmo.

Coordenador: Os utentes que entram para cá também passam pela ECL ou pela ECR. Podem vir referenciados, sei lá, imaginem, da Mealhada, a Mealhada não tem nada a ver aqui com a nossa área de residência e vêm referenciados de lá e foi Coimbra que decidiu pô-lo aqui. Mas mesmo nesse caso nós entramos em contacto com a ECL apesar de não terem sido eles a decidir que determinada vaga era para esse indivíduo. Caso haja qualquer coisa nós comunicamos sempre com a ECL.

Pronto. Passando já à pergunta seguinte que vai tentar completar também o que já foi sendo dito e que já disseram mas que... se quiserem acrescentar mais alguma coisa! Era para descreverem quais os constituintes da rede de funcionamento dos cuidados continuados integrados que já foram... se faltar algum ser falado, por favor, digam!

E depois, e esta parte é que acho que não foi bem desenvolvida desta pergunta, que era explicar esse envolvimento. Quando contactam a ECL como é que é feito? Através da plataforma que já falaram? Telefonicamente? Pessoalmente? Via CTT? Por Email? Qual é?

Directora Técnica: Email e Telefone.

Coordenador: Email, telefone e fax.

Telefone, fax e email.

Agora gostava que me caracterizassem a comunicação, cooperação e coordenação entre as estruturas da rede enunciadas. Falar um bocadinho, caracterizar essa ligação em termos de comunicação, coordenação e cooperação. E depois que falassem da importância desses factores para o funcionamento da unidade a nível individual, e depois o funcionamento da rede em termos globais.

Queria que me falassem das coisas boas e das coisas más desses elos de ligação e do que têm sentido...

(pausa – informantes hesitantes)

Há bocadinho já falavam das coisas que pareciam não estar muito bem...

Coordenador: É assim. Pelo menos na minha opinião, e talvez de todos... já falamos várias vezes. A falta de formação: as pessoas que trabalham na rede e o que é que é a rede nacional de cuidados continuados, quais os objectivos, para o que serve e o que é que cada tipologia de unidades de internamento é, o que é que cada EGA é e o que é que a ECCI é.

Falta de formação, sem dúvida, é um dos aspectos que devia ser melhorado. Não era ontem, era anteontem! Sem dúvida que se nota perfeitamente, principalmente da parte do *Hospital*...

Director Clínico: (continua o discurso do interveniente anterior) E se realmente vêm doentes para aqui que não têm critérios para virem para uma unidade destas... Uns é para unidades de cuidados paliativos, outros é de curta duração... enviam para aqui doentes em fase aguda que não deviam vir! Doentes em fase terminal, que não deveriam vir para aqui! Não sei se isto é propositado se é, se é porque quem orienta não cumpre os critérios, não sabe os critérios. Mas que não deviam vir...

Coordenador: Da experiencia que eu tenho, e esquecendo aqui a unidade de internamento. Na ECCI, do *Centro de Saúde*, é que os profissionais de saúde que lá trabalham, ninguém sabe o que é a rede nacional de cuidados continuados, ninguém sabe os critérios de referenciação para essas unidades, ninguém sabe quais é que são os critérios de admissão na longa duração, nos cuidados paliativos, na média duração e curta duração, porque nunca ninguém lhes deu essa formação... As pessoas acabam por não ter culpa...

Director Clínico: (interpelando) Não se está a culpar ninguém. Mas...

Coordenador: (Continua) Agora, existe falta de formação, uma bastante grande falta nos intervenientes desta rede nacional de cuidados continuados. Por vezes...

Director Clínico: Eles justificam-se um bocado, pelo menos do *Hospital* justificam-se, que não há vagas nos outros sítios. Não há vaga nos paliativos, não há vaga nos de curta duração... Então, querem-se livrar dos doentes mandam-nos para outro sítio.

Então acham que essa falta de formação relativamente ao funcionamento em rede, aos critérios de referenciação afecta, então, a comunicação, cooperação e coordenação?

Director Clínico: Não afectará, não afecta muito a comunicação, essa não afecta. Afecta mais é o funcionamento da própria... que esta destinada à unidade.

Coordenador: Portanto essa coordenação, o objectivo... (quebra na comunicação)

Quando se pensa em coordenação, pensa-se que cada estrutura tem funções diferentes e compete-lhe ter actividades diferentes. E se existe então essa coordenação e essa distinção de funções?

(todos argumentam simultaneamente que existe)

Coordenador: ... e das EGA das ECCI isso existe! A nível de comunicação, nós aqui a comunicação é quase sempre com a ECL. Comunicamos com a ECL quando existe algum tipo de problema, algum tipo de questão que queiramos expor... dirigimo-nos sempre ECL. Depois a ECL poderá nos encaminhar para outras entidades. Não é a primeira vez que isso também acontece. Mas dá-nos sempre uma solução para o problema.

A nível da nossa comunicação com eles sim, faz-se, agora com EGA, ECCI e afins...

Sim, prioritariamente ECL e depois, só depois de encaminhados, é que contactam outras estruturas... (Pequena pausa)

Seguidamente vou falar-vos numa citação de um teórico e quero que comentem e que falem da rede de cuidados continuados tendo em conta que o seu desenvolvimento ainda é recente, ainda tem 6 anos, mais ou menos, de desenvolvimento:

“Para a cimentação da cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos actores é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes, mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles.”

O que é que têm a dizer sobre isto?

Coordenador: Vamos bater na tal história da falta de formação, pronto. E depois, a nível dos diferentes profissionais que trabalham na rede, pelo menos... existe uma boa relação e existe actualmente uma facilidade de comunicação entre todos.

Directora Técnica: É um percurso que se tem construído! Estamos a funcionar à um ano... Já passamos por alguns problemas que tivemos que resolver e mais surgirão, mas temos de arranjar forma de solucionar os problemas que vão surgindo. A tal que de... ir crescendo!

Director Clínico: Amadurecendo a ideia de melhorar o funcionamento da unidade. Também tem sido muito árduo, sobretudo muito trabalho de (Directora e Coordenador). Que há muitas coisas que deveriam estar mais..., vá lá, mais resolvidas, já antes da unidade estar a funcionar mas... mas tem se indo ultrapassando tudo, com mais trabalho ou menos trabalho tudo tem sido ultrapassado.

Directora Técnica: Eu acho que quem cá trabalha acredita, acredita no trabalho, pronto, nos objectivos que tem esta unidade... e acho que é com base nisso que se vai construindo o que temos hoje, sim, o que se construiu, o que temos hoje, o que podemos melhorar, há sempre a necessidade de melhorar. Todos os dias aprendemos, todos os dias achamos que poderíamos ter feito de outra maneira, que poderíamos ter feito melhor. Isto é um percurso que se vai...

Director Clínico: ... É um percurso que se vai adquirindo à nossa custa. Ninguém nos deu formação, ninguém nos deu formação para estarmos aqui na unidade.

(risos)

Coordenador: Esta unidade abriu... Antes de abrir vieram cá as entidades responsáveis por isto, pelos cuidados continuados, que nos prometeram mundos e fundos a nível de formação e até hoje... ou pelo menos até à unidade abrir, zero.

Então, pelo que me parece, os intervenientes da unidade têm demonstrado sempre interesse e abertura em termos de receber formação, em termos da tutela e das pessoas que...

Directora Técnica: (interrompendo) ou mesmo em coisas simples... quando começamos haviam dúvidas, eu digo, pelo menos da minha parte! Uma simples ficha de admissão, como é que eu vou fazer, o que é que lá devo pôr, que perguntas é que devo fazer. Eu, no meu caso, eu fui a três unidades um Coimbra, até fui num dia de folga... eu pedi se, podia falar com a

assistente social, se me podia dar o modelo... eu fui lá mesmo numa de pedinte... olhe, veja lá se me arranja. Não tinha nada e isto não podia ter acontecido.

Eu poderia lá ir, e fui lá para perceber o funcionamento daquelas instituições mas acho que devia, pronto, devia ter sido de outra forma...

Escalas de avaliação!? Que escalas é que se usam efectivamente?! Perguntava à ECR... Ai isso usem as que quiserem... eles deveriam saber quais é que são as mais indicadas! A nível de enfermagem, a nível social...

Director Clínico: Deviam haver critérios entre as unidades. Não era cada um faça como quiser! A gente avalia uma maneira, outro avalia de outra...

Então mas... Já percebi que não tiveram ajuda para fazer essa uniformização que falavam...

Directora Técnica: Teve ser com contacto com outras unidades. Ir pessoalmente às unidades ou telefonicamente.

Mas, não está aqui nas perguntas... Mas consideram que existe neste momento, com esforço dos intervenientes, alguma uniformização entre... do que falava, dos processos... Entram as unidades ou cada um faz como acha que é mais adequado?

Director Clínico: Algumas coisas é capaz de haver... fomos aprendendo com outras. E os critérios são, mais ou menos, semelhantes, sei lá, digo eu...

Coordenador: Há certas coisas que estão uniformizadas entre todas as unidades de todo o país porque são normas, regras emitidas pela entidade que coordena a rede nacional de cuidados continuados... pronto.

Existem outras que estão um bocadinho obscuras. O que é, cada um faça da maneira que quiser. Obviamente há procedimentos que deve ser cada unidade a adoptar aqueles que acha mais correctos, desde que seja para aquele fim.

Agora, por exemplo, a nível desses... dos índices... das escalas e dos índices... Nós aqui até pensávamos que havia uniformização por parte de, das outras unidade todas do país! Mas não existe essa uniformidade.

Por exemplo nos recebemos um utente esta semana, por exemplo, da parte social tem um índice (nome específico). Nós temos duas, da parte de enfermagem e apareceu-nos cá, por exemplo, uma pessoa que vem transferida de outra unidade que utilizava outro tipo de escalas.

Isso dificulta o trabalho? Ou se fosse igual...

Coordenador: No nosso caso não dificulta porque nós já tínhamos conhecimento daquelas escalas, do que é que aquelas escalas são. Agora, obviamente que existem outras escalas e nós já tivemos acesso a outros registos de outras unidades espalhadas por esse país fora e utilizam escalas que nunca ouvimos falar, que nem sei para o que é que servem nem o que significam... Pronto, nunca apareceu ninguém transferido dessa unidade. Se aparecesse, aparecia esse índice qualquer coisa, que já não sei o nome, e olhava para aquilo e tanto fazia estar lá o um como estar lá o cem, que era igual. Há falta de uniformidade nesse campo.

A nível da plataforma existe mesmo, penso eu, nessa tentativa de uniformizar as coisas. Agora, também não existe da parte de quem coordena a rede nacional de cuidados continuados, quais são os registos que devemos fazer, qual a periodicidade dos registos... Aí cada unidade faz, mais ou menos, como lhe da na bolha!

Sim. Já que falas nisso, até podes continuar... A próxima pergunta era mesmo relativamente à plataforma informática que é uma das inovações desta rede. E queria que falassem na utilidade, no funcionamento, se utilizam a plataforma para tudo, se há coisas em que num... em que precisam de utilizar outros meios. Falem... na plataforma.

Coordenador: A plataforma quando foi criada não foi para fazer qualquer tipo de registos. Um lote especificado de registos a fazer: avaliações de enfermagem, avaliações médicas, avaliações sociais e por aí fora, tem vários campos. Obviamente não é para fazer uma avaliação de enfermagem diária, isso era inconcebível! No nosso caso, dezanove utentes a fazer o registo por turno, só para aquilo, coisas que não tem interesse para quem consulta a plataforma. Então nós aqui decidimos entre todos que iríamos fazer os registos de X em X tempo, quando achássemos necessário, e definimos critérios nossos, da nossa unidade, pronto.

Observamos que outras unidades não trabalham dessa maneira. Há unidades que ainda nem sequer trabalham com a plataforma. E por ai fora... Há algumas que não fazem registos na plataforma, acesso têm.

Mas pronto, dessa plataforma surge novamente o problema da falta de formação, e da falta de uniformização de quem coordena a rede nacional de cuidados continuados e de quem fabrica essa plataforma. Dou o exemplo, surgiram quatro novos campos de preenchimento na plataforma há relativamente pouco tempo e vinha um avisosinho em cima a dizer que os campos x, y e z são a título experimental, que poderíamos experimentar e que posteriormente seria dada a informação de como poderíamos funcionar com eles. E aí eu questiono, não seria antes de porem lá esses campo que nos deviam dar a formação de como se trabalha com eles?! Com essa tralha.

Quando falas em uniformização... a plataforma é igual para todos. A utilização é que não é uniforme?! Só para esclarecer...

Coordenador: A plataforma é sempre igual, a plataforma é sempre a mesma. Os campos das unidades de internamento são sempre os mesmos. Para as ECCI e EGA são diferentes, é a mesma plataforma, os campos é que são diferentes.

Sim. Era só para deixar bem claro este assunto.

Depois, pronto, a plataforma emerge de uma tendência que tem vindo a ser recente que consiste na informatização dos serviços, no mercado electrónico que está em ascensão. Queria que me falassem, completar um bocadinho o que disseram, e que me falassem dos prós e contras da utilização desta plataforma. Quais é que são as vantagens e desvantagens? Ou pode só ter vantagens ou desvantagens. Estejam à vontade!

Coordenador: Quanto às vantagens da plataforma, é que temos um acesso rápido às descrições de estados clínicos, sociais e todas as outras áreas, não só fisioterapia, psicologia...

Directora Técnica: A primeira informação do doente vem na plataforma!

Coordenador: Na plataforma temos isso. A nível de desvantagens, agora falando um bocadinho nos doentes que aqui recebemos, temos a desvantagem que, muitas das vezes os

registos não correspondem à realidade do doente que aqui recebemos, muitas das vezes porque esse registo é feito com dois ou três meses de antecedência e em dois ou três meses, obviamente, as situações, os utentes podem evoluir, tão favoravelmente como desfavoravelmente. Muitas vezes não correspondem à realidade por esse motivo.

Outras das vezes não correspondem à realidade propositadamente porque foi feita dois ou três dias antes, nota-se perfeitamente. Isso aí é uma queixa das outras unidades também, com as quais temos um relacionamento com algumas pessoas que lá trabalham, também é uma queixa deles.

Sem dúvida que a plataforma tem uma grande vantagem em existir, não há duvida nisso. A nível de desvantagens é essa e também tem a ver com a formação das pessoas, que não foi dada e que deveria ser dada. Também parte da vontade das pessoas em alterar isso.

Obviamente é algo que é moroso no seu preenchimento, de todos os campos mas... acho que sim. Foi uma boa invenção, entre aspas.

Directora Técnica: A parte da avaliação social, é sempre o mesmo esquema que tem de ser preenchido, mas acho que não faz sentido, quando é para fazer uma avaliação social seja dos seis meses seja da alta, estarem a perguntar com quem é que vive, estarem a perguntar quem é que recebe apoio, se é de centro de dia ou de apoio domiciliário. Acho que deviam reformular e fazer uma ficha diferente para a admissão e outra para a alta. O que eu faço e o que os colegas fazem nas outras unidades é limitarmo-nos a escrever, por exemplo, nas observações, não vamos lá estar a escrever na outra parte e... é desnecessário estar lá. Isto na avaliação, já, após admissão durante o internamento, há questões que não fazem sentido, para o doente que está internado.

Sim. Isso mesmo relativamente à estrutura de avaliação social. Pronto, quanto à plataforma, mais alguma coisa a dizer? Se se forem lembrando, não interessa se estiverem responder a outra pergunta, e se lembrarem de alguma coisa, estejam à vontade.

Agora relativamente e... falamos em rede de cuidados continuados e não falamos em rede dos cuidados *Hospitalares* ou dos cuidados de saúde primários. Isto é uma inovação e queria que me falassem dos possível benefícios e malefícios e, mais uma vez aqui, podem utilizar exemplos quer seja do sector da saúde ou do apoio social ou até de outro sector e que falem dos benefícios e malefícios do funcionamento em rede.

Directora Técnica: Em rede ou da rede?

Podem falar da rede e em rede. Eu aqui queria mais em termos gerais. Qual é que... em principio quais são os benefícios e malefícios do funcionamento em rede? O que é que se espera? E depois, a seguir, quero que me falem e, se quiserem podem responder às duas em conjunto, da rede, o que é que observam e quais é que são os benefícios e malefícios desta rede específica, a rede de cuidados continuados.

Director Clínico: Já fomos dizendo muita coisa...

Sim. Há muita coisa que já foi dita.

Coordenador: A rede propriamente dita é uma ligação entre diversos sectores. Acho... parece-me que é uma tentativa de interligar diferentes sectores, não só, como tu dissestes, cuidados de saúde primários, como também secundários e terciários. Juntar todos os tipos de cuidados. Haver uma interligação e duplo sentido entre as organizações que constituem a rede. Existem benefícios, sem dúvida se isso fosse possível fazer, o que ainda não é, mas que pode, ainda temos a esperança que um dia será possível e que consigamos comunicar facilmente e que tenhamos todos os meios e recursos para o conseguir fazer.

Sim. Falaste em... poderia ser! E eu queria saber exactamente o que é! Falaste na ponte entre cuidados de saúde primários e cuidados *Hospitalares*... queria que também me explicasses melhor, como é que essa ponte está...

Coordenador: Geralmente essa ponte está, um bocadinho, entre aspas, dentro e fora da rede a interligação que se faz a nível de comunicação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde *Hospitalares*, terciários, ah... se calhar em 35% dos casos não se faz. Não há. Só há num sentido. Ou via primários - *Hospital*. E depois, quem deu essa informação ao *Hospital* não tem o feedback da parte do *Hospital*, por exemplo, para o *Centro de Saúde*, e vice-versa. Isso acontece muitas vezes.

Essa rede permite, a rede nacional de cuidados continuados permite que nós tenhamos esse feedback. Por exemplo, nós, aliás ao contrário, quando nos enviam para cá um utente, nós sabemos como ele vem, as razões por que vêm, os motivos porque vêm, pronto. E acreditamos naquilo que está escrito apesar de às vezes não corresponder.

Quando nós enviamos alguém para fora não temos o feedback do sítio para onde ele vai para nós. Por exemplo, já houve n utentes que saíram daqui, ou para instituições ou para domicílios que não voltamos a ter um feedback. Não sabemos se estão bem, se estão melhor, se estão pior, sem mantém o mesmo estado. Isso não existe.

Achavam importante que existisse?

Directora Técnica: A partir do momento que o utente sai deixa de haver relação connosco. A partir do momento em que ele sai daqui.

Não podem, não sabem para onde ele vai...

Directora Técnica: Podemos saber mas não faz parte das nossas funções ou daquilo que...

Mas porque é que acha que era importante depois terem um acompanhamento pós-alta?

Director Clínico: Importante... Não quer dizer que seja muito importante mas, eh pá, quer queiramos quer não os doentes ficam com uma certa ligação, a gente fica com o processo aqui do doente, sabemos como é que ele estava e, agradar-nos-ia saber posteriormente se o doente continua bem, se morreu, o que é que aconteceu. Não é que seja uma questão importante mas...

Directora Técnica: Pode haver uma situação em que a família quer que a doente vá para casa, e que aconteceu, nós aqui como equipa decidimos que o mais indicado seria a continuidade na instituição e a família insiste que vai para casa, por uma questão financeira, para não gastarem dinheiro. E o que nos é dito é que nós não somos donos do doente e temos de respeitar a decisão da família, mesmo não concordando com ele. Já aconteceu...

Mas é dito por quem?

Directora Técnica: Mesmo não concordando com a decisão da família temos que a respeitar e enfrentar. E depois levanta algumas questões... Será que ela está bem? Será que é bem tratada? Será que fizemos o nosso papel? Mas dizem-nos que temos de respeitar a decisão da família!

Director Clínico: Não é só neste sentido, a gente saber do doente, o que é que lhe aconteceu, como é que está, se a gente tivesse feito o contrário ou de outra maneira poderia estar melhor. Só neste sentido...

Coordenador: E muitas das vezes também seria importante haver isso, também posso dar o exemplo, não mencionando nome, como é óbvio, tivemos cá um doente, pronto, um indivíduo que agudizou a situação e foi enviado aos cuidados *Hospitalares* mais próximos e ficou internado nesse *Hospital*. Entretanto aqui existe uma coisa que é a reserva de vaga, ao fim de oito dias em que estejam fora têm alta da nossa unidade, obrigatoriamente. Foi dada alta, o senhor continuou, permaneceu internado no serviço do *Hospital*.

Obviamente não houve comunicação nem da parte do *Hospital* para nós sobre o estado da senhora, nem nada. Talvez tivesse sido importante haver esse tipo de contacto por parte do *Hospital* com, se calhar também de nós para o *Hospital*. Como sabes aqui há, neste caso... há enfermeiros, existem enfermeiros que trabalham também na área *Hospitalar*. Essa senhora depois acabou por falecer e quando foi altura de comunicar o óbito por parte do *Hospital*, não tinham nenhum tipo de contacto da família. Por acaso, estava lá esse enfermeiro que trabalha aqui e ligou para aqui a pedir o contacto de um familiar.

Isto é uma coisa simples, mas era importante haver essa interligação. Interligação essa que só existiu porque trabalha lá um funcionário que também trabalha aqui.

Sim. Porque calhou!?! (pausa)

Mas o que é que falhou aí? Foi daqui que não foi enviada? Perdeu-se na ligação, a informação?

Coordenador: Pronto, eles quando vêm de lá para cá supostamente já trazem esse dados todos. E esses dados todos já ficam lá registados no *Hospital*. Essa senhora veio da área *Hospitalar* para cá. Supostamente deveriam lá ter isso. Obviamente nós aqui, porque temos um contacto familiar muito maior, tanto da parte social como da parte de enfermagem, como da parte médica, há uma relação maior que... nos é permitido isso, é para isso que a rede incentiva os próprios profissionais que trabalham na rede. Ter uma maior comunicação com a família.

Muitas das vezes, por exemplo, nesse caso específico, consegue-se fazer contactos que se calhar o *Hospital* não consegue.

E obtivemos, obviamente, nós quando mandamos alguém numa situação de urgência, numa situação de urgência temos de chamar o INEM e essas coisas todas, não vamos lá estar a pôr os números de contactos da pessoa tal e não sei quê. Obviamente é posto o sítio de onde a pessoa vai, vai aqui da unidade, com o contacto da unidade, que todas as folhinha têm, a carinha e tudo.

Só que não há essa interligação muitas vezes que permitiria resolver mil e um problemas. Tanto nossos, unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados, como unidades de internamento *Hospitalares*, como Centros de Saúde como a nível domiciliário.

Sim. Já agora, isto depois era uma coisa que ia perguntar mais à frente, nessas falhas de comunicação, nesses problemas que há nessa ligação ... quais é que eram então as sugestões, nesse caso, para resolver o problema? O que é que poderia ser feito?

Coordenador: É haver um critério de uniformidade nas coisas. No funcionamento da rede. O que não existe. Provavelmente deveriam, as pessoas responsáveis por esta rede, entre aspas, deveriam reunir, se calhar, com as pessoas que estão no campo e ver quais são as principais dificuldades, mas primeiro, os principais pontos a melhorar nesse funcionamento. Não são só as unidades de internamento mas, ECCI, EGA, pronto, aqueles que trabalham no campo, para saber quais são as principais dificuldades que as pessoas estão a atravessar. E então depois aí, partir para arranjar critérios de uniformização, para atribuir novas competências às pessoas, à própria rede. Atribuir novas competências não só à rede mas em tudo o que a ela está englobada. Pronto penso que isso é...

Sim. Mas neste caso específico, a solução poderia ser eles terem acesso à plataforma a nível *Hospitalar* e poderem aceder...

Director Clínico: Era isso que eu ia dizer! Informaticamente deveria haver uma ligação, interligação. O doente devia ter um processo único. E as várias entidades, tanto os cuidados de saúde primários, como os *Hospitalares*, como as unidades terem acesso àquele processo, informaticamente.

Sim. Todas as unidades então, por onde o doente poderia hipoteticamente teriam acesso...

Director Clínico: ...acesso ao processo único. O doente ter um processo clínico, onde está lá tudo registado, a gente aqui fazia um registo e ia para o processo dele. Ele ia daqui para uma outra unidade ou para o *Hospital*, o *Hospital* entrava no processo, via o que é que se tinha passado aqui, o que é que não tinha, e a gente a mesma coisa. Que é uma coisa que ainda não há dos Centros de Saúde para o *Hospital*. E já devia haver.

Inclusivamente, exames complementares de diagnóstico. O doente às vezes saí do *Hospital*, vai para o *Centro de Saúde*, fez análises no *Hospital* e no outro dia está a fazer análises no *Centro de Saúde*. E eu não sei que análises é que ele fez no *Hospital*, nem sei o resultado nem sei nada.

Coordenador: A nível de unidade, dentro da rede, é possível esse acesso.

Sim. Entre outra unidade de internamento, por exemplo...

Coordenador: Por exemplo um utente esteve internado na unidade X e agora vem aqui para a nossa. Nós podemos ter acesso a todos os registos que eles fizeram nessa unidade X. Nessa unidade englobada na rede nacional de cuidados continuados.

Se ele for internado, por exemplo, na ortopedia do *Hospital*, eles lá já não têm acesso. Mas a EGA, equipa de gestão de alta, a equipa de gestão de alta, de lá, se quiser, tem acesso a esses registos que nós aqui fizemos. Agora os registos que o próprio *Hospital* faz no processo deles, nós não temos acesso. Se um doente (...) se eles lá fizerem um registo, ou umas análises e não mencionarem na nota de alta, em papel, em suporte papel, ele até pode chegar no outro dia e ser requisitadas aqui novas análises. E estar a fazer duas vezes análises na mesma semana.

Sim. Então há acesso completo à plataforma, outros serviços do serviço nacional de saúde como *Hospitais*, Centros de Saúde ou outras instituições não têm qualquer acesso. Só a informação que é enviada...

Coordenador: ... só a que é enviada em suporte papel ou então, se existirem lá, essas equipas tanto de gestão de altas como ECCI que entrem na plataforma, que tenham acesso à plataforma, e venham ver essas informações.

Mas é assim, as ECCI e as equipas de gestão de alta tem essa função estipulada e devem fazê-lo ou...

Coordenador: Não... É a tal questão, não há uniformização, se calhar também não há preocupação de quem coordena a rede de saber esses problemas que existem. Virem ao campo, onde se passam as coisas, em tempo real, e ver, olha se calhar, e pedir opinião às pessoas para tentar melhorar esses aspectos. Está a acabar por ser tudo por números e por gráficos. Está a ser números e gráficos.

Directora Técnica: O que interessa são os resultados, é o que eles querem.

Coordenador: Mas muitas vezes para atingir esses resultados haviam outras formas para atingir melhores resultados.

Sim. Pronto, esta pergunta já foi quase respondida, mas se se lembrarem de mais alguma coisa que possam acrescentar... Eu queria falar nas estruturas e processos da comunicação e da interacção em rede e queria que explicassem esses processos que consideram obsoletos e já foi explicado um pela Dr.^a que foi relativamente ao questionário para admissão e para a alta que os critérios deveriam estar melhor definidos para não haver repetição. Falou-se aqui da comunicação entre *Hospitais*, com *Hospitais* e Centros de Saúde e outras estruturas fora da rede em que a comunicação poderia ser melhorada, pois, não existe.

Falaram que a comunicação que existe, só para ver se está tudo dito, é enviada só em formato papel aquando de uma urgência, ou uma transferência e que não tem, e as duas funções que forma faladas era ou a EGA ou a, nos *Centro de Saúde*, a ECCI, darem essa informação a quem de direito ou então a pessoa, mesmo o profissional, ter acesso... há essas duas soluções, qual é que acham que seria a melhor? A mais adequada nesse caso?

Director Clínico: Quanto menos intermediários houver, a informação é sempre mais correcta.

Então era melhor o próprio profissional ter acesso.

Coordenador: Como é que tu disseste, lá com os obsoletos...

Estruturas, processos...

Coordenador: Pronto, a nível de plataforma existem vários itens que são úteis para preencher a primeira vez e depois já não o são. Existem campos que nem sequer são preenchidos e que até hoje ninguém percebeu muito bem para que é que eles servem.

Directora Técnica: E há outros que se preenchem mas ainda não se percebem bem porque é que se preenchem, por exemplo as fraldas. Poderá ter um objectivo mas até hoje ainda ninguém me explicou porque é que se tem de fazer um registo do consumo de fraldas de todos os doentes, que sou eu que faço. Não... ainda não entendi qual é o objectivo.

(comentários difusos)

Se fosse a rede a pagá-las, poderiam querer ver qual era o consumo, o gasto que a própria rede tinha, mas nesta tipologia são as famílias que as têm que pagar.

Director Clínico: Pois também é importante, isto está feito de uma maneira geral para todas as unidades, nas de curta duração...

Directora Técnica: Pois, lá está, deveriam adaptar para umas e para outras. Ou então dizer: longa duração não é preciso. Não sei se no futuro aquilo terá alguma utilidade.

Director Clínico: Podia estar era informado, podia lá estar era um registo qualquer, quando chegar aqui na elaboração se interessa ou uma nota qualquer como não era necessário preencher.

Coordenador: O preenchimento dessas coisas na plataforma, a periodicidade, os campos que preenchamos, essas coisas todas... foi por carolice de cada um.

Cada um escolheu...

Coordenador: E cada um uniformizou para esta unidade. Não é um critério.

Director Clínico: E ainda há muita coisa! A codificação das doenças, a codificação das doenças que está na plataforma também deixa um bocadinho a desejar. Nos diagnósticos médicos também falha ali muita coisa. Umas não estão bem explícitas, outras não estão lá. As patologias, doenças, os diagnósticos não estão lá. Tem campo que... acho que aquilo precisava de ser melhorado ainda, em termos de codificação de patologias.

Nesse caso não é tanto a falta de formação são os critérios que podiam ser melhor definidos.

Director Clínico: Sim. Penso que sim.

Directora Técnica: Há um que nunca preenchi que é necessidade de apoio social. Eu vejo aquilo e penso: isto é para mim, eu é que tenho de preencher. Mas depois abre-se e diz lá, já não me lembro bem mas acho que é refeições, se precisa de pequeno-almoço e almoço... Aquilo deve ser, quando se preparar a alta, no caso de ir para o domicílio, se terá necessidade de ter apoio domiciliário. Mas também nunca... ninguém explicou. Lanche, almoço, jantar...

Coordenador: Existe lá outra ainda que é registo de visitação domiciliária ou visitação domiciliária que por nós, por exemplo aqui, na parte de internamento, não temos visitação domiciliária.

Isso era se fossem cuidados ao domicílio.

Coordenador: Se fosse para as ECCI. Não para as EGA porque as EGA...

Director Clínico: Isto foi feito, a plataforma foi feita para abranger tudo, todas as unidades, todo o tipo de tipologias e tal. Claro, só que devia estar... o que não é necessário para aqui devia estar assinalado o que não é necessário para aqui, o que é para outra unidade devia estas...

Assim a gente fica, eh pá, preencher isto, todas as vezes temos de preencher isto, temos, não temos, como é que é, ficamos ali assim... Coisas que não têm interesse!

Sim. Já me falaram de muitas dificuldades, angústias e obstáculos que limitam esse funcionamento entre as estruturas da rede. Lembra-se de mais alguns? Quando contacto, com o meio que utilizam, conseguem fazer esse contacto com sucesso?

Directora Técnica: Já ouvi respostas como: *não tenho tempo, tenho muito serviço aqui*. Isso depois já tem a ver com a acumulação de outras funções que quase ninguém está exclusivamente para a unidade. É o meu caso, eu estou no lar e estou na unidade. Na segurança social têm, se calhar, não sei quantos concelhos com questões da segurança social, e têm a unidade. E por vezes ouvimos a resposta de: *ai, agora não posso*. Ligue lá você para a ECR que estou aqui com muito trabalho. E estamos aqui a saltar um degrau.

Director Clínico: Mas de uma maneira geral são casos mais excepcionais. Pelo menos, às vezes vejo aqui, o Coordenador, consegue contactar com a colega, acho que de uma maneira geral...

Directora Técnica: Sim.

Mas por vezes, em casos esporádicos, por pouca disponibilidade...

Directora Técnica: Sim... Isso também é uma queixa que, quando vamos a outras formações, os profissionais queixam-se de não estarem, não terem exclusividade para os cuidados continuados que acumulam com outras funções, com outras responsabilidades e mesmo eu, eu não estou só para isto.

O contrário então também poderá acontecer. Por exemplo, contactarem da ECL ou da ECR para aqui e, por exemplo, a assistente social ou o enfermeiro não estar disponível.

Directora Técnica: Não.

Coordenador: Não, geralmente estou sempre disponível. Obviamente a indisponibilidade poderá ser por um curto período de tempo, tipo, precisam de falar com o enfermeiro e o enfermeiro está a fazer um tratamento a alguém, ligam dez minutos depois e o enfermeiro está disponível. Nesses campos sim ou se, querem falar com a assistente social e a assistente social nesse dia está de folga têm que ligar no dia a seguir.

(peq. interrupção)

Directora Técnica: É a assistente social da ECL que, eu já comentei com o coordenador, eu articulo praticamente só com a enfermeira da ECL com que tenho sempre resposta, sempre me respondeu às dúvidas, quando não sabe arranja forma de me dar respostas. A minha colega pronto, lá não tem vagar. É só em relação a isso.

(peq. Interrupção)

Directora Técnica: Poderá haver queixa de que, não havendo exclusividade para a unidade nem sempre se consegue dar resposta. Mas isso é queixa de outros profissionais, de formações que já fui. Ou que trabalha no *Hospital* e tem também uma unidade de convalescença, e depois tem que dar resposta a não sei quantas coisas.

Pronto. Mais algum obstáculo?

Coordenador: O tempo que atribuem, nas ECCI ou nas EGA, ao médico ou enfermeiro ou assistente social que lá trabalham... primeiro, a maior parte dos Centros de Saúde não tem assistente social. Que acho que é lamentável, é a minha opinião, acho que é lamentável. Depois acho que é lamentável, entre aspas... o utente tem de ter uma avaliação social para entrar numa unidade de internamento, para entrar na rede, tem que ter essa avaliação social. Exigem, é exigido e é obrigatório. Acho que é lamentável nos Centros de Saúde, EGA e ECCI, que não o têm, ter de ser o enfermeiro a fazer. Não é nenhum enfermeiro que sabe fazer diagnósticos sociais, não tem formação para isso, nunca ninguém o ensinou para isso, de certeza absoluta, não é o meu caso, é o caso de toda a gente. E das realidades que eu conheço é isso que se passa. O que é lamentável.

Depois, os enfermeiros e os médicos, e nos que existem, as assistentes sociais que estão nessas entidades coordenadoras e não só nas ECCI acumulam funções, como a Directora Técnica disse, e o tempo que lhes é atribuído para a função de cuidados continuados, nós tivemos conhecimento, por uma pessoa, não interessa quem é, no horário, têm 3 horas semanais para

cuidados continuados. O que é paupérrimo. E muitas das vezes esses contactos, fazem-se contactos fora da hora de trabalho, inclusive é um contacto, entre aspas, a nível pessoal sendo assuntos de trabalho, para resolver assuntos de trabalho. A realidade é aqui, o problema te de ser resolvido na altura, muitas das vezes é por contactos pessoais, números de telefone pessoais que se faz, que as pessoas também não se podem dividir em mil.

É complicado. É pena que nos Centros de Saúde não exista uma pessoa a tempo inteiro e, se já que não existe, deveria existir. Por exemplo, não só um enfermeiro, mas dois ou três na parte de cuidados continuados. Para quando essa pessoa lá não está, está outro que substitui e sabe dar resposta a esses problemas.

Nas ECCI então não há ninguém, nenhuma pessoa, um administrativo, uma pessoa administrativa, a tempo em inteiro, por exemplo, a atender a chamada e dizer o enfermeiro ou a assistente social está disponível, ou...

Director Clínico: Que eu conheça não.

Coordenador: Não, nas ECCI que conheço por esse país fora, só têm um médico... e atenção as ECCI que estão formadas porque existem Centros de Saúde que não têm ECCI e que fazem esse registo na plataforma sem existir ECCI. Existe um médico responsável, existe um ou dois enfermeiros e existe um ou nenhum assistente social. A parte administrativa não existe em nenhum das que vi.

Então mas, pelo que percebi a ECCI é responsável, assim como a EGA, não sei se se passa mais ou menos a mesma coisa em termos de disponibilidade dos profissionais que estão, dos profissionais que estão incutidos dessa responsabilidade, se existir uma necessidade de contacto, de saberem uma informação de alguém que tenha sido referenciado por aquela, por aquela via tem que se esperar então que a pessoa tenha disponibilidade...

Coordenador: É como disse à bocado, parte muito é dos contactos pessoais. Se eu quiser contactar com a EGA do *Hospital* de Castelo Branco, que é o grande bolo de utentes que aqui recebemos de EGA, é do *Hospital* de Castelo Branco, é com um contacto pessoal, porque conheço a enfermeira que é responsável pela essa EGA e tenho o número de telefone dela e quando é preciso alguma coisa, tanto daqui, tanto ela de mim como eu dela, esse contacto faz-se mas faz-se a nível pessoal, não existe nada. Se eu quiser contactar com ela às 17h ela já lá não

está, o horário dela é das 8h às 16h. E a partir dessa hora não há ninguém. Há uma quebra na EGA. A EGA funciona das 8h às 16h ou das 9h às 17h, pronto, não tenho a certeza. Tal como a ECL funciona da 9h às 17h. A maior parte das vezes, e depois também ao fim de semana não há ninguém.

Mas já agora queria que me esclarecessem uma coisa, à bocadinho disseram que o contacto prioritário, a interligação era feita pela ECL e agora estão a dizer que de vez em quando têm de contactar tanto a ECCI como a EGA directamente para saber alguma informação... Quando é que isto acontece? Quando a ECL não dá resposta? Quando... Porque é que isto acontece?

Coordenador: Como tu disseste no início para responder tanto daqui como da ECCI muitas das vezes há utentes que eu quero referenciar na realidade domiciliária, do *Centro de Saúde*, da ECCI, que posteriormente agudizam, são enviados ao *Hospital* e ficam lá internados. Então para haver uma tentativa de comunicação com a EGA, para haver esse duplo sentido, entro em contacto com a EGA, com essa enfermeira que é responsável, para saber o estado do doente, para lhe dar algum dado que eles precisem e não tenham.

O inverso também se passa. Muitas das vezes eles têm alta para o domicílio, eu não sei que eles tiveram alta para o domicílio e muitas das vezes a EGA, essa enfermeira da EGA telefona-me e diz-me: *olha, o Sr. Qualquer Coisa, x e y teve alta são necessários estes apoios. Ou é necessário isto, ou vai lá fazer uma observação, uma avaliação, ver se está tudo bem, se não está.* Esse tipo de coisas. Ai há mas é por carlice de cada um. De um e de outro.

Nesse caso estás a falar do trabalho no *Centro de Saúde*, em cuidados de saúde primários.

Coordenador: Aqui o contacto faz-se basicamente, quase única e exclusivamente, através da ECL. Existem alguns casos, de doentes que forma mal referenciados, essas coisas em que às vezes entro em contacto directamente com a EGA. Para tentar esclarecer porque é que foram referenciados para cá, o que é que se passou... as respostas por vezes são aquelas que a gente não gosta de ouvir e não é para isso que a rede serve. E também a falta de formação muitas das vezes, das pessoas que trabalham. Muitas das vezes obtemos respostas, por exemplo, nós aqui não podemos receber doentes em fase aguda, por exemplo, doentes paliativos, muitas vezes até enviaram para cá um doente que até na plataforma... está lá um camposito que diz cuidados paliativos aplicável ou não aplicável. Aplicável! Então o doente vai para cuidados paliativos.

Ah, pusemos aí porque não existe mais vaga em lado nenhum. E é assim... Pronto, doentes em fase aguda, ah, porque têm enfermagem 24h por isso, e têm médico, por isso pode ir para aí. Quando a unidade não está preparada para isso.

Sim. E já que falas nisso, vou avançar (comentário à parte)... quanto à mobilidade, vou relembrar-vos que um dos valores que consta na missão da rede nacional de cuidados continuados integrados é... consiste no seguinte: *equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede*. Queria que comentassem esta afirmação! Por exemplo, neste caso, quando à uma vaga em cuidados paliativos é feita essa transferência, por exemplo.

Director Clínico: A gente não tem conhecimento da vaga.

Coordenador: Nós fazemos aqui um pedido de transferência para... E desse, que depois é avaliado pela ECL e pela ECR e é aprovado ou não. Se for aprovado fica a aguardar vaga nessa unidade de cuidados paliativos. Quem fala de paliativos, fala para média, fala para curta duração, convalescença, ou também vice-versa, média para aqui...

Sim. Mas há essa interligação?

Directora Técnica: Há mobilidade.

O pedido é feito sempre pela unidade onde está o utente ou também pode ser a ECR ou a ECL, não sei, que já providencia essa transferência?

Director Clínico: O pedido é pela unidade. Por exemplo, um utente que a gente tem aqui que quer transferir para outra unidade nós é que fazemos o pedido. A ECL também não sabe. A gente é que tem de comunicar.

Porque pensei nesse caso, no caso de um utente que vem já referenciado como necessitar de cuidados paliativos e vem para esta unidade que não é essa valência, por exemplo, por

falta de vaga e aqui não têm essa informação. Eles já têm a informação que este utente necessitaria de cuidados paliativos! Tem que ser sempre a instituição a pedir?

(Respondem positiva mas hesitantemente).

Para irmos avançando, eu queria que me falassem agora... tentarem descrever este... queria que falassem um bocadinho em termos gerais nos últimos seis anos da formação da rede, já falaram um bocadinho disto no início, e também quero que falem desta unidade em específico. Como descrevem o desenvolvimento do funcionamento inter-organizacional desses elos de ligação desde o início até agora. Melhorou, piorou, manteve-se... como é que caracterizam?

(Respondem em grupo *melhorou um pouco* mas hesitantemente).

Coordenador: Os elos de ligação, obviamente que se vai ganhando confiança.

Director Clínico: Conhecimento, com os colegas.

Coordenador: Vai sendo cada vez mais fácil. Mas, muitas das coisas continuam a ser feitas por carolice das pessoas que trabalham nos diversos sítios.

Sim, e agora fazendo a ponte, e agora é a última pergunta, já os deixo descansados, perspectivas de futuro? Já se percebeu, mais ou menos, o que é que foi feito até agora, em que ponto em que estamos. O que é que esperam... quero que digam, o que é que acham que vai acontecer? O que é previsível e o que é que acham que seria ideal em termos de futuro no funcionamento inter-organizacional da rede de cuidados continuados, aqui só da rede?

Directora Técnica: Para se responder, é um alargamento da cobertura a nível nacional. E o ideal é que...

Director Clínico: É quebrar estas barreiras que se impõem ainda agora que desapareçam, isto também, nós vamos aprendendo, e os outros que estão por cima de nós também julgo que irão aprender algumas coisas e irão melhorando isto. É o que a gente espera...

Espera-se então que os que venham que bebam da experiencia das que já estão formadas...

Director Clínico: Sim, que vão resolvendo alguns problemas pelo menos os mais prementes, isto melhora.

Coordenador: Aqui na nossa unidade?

Sim, eu quero... podem dar uma perspectiva geral...

Coordenador: É assim, no geral o que espera é que a nível nacional não caiam no erro de abrir unidades sem dar formação às pessoas. Que algum dia vão cair numa unidade que as pessoas não estão para ter a carolice que, se calhar todos nós já tivemos e as coisas vão correr muito mal. E há unidades por esse país fora onde isso acontece... Acho que é importante dar formação e dar os meios às pessoas, meios formativos, para as pessoas poderem arrancar com isto. Obviamente, isto no inicio, as coisas não podem correr todas às mil maravilhas. Isto é um processo contínuo de aprendizagem e melhoramento das coisas.

Esse parece então o elo fundamental a aprendizagem, a preparação e o acompanhamento?!

Coordenador: Preparação e acompanhamento dos profissionais que constituem esta rede, por todos. E depois então a tal comunicação que, para algumas dessas entidades, ainda não nos é pelo menos muito fácil de fazer.

Pronto... têm mais alguma coisa a acrescentar a qualquer pergunta ou está tudo dito?

Directora Técnica: E as avaliações que eles fazem são necessárias. Nós já tivemos uma auditoria e acho que, pronto, enriquece-nos não é, e aprendemos... Há sempre aquela coisa, uma auditoria, uma avaliação, vêm pessoas de fora, o que é que nos vão fazer, mas acho que isso é necessário e que deveriam fazer com mais frequência. E não era ao fim de um ano, que foi o que aconteceu connosco, ao fim de um ano de funcionamento é que fez a primeira auditoria externa. Deveria ter sido muito antes.

O que estamos a tentar melhorar agora, com esta auditoria, já podia ter sido feito à uns meses atrás (todos demonstram concordância). Eles vieram cá no sentido de dar recomendações. Recomendar como deveria ser feito para melhorar. Já deveria ter sido à mais tempo, não era ao fim de um ano disto estar a funcionar.

Houve informações que só foram dadas ao fim de um ano que podiam ter sido dadas logo...

Directora Técnica: Foi, a primeira auditoria foi ao fim de um ano.

Já agora a auditoria foi só no sentido de repreensão e de apontar o que está mal ou têm acompanhado as soluções.

Coordenador: Foi no sentido de nos fazer crescer. Como unidade, identificar os problemas que nós tínhamos e propor soluções.

Directora Técnica: No futuro, e é o que eles dizem, quando a nível nacional estiver tudo coberto, quando eles tiverem não sei quantas camas a nível nacional, essas auditorias já poderão ter outro objectivo. Será de penalizar. Eles até dizem que poderá haver saída da rede, quem não cumprir. Neste momento, como são poucas, é mais no sentido de recomendar. Quando houver muitas unidades ou quando houver muita procura de instituições para unidades de cuidados continuados eles também...

... poderá haver alguma selecção! Isso é bom ou mau?

Directora Técnica: Eu acho que é bom.

ENTREVISTA NA UCCI 1

As Unidades de Cuidados Continuados como Redes Inter-Organizacionais: Factores Facilitadores e Obstáculos

ENTREVISTA UCCI 2 – 6 MAIO 2010

Como classificam e caracterizam a rede de cuidados continuados como rede inter-organizacional?

(Silêncio)

Directora Técnica: Inter-organizacional?! Com falhas. Não está a funcionar como uma rede inter-organizacional. Ainda existem falhas nesse aspecto. Não estão a funcionar... Portanto, as várias unidades não estão a funcionar da mesma forma. Há procedimentos que não nos identificam como uma rede. Não! Há falhas... Há falhas de unidades para unidades, há falhas neste trajecto de rede. Pelo menos é esta a percepção que...

Coordenação: E penso que mesmo aqui a nível da região não se consegue estabelecer, de facto, um contacto efectivo de rede mesmo entre as unidades que existem, que são poucas, mas não se nota, de facto, essa rede...

O funcionamento em rede!

Direcção Clínica: Entre a rede de cuidados continuados ou entre a rede e os *Hospitais*?

Directora Técnica: Não, estamos a falar dentro da rede.

Eu quero que... que falem nos dois aspectos... Se é suposto ou não comunicarem para organizações fora da rede e o que acontece. Pode para o funcionamento da rede ser obrigatório comunicar com outras estruturas que não façam parte da rede.

Directora Técnica: Isto é assim, é aquilo que o Dr. disse... Em termos então de Unidades e unidade *Hospitalar*, não é? Porque é o que... É quem nos fornece o utente e a quem nós temos de recorrer em períodos de agudização, então aí é que não funciona mesmo nada. Ai é...

Direcção Clínica: É o falhanço total. Portanto, no fundo, quando nos entregam, nos doentes que nos mandam. Como depois eles a prestarem-lhes os cuidados quando há agudização do...

Quando têm que ser enviados às urgências.

Direcção Clínicas: Às urgências, isso! Está nos cuidados continuados, se eles puderem evitar de os internar ai, isso eles, mandam-nos para trás os doentes.

Directora Técnica: Também é falha, é assim, a necessidade do doente de cuidados continuados, além de ir ao *Hospital* por agudização, depois também surge a necessidade de uma consulta, ou de um pedido de referenciação e falha...

Direcção Clínica: E falha muito...

Directora Técnica: Ele vai e nem sequer é visto e nem sequer é... e volta para trás. Portanto, ai há falha. Se já existe falha dentro da rede, então entre o circuito "saúde".

Direcção Clínica: Ainda há dias, aquele que foi a Castelo Branco...

Directora Técnica: Ainda hoje falamos dele lá...

Coordenação: O utente vai e vem sem nenhuma referência, sem qualquer contacto, temos que o enviar depois à Covilhã...

Direcção Clínica: Enviá-lo a uma consulta de urgência... Depois foi visto por um cirurgião... Eles nem sequer olharam para o doente!

Então pelo que me disseram parece que estar integrado numa unidade de cuidados continuados é uma agravante, é ainda mais um obstáculo depois ao atendimento *Hospitalar*.

Directora Técnica: Sim, nalguns casos, penso eu, e nalgumas situações o doente está a ficar prejudicado pelo facto de vir... de estar na rede de cuidados continuados.

(Director Clínico corrobora)

Direcção Clínica: Para já, aquela coisa dos 7 dias limita...

Directora Técnica: Limita o tratamento *Hospitalar*.

Director Clínico: Eles estão sempre a contar... (sorriso) Eu próprio que uma vez dei alta... (risos) mal por mal, antes o quero nos cuidados continuados... Ai está! Contam-se os dias e as horas.

Esta pergunta era assim mais global para falarem de tudo, para começarem a falar um bocadinho no tema. Agora vou falar em coisas um bocadinho mais específicas. E queria perguntar então, e queria convidá-los a comentar a eficiência, competência e competitividade e a dinâmica, são aqui 4 palavras difíceis de comentar, dos cuidados continuados integrados no seio do sector social e da saúde. Eficiência, competência, competitividade e dinâmica! Fala-se muito nestas palavras quando... quando se criou esta nova vertente do apoio social e de saúde. Queria que comentassem! O que é que acham acerca disto?

Directora Técnica: É assim, eficiência... Penso que o terceiro, ou melhor, o terceiro sector tem competência, não é? Competência, eficiência...

Competitividade e dinâmica.

Directora Técnica: É assim, competência e eficiência penso que o terceiro sector tem competência e eficiência para estar e integrar numa rede de cuidados continuados. E acho que a prova, ao fim destes anos, de alguns anos, está dada e cada vez mais são unidades do terceiro sector a aderir e a integrar a rede dos cuidados continuados. A competitividade isso, de facto, também existe, entre o social e a saúde, claro que existe... Mas eu vejo a competitividade no bom... Complementaridade! Não vejo aqui a competitividades como algo negativo, vejo no sentido positivo.

Director Clínico: Pois, não há competitividade, há é... complementam-se. As duas vertentes.

Directora Técnica: A única diferença que eu aqui acho é que esta complementaridade, esta integração do terceiro sector aqui, não é, vem um bocadinho humanizar, trazer mais alguma humanização em termos sociais para alguns, nalguns casos. Mas o importante também, lá está...

Director Clínico: Foi bom para os *Hospitais* porque libertou os casos sociais (Direcção Técnica concorda), eles não sabiam o que lhe haviam de fazer e arranjaram uma boa, uma boa oportunidade de saída. Claro que, para o utente, foi bom. É positivo porque... e para a parte social também. As assistentes sociais dos *Hospitais* viam-se aflitas, não sabiam o que haviam de fazer. Não há um ministério que tenha dinheiro para dar dinheiro às pessoas.

Directora Técnica: A Integração do terceiro sector aqui só vai facilitar a vida na resolução de problemas da saúde, tendo em conta os sociais, não é?!

Director Clínico: Social e saúde! Porque tira dos *Hospitais* casos que eles não sabiam... não podiam mandar para casa, porque o doente não tinha condições para estar em casa e isto foi uma, isto é... A parte social também, ficou resolvido... problemas! Era incontornável, não sabiam o que fazer.

Coordenador: Mas essa é uma falsa resolução. Resolve-se no *Hospital*, não é, mas depois nós aqui também não os conseguimos resolver. Deparamo-nos com os mesmos obstáculos com que o *Hospital* se deparou.

Director Clínico: Pois, e há casos que nem se resolve no *Hospital* nem aqui.

Directora Técnica: Nem aqui! Quer dizer, o que resolveu foi o *Hospital*. O *Hospital* resolveu, não ficou com eles. (risos)

Director Clínico: Pois, resolveu o problema do *Hospital*.

Directora Técnica: E aqui...

Director Clínico: Mas há casos que... Recuperamos!

Directora Técnica: Exactamente!

Director Clínico: Mas vêm para aqui casos que... nem deviam sequer entrar na rede. É o caso desta senhora que veio hoje do *Hospital*. Não devia ter entrado sequer na rede. Então ela está anquilosada.

(...)

Director Clínico: Pronto, entrou, mas não devia ter entrado.

Então pelo que disseram parece-me, e deixem-me só confirmar, que se compararmos o período antes de aparecer esta rede de cuidados continuados e depois, tanto do ponto de vista social como da saúde, parece que eficiência, competência, competitividade e dinâmica destes dois sectores ficou aumentada com esta nova resposta.

(respondem sim unanimemente)

Director Clínico: É mais uma resposta.

Directora Técnica: É mais uma resposta. Exactamente. Acho que foi uma resposta que veio, aqui, quebrar uma lacuna que existia que era, após a alta *Hospitalar*, o que fazer a... não havia nada. Tirando os lares, não é, não havia nada. Mas os lares não estão preparados para acolher algum tipo de doentes, não é. Por isso...

Já havia essa lacuna, essa necessidade!

Directora Técnica: Exactamente.

Director Clínico: Mais ou menos. (sorrisos)

Directora Técnica: Ainda devíamos estar a funcionar como experiencia piloto. Isto é a minha opinião.

Director Clínico: Sim, sim, sim, é. Isto deveria estar...

Directora Técnica: Como experiencia pilotos, mais um tempinho.

Sim... Agora queria que me descrevessem quais os constituintes da rede de funcionamento dos cuidados continuados integrados envolvidos no funcionamento desta unidade que representam? Quer façam parte da rede quer não façam! Quais os constituintes?

Directora Técnica: Mas estamos a falar de constituintes de quê?! Portanto, os elementos com quem a gente trabalha...

Sim... Unidades, organizações, *Hospital*, ECL, ECR, essas coisas...

Directora Técnica: Sim. Nós trabalhamos hierarquicamente temos... começando pela ECR, é a ECR de Coimbra, a ECR Centro. Depois temos a nossa ECL, da Covilhã, que por sua vez trabalha com EGAs, a EGA do Centro *Hospitalar* Cova da Beira e do Amato-Lusitano. Pronto, são estes os *Hospitais* de referência com que trabalhamos. E depois fora os da ECCI, portanto, Covilhã, Fundão, também já tem não é, Idanha, Sertã e são... Proença, Proença. E são estes...

São esses então as ECCIs as EGAs...

Directora Técnica: As ECCIs, as EGAs... embora, é assim, nós, no dia-a-dia, o nosso contacto é sempre com a ECL o nosso, pronto, por norma, funcionamos. Nós, por norma, qualquer informação, qualquer coisa que seja necessária, a Unidade contacta sempre a ECL e a ECL é que faz a ligação com as EGA com... com o resto.

Sim. Então, pelo que disse, a comunicação...

Director Clínico: Quem coordena... a ECL é que coordena!

Directora Técnica: Exactamente! A ECL é que é a intermediária.

Director Clínico: E é ela que dá as altas.

Directora Técnica: Exactamente. Sim, sim.

Sim. Então, a comunicação com as outras unidades que falava, as EGA, as ECCI, é indirecta? Nunca contactam directamente? Passa sempre pela ECL e depois a informação vem para cá?!

Coordenador: Quando é um contacto directo é muito difícil para obter respostas.

Directora Técnica: Sim. É. Muito difícil! Nós é... complicado. Em algumas situações é mesmo a ECL que resolve porque senão, então, não conseguíamos.

Com a ECL, pelo que me parece...

Directora Técnica: Com a ECL as coisas funcionam!

Director Clínico: Funcionam, funcionam (acenando positivamente).

Directora Técnica: Sim, com a ECL as coisas funcionam!

Director Clínico: Já no outro dia, a marcação da consulta.

Coordenador: A ECL, a ECL é que tentou arranjar a consulta.

Directora Técnica: Em consultas de especialidade é a ECL que intervém para conseguir.

Director Clínico: É ela que vai marcar, é ela...

Directora Técnica: Agora, por exemplo, o doente vem, sei lá é referenciado, lá... como já aconteceu, na convalescença, pela Idanha, não é. Há dúvidas no processo do utente... tentamos primeiro nós resolver directamente. Fazemos um telefonema para lá, quando não há resposta, então aí colocamos a ECL... Sim. Também fazemos este misto.

Já me foram, então, falando na pergunta seguinte que eu então queria perguntar, ia pedir para caracterizarem a comunicação, a cooperação e a coordenação entre as estruturas que falaram?! Já foi, mais ou menos, o que foram falando!

Director Clínico: A resposta é essa, anda tudo à volta do mesmo.

Sim. Em termos da Unidade individual já me esclareceram e falaram no assunto. Em termos globais, para o funcionamento da rede como um todo, a nível nacional, acham então que é mesmo importante este contacto entre as diferentes estruturas e que está a funcionar... como é que caracterizam?!... Não posso dar opiniões!

Coordenador: É assim, nós, contacto das outras unidades, não é, terá que ser sempre a nível informal ou, eventualmente, formações que se façam em conjunto, para que se consiga obter alguma informação acerca do funcionamento. Porque de facto, porque de resto é só o contacto Unidade-ECL e depois a ECL é que distribui, direcciona, digamos assim, a informação.

Director Clínico: A gente entra em contacto com outras estruturas e...

Directora Técnica: Ou em contacto pontuais. Vai-se fazer uma transferência de um utente para aqui, para uma unidade, sei lá, de Castro Daire, de Viseu ou assim, pontualmente cada grupo poderá por uma questão de esclarecimento... Não é, mas é assim, normalmente contacto... Não, não. Não fazemos.

Sim. Mais com a ECL!

Directora Técnica: Sim. É. É sempre a ECL. O nosso pote é a ECL, é.

Muito bem. Agora vou... tendo em conta o recente desenvolvimento dos cuidados continuados integrados e da unidade que representam que também, inerentemente, tem um desenvolvimento ainda recente, com falaram até, já comentaram que ainda deveríamos estar numa fase piloto... Eu queria que comentassem aqui uma afirmação: *“para a cimentação de uma cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos actores, é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles”*. Sem queres, já me foram comentando isto...

(risos)

Coordenador: De facto, a afirmação é verdadeira mas o que nós verificamos é que a rede diz “façam assim” e depois, cada unidade, faz por si, não é. Depois, no fim, tentam juntar tudo, a ver e depois, quer dizer, estão quatro anos passados e se calhar só daqui a meia dúzia é que conseguiremos ter um funcionamento em rede, em que todos funcionem de uma forma semelhante...

Uniforme!...

Director Clínico: Isto tem vindo a aperfeiçoar-se. Estou aqui há... há um ano e meio, há quase dois.

Directora Técnica: Há dois, dois...

(Conversa acerca do tempo de serviço na Unidade)

Director Clínico: E tenho notado que tem vindo a aperfeiçoar-se. Mesmo essa exigência que...

Directora Técnica: Sim, tem de facto! E...

Director Clínico: Essa exigência... Exige-se, de facto, uma melhor assistência. Tem melhorado.

Directora Técnica: Por isso é que eu digo que nestes períodos de adaptação, de esclarecimentos, de saber como é que é, como é que... eu acho que valia a pena estar mais numa experiência piloto porque ninguém poderia acusar, ninguém poderia apontar falhas. Mas falhas são normais, que aconteçam, não é! Não se pretende um sistema sem falhas porque acho que isso não existe. Mas algumas falhas que são apontadas diariamente, numa experiência piloto

seriam justificadas. Hoje, na rede, há falhas que não são justificadas. Não poderão ser justificadas.

Eu também, e pela resposta que tenho de outras unidades queria que pegar ali numa coisinha que o Enfermeiro X (Coordenador) disse, que me disse há bocadinho, que a ECL, as Unidades coordenadoras diziam como se fazia e depois fazia, mais ou menos, de forma distinta! Mas, por que razão? Ou a coordenação dizer como se faz não é suficientemente esclarecedor e depois dá azo a que cada unidade interprete à sua maneira ou é porque não seguem as orientações?

Director Clínico: Não é bem à sua maneira... Cada um tem as suas especificidades. Cada um tem os seus casos específicos.

Directora Técnica: Os seus casos específicos, têm as suas especificidades em termos de, ah, profissionais, limitados por algumas situações. Também tem a ver com a... agora apagou-se-me aqui! (pausa) Pronto, também tem a ver com as próprias orientações...

Director Clínico: A estrutura que a instituição tem...

Directora Técnica: É... as próprias...

Director Clínico: Por isso é capaz de não ser em todos os lados igual!

Directora Técnica: Exactamente, pronto, por exemplo, a nossa instituição passou por períodos agitados em termos organizacionais, não é, isso também condicionou aqui um pouco o desenvolvimento e o dia-a-dia das...

Director Clínico: A falta de material...

Directora Técnica: Exactamente! Por falta de equipamento! Verbas para comprar equipamento. Portanto, houve aqui vários condicionantes que à partida...

Director Clínico: E de falta de pessoal...

Directora Técnica: Exactamente. (e continua) Influenciam o modo de trabalhar. O facto de nós sermos uma misericórdia e pertencermos a um grupo que é o grupo misericórdias de saúde que além da rede também somos orientados por este grupo porque fazemos parte de uma misericórdia. Uma IPSS que seja IPSS e não seja misericórdia, já não se rege por... pelos mesmos padrões. Porque, por exemplo, eu sei que quando o Orvalho (outra das UCCI) abriu, o enfermeiro chefe, enfermeiro responsável, sei que nos contactou a nós, uma colega daqui, e as orientações que ele recebeu da ECR, rede nacional de cuidados continuados, eram diferentes de alguns que nós tínhamos porque éramos também orientados pelo grupo misericórdias de saúde. Portanto só aqui já há também uma diferença, portanto... E depois há choque entre algumas decisões da rede e o grupo misericórdias de saúde. Portanto, logo aqui, há diferenças.

E mesmo nas ECL há médicos, há médicos, enfermeiros e assistentes sociais que pensam de uma forma, há outros que pensam doutra. Um documento que pode ser interpretado por nós de uma forma, e por outros de outra.

Director Clínico: É difícil arranjar um padrão nítido.

Directora Técnica: É, eu acho que sim.

Coordenador: Por um lado tem procedimentos muito específicos e muito bem esclarecidos, mas por outro também tem determinadas orientações a que cada um interprete...

Director Clínico: À sua maneira! E como pode.

Directora Técnica: Como pode e como dá jeito, às vezes! (risos)

Eu explorei também este aspecto porque, só para dar o exemplo, falaram-me, por exemplo, que na utilização de uma escala para uma avaliação qualquer, quer seja social quer seja de saúde, que por vezes poderia haver dificuldade se as escalas fossem diferentes entre as unidades e depois, se houvesse permutação de utentes e, isso.

Coordenador: Isso também acontece...

Directora Técnica: Acontece.

Coordenador: Antes de determinadas escalas estarem presentes na plataforma, ou de serem exigidas pela rede, lá está, cada unidade teria a sua escala, algumas nem usariam escalas nenhuma e depois, realmente, notam-se essas discrepâncias.

Sim.

Directora Técnica: Isso é muito complicado.

Acho que foram esclarecedores. Agora para irmos avançando... Então quais... tentem definir benefícios e malefícios do funcionamento em rede, mas aqui sem pensar nesta unidade específica. Em termos gerais, quais é que devem ser os benefícios e malefícios do trabalho em rede?

(Longo Silêncio)

Depois, a seguir, vou perguntar, em termos desta organização. Mas primeiro queria que me falassem em termos gerais...

Director Clínico: Em termos de benefícios isto vem facilitar as coisas um bocado. Já há bocado respondemos a isso, aos *Hospitais*, às famílias. (Silêncio) Malefícios... Só se for o orçamento geral do estado.

(risos)

É mais uma vertente de saúde. E que não é isenta de despesa. Isso custa dinheiro.

Sim. Mas, já agora, mesmo quanto a esse aspecto, as pessoas que aqui são assistidas também poderiam ter que ser assistidas no *Hospital*, como disse, que lá tinham que ficar. Em termos gerais...

Director Clínico: O estado, o próprio estado defende-se. Parece-me, não estou dentro das contas desta organização, mas parece-me que se defende ai um bocado. Eles deram uma verba e com essa verba não querem mais despesas. Não nos deixam utilizar... temos que pagar a medicação, temos que, para qualquer exame complementar, temos que pagar. É tudo. Eles dão aquele X.

Directora Técnica: No X está contemplado essas vertentes mas se a gente for fazer os custos, não é, as verbas que eles nos dão para a higiene e conforto e depois a parte da saúde, a medicação, cuidados, não é, não, não chega. É assim, agora também é assim...

Director Clínico: E o próprio estado defende-se. Está aqui, não quer mais despesas.

Directora Técnica: É assim, um dos benefícios foi, sem dúvida, o que o Dr. já disse é assim, um acréscimo da humanização...

Coordenador: Um aumento da qualidade...

Directora Técnica: Da qualidade, tendo em conta as exigências, os indicadores que eu penso, ai posso dizer quem em termos de qualidade, penso que todas as unidades têm mais cuidado, têm mais... ou estão mais atentas ao factor da... como é que prestam como é que... porque sabem que estão a ser...

Director Clínico: A ser subsidiados, é o termo não é?!

Directora Técnica: Exactamente, não é! Enquanto pronto, um *Hospital*, um *Hospital* pronto, já é rotina, já, não é, já é aquilo, é aquilo é aquilo e pronto. Aqui, esta questão... o facto de se ter

um plano individual com toda a... não é?! Penso que foi o benefício. Mas depois é claro que haja também alguns malefícios...

Director Clínico: Detalhes, detalhes...

Coordenador: Mas o funcionamento da rede depois é aquela questão que um empurra para ali, outro empurra para além. Hoje está nesta unidade, depois passa para a outra unidade, depois da outra unidade vai para ali... É uma falsa solução também!

Directora Técnica: Pois, o problema é, o malefício é um pouco também... Só o trabalhar em rede era bom... Trabalhar em rede é o ideal em todos os sectores, não é?! Acho que isso é o ideal, quer seja numa empresa, quer seja num *Hospital*, quer seja numa unidade, trabalhar em rede ou trabalhar em equipa, acho que só poderá trazer benefícios. Não é?!

Pelo que me parece todos concordam que em termos de qualidade parece quem trouxe um grande benefício...

Director Clínico: Sim, sim, sim...

Directora Técnica: Trouxe, trouxe. Veio trazer qualidade.

Director Clínico: E às vezes o doentes que aqui nos aparecem, em termos de higiene...

Directora Técnica: Não tenho dúvida que para o utente, para o doente, os cuidados continuados foram benéficos.

Director Clínico: Foi uma mais-valia.

Em termos de malefícios, assim, o único ponto onde se poderia falar era em termos orçamentais, em termos de gastos, podem ter aumentado...

(todos respondem e acenam positivamente)

Parece que... o que é que prevalece? A qualidade do serviço prestado ou a despesa?

Director Clínico: Prevalece a qualidade!

Vale a pena investir!?

Director Clínico: Sim, sim. Se, se... Depois põe-se muitos “Se’s”.

Directora Técnica: Se, se... pronto. É assim, se estivesse aqui um colega meu da contabilidade ele dizia já que... que não. Porque de facto, em termos financeiros, em termos financeiros e presentemente, por exemplo aqui a nossa unidade, não é, não, não é rentável. Porque temos camas, temos poucas camas para as exigências que são exigidas...

Director Clínico: Que são exigidas... E também para o pessoal que as querem.

Directora Técnica: Agora, aquilo que sei que a instituição pensa é que, como misericórdia temos um papel também, na zona, na cidade, no concelho. É dar resposta a quem não a tem. E de facto, esta unidade foi uma lacuna que apareceram. Portanto a instituição é mais algo...

Director Clínico: Mas nós estamos abertos não só ao concelho!

Directora Técnica: Não só ao concelho, não só ao concelho, exactamente. Nós estamos abertos a todos os sítios. Sim, já tivemos situações fora do distrito. Mas agora, com as novas unidades, já deixou. Nós chegamos a ter aqui doentes do Algarve.

Director Clínico: E da Batalha, e Castro Daire.

Director Clínico: De Espinho.

Ah... Outro ponto que gostava que falassem, quando falamos em funcionamento em rede e para que haja interligação entre diferentes organizações, tem que haver estruturas, Maiores, que o permitam. Queria que falassem dessas estruturas e processos que possibilitam o funcionamento, o contacto em rede e quais as propostas relativamente ao que está bem, o que não adianta desenvolverem muito. Mas se tiverem algumas dificuldades, no que quer que seja em termos organizacionais, queria que explorassem essas falhas e que propusessem soluções.

Directora Técnica: Eu batalho sempre na mesma e vou bater outra vez na mesma. Acho que está uma falha, e à pouco já dissemos, o doente que está em cuidados continuados está a ser lesado nalguns aspectos, nomeadamente, a dificuldade de acesso a...

Director Clínico: A meios *Hospitalares!*

Directora Técnica: ... a meios de diagnóstico, a um melhor estudo da situação clínica, a especialidades. Está a ser impedido. Porque se o doente estivesse numa cama *Hospitalar*, se entretanto ele tivesse uma perturbação nocturna, várias vezes, provavelmente era encaminhado à psiquiatria, era recomendado para ser visto por psiquiatria. Porque é que aqui numa unidade, o doente até nos dá sinais de tal, e porque é que o doente não é encaminhado.

Director Clínico: Não é, não podemos!

Directora Técnica: Quem diz psiquiatria diz cirurgia , diz... Acho que é uma falha, é uma falha que tem que ser...

Director Clínico: Tem que ser resolvida.

Directora Técnica: Que tem que ser resolvida. Não sei o que pensam as outras unidades, nós aqui debatemo-nos com esta situação.

Director Clínico: Para já, o doente, para mim a rede deve estar totalmente suportada. É isto e não só a rede de cuidados continuados como até... de se ter paliativos.

Directora Técnica: Pois, isso é outra questão, a medicina paliativa, última unidade da rede, não é, última unidade da rede que acaba por não estar dentro da rede.

Director Clínico: Pois, não está!

Directora Técnica: Não está! Pelo menos aqui nesta zona não está. Não sei a outros níveis mas aqui na nossa zona não está.

Director Clínico: Mas devia estar.

Directora Técnica: Devia estar, não tenho a menor dúvida, devia estar.

Director Clínico: Integrada... e era a última.

Directora Técnica: E era a última, a última, dentro desta rede. Agora eu penso que, o modo de colmatar isto seria mesmo a ECL, não sei como se poderia chamar, não faço a mínima ideia, não sei se... Mas no meu entender, uma ECL e uma EGA deviam estar a funcionar a funcionar... eles em rede, ou eles ali, haver uma interligação entre eles. Não estar uma ECL a trabalhar sozinha, uma EGA a trabalhar sozinha. Se a EGA está lá dentro a ECL está cá fora. Tem que haver uma articulação entre a ECL e a EGA. E não pode ser através do computador como está a ser feita agora, através da plataforma. E acho que é aqui que a rede tem que pensar. Tem que criar uma ligação entre ECL e EGA.

Director Clínico: Os diversos departamentos.

Directora Técnica: Eu acho que se eles discutissem os casos. Como por exemplo, hoje tivemos aqui uma reunião da ECL, veio aqui discutir connosco os casos e discutir as soluções para

algumas dificuldades. Se aqui estivesse um elemento de uma EGA, não é, provavelmente algumas soluções, eles poderiam facilitar o caminho lá dentro.

Parece-me então que, se bem percebi, que essa ligação com a... entre a EGA e a ECL e depois a ECL...

Directora Técnica: Não está a ser feita!

Só se faz num sentido. Faz-se no sentido... quando os utentes são enviados, ai disseram-me e muito bem, enviam a informação, quando há uma necessidade no sentido contrário já...

Director Clínico: Está deitado (falando ironicamente). O doente está deitado, já não é preciso.

Pronto, sim...

Coordenador: Só também pegar, em relação à falha de comunicação, em relação à plataforma realmente, é a tal questão da referenciação mal feita, ou feita e estar desactualizada depois quando o utente vem, as dificuldades que nós temos em inserir os dados na plataforma porque para cada utente precisávamos, se calhar, de uma hora para inserir todas as exigências que nos pedem.

Director Clínico: Eles agora têm uns impressos para os *Hospitais*. Têm novos impressos, agora, para ver se há melhor. Faziam aquele relatório e tal... Agora têm um impresso próprio. Ainda não sem... Passei assim só os olhos por cima mas vi que tem, tem diagnósticos, a situação do doente, depois terapêutica. Isto é assim, está assim mais, mais...

Ainda bem que pegou nesse assunto! Porque a plataforma informática é uma das inovações e uma das marcas da nova rede e parece ser o instrumento que permite esse funcionamento. Queria que falassem no funcionamento da plataforma mais especificamente... o que é que está bem, o que é que está mal, o que é que podia ser melhorado, o que é que têm a dizer? (Pausa) Já foi falando um bocadinho...

Coordenador: A nível clínico acho que, não é bem a minha área, mas posso já falar pois acho que muitas vezes os diagnósticos são muito redutores, não é, e desadequados, às vezes, às situações. A nível de enfermagem os diagnósticos também de enfermagem são altamente redutores, e as actividades então!... Depois a nível de cada parâmetro, avaliação de sinais vitais, feridas, escalas, a quantidade enorme de itens que tem para fazer referência... Pronto, isso tudo dificulta...

Director Clínico: Eu acredito que há muita coisa que é omitida! Há muita coisa que...

Directora Técnica: Ou que não interessa! Quem recebe que descubra. (Sorriso)

Director Clínico: Interessa é lá por aquilo que pega bem. O que interessa é que o doente entre para cá. Depois nós chegamos cá, vamos a ver as coisas, e não são assim tão lineares.

Directora Técnica: Não, a plataforma tem... E acho que se perdeu informação, perdeu-se a informação do doente na plataforma. Porque quando os processos vinham do *Hospital*, vinham em papel, portanto, o relatório vinha todo, portanto, o clínico, o enfermeiro, o assistente social escrevia tudo o que tinha que... vinha um processo completo, tínhamos acesso ao processo. Agora numa plataforma não, portanto, é redutora, é por frases chave e...

Mas então o problema... a plataforma é que impede que... ou causa dificuldade ou barreiras a que as pessoas, as assistentes sociais ou outros técnicos coloquem a informação lá.

Coordenador: É assim, realmente, a plataforma é o ideal para o funcionamento em rede e é isso que permite a troca de informações...

Directora Técnica: Mas não funciona em rede!

Coordenador: Da maneira que está é impossível trocar informações através dela.

Directora Técnica: Não, não se consegue.

Uma das coisas que... Queria que me falassem dois tópicos, porque sei que também têm sido falados noutros sítios também, em termos de formação, se as pessoas foram preparadas e continuam, e quando à uma alteração, são preparadas para trabalhar com a plataforma. Esse era um dos aspectos que gostava que abordassem!

Directora Técnica: Eu, falo por mim, nunca estive em formações da plataforma, não é que não tivesse chegado convite para estar presente mas nunca achei, pronto, nunca fiz essa questão em estarmos presentes. Já estivemos, portanto, já estivemos em formações mas relativamente à plataforma penso que nunca ninguém da unidade esteve presente em nenhuma formação. Vamos, está aqui, o que sabemos fomos explorando. Uns exploram aqui, outros acolá. Foi-se adquirindo com o tempo, nunca fizemos formação.

Director Clínico: E também têm havido alterações!...

Coordenador: Pois, é isso, de x em x tempo e uma pessoa nem se adaptou à primeira...

(Risos)

Directora Técnica: É, sobre isso nunca fizemos. Aquilo que fazemos hoje, pronto, e vamos recebendo, é preciso fazer isto, fazemos isto. Por exemplo, só para dar um exemplo conforme esta plataforma perde, não é... Por exemplo, nós, por norma, quando o doente tinha alta ele saía daqui com um processo de alta, o processo de alta era constituído por uma folhinha de rosto onde tinha os dados todos do utente, o cabeçalho com nome, data de nascimento, tudo, portanto... saía com o diagnostico de entrada, diagnóstico de saída, a data de admissão, a data de saída, o destino, saía com consultas marcadas, saía com o nome dos profissionais que acompanharam o doente, saía com o diagnostico depois anexado ao relatório médico, ficha terapêutica, tudo! Hoje não, dizem-nos – é obrigatório preencher a nota de alta na plataforma. É assim, o tempo já é escasso, não vamos duplicar o... eu não vou perder tempo a referenciar tudo numa plataforma e depois não vou perder mais tempo a fazer um processo como se fosse antigamente. Saí apenas uma nota de alta. Às vezes não saí! Se há tempo, por norma... Porque eu acho que é impessoal. Se estas Unidades são Unidades cada vez mais pessoais e humanizadas, acho que se mandar uma nota de alta como saí da plataforma é impessoal. Aquilo não... Depois às vezes aparece lá o nome, outras vezes não aparece o nome, depois outras vezes aparece cá em baixo o nome! Esta é a minha opinião em termos de plataforma.

Sim. Concordam?

Director Clínico: Eu concordo!

Coordenador: Porque realmente exige-se, porque realmente...

Não dá resposta?

(Todos respondem segura e positivamente)

Coordenador: Não se consegue.

Directora Técnica: Ainda está também numa fase experimental. (Riso)

Director Clínico: Em aperfeiçoamento.

Directora Técnica: (repete) Ainda está numa fase experimental!

Ainda outra coisa, outra angústia que se tem falado, é relativamente ao facto da plataforma ser igual para unidades de convalescença, para média duração, para longa duração... Os critérios, os parâmetros que aparecem são precisamente os mesmos. Sentem alguma dificuldade em relação a isso? Não estão adaptados à especificidade da Unidade? Ou quanto a isso não...

Coordenador: Não é que esteja mal nem bem! De facto, cada unidade...

Director Clínico: Nós temos média e longa...

Directora Técnica: Nós temos média e longa. Olhe... eu falo da parte social, da parte social, a folha que está na parte social aquilo não... não diz nada. Não diz nada! Ou eu me socorro doutras informações e depois, às vezes, levo “puxões de orelhas” porque eu até me esqueço que tenho de fazer aquilo na plataforma, porque aquilo não me adianta, não me adianta nada, não é. Porque tem lá dados que, para mim, são-me... não me interessam e há outros dados que me interessam e não são ali explorados e nem posso acrescentar nada. Portanto, estando numa convalescença, numa média ou numa longa aquela ficha não, é, não vejo... Não dá resposta em termos gerais.

Sim. Ah, quando... Agora, no que respeita ao funcionamento em rede, para além da plataforma agora, tentando juntar tudo o que foi falado, quais são as principais angústias, os principais obstáculos que acham que, como já disseram ainda estão numa fase muito inicial. Quais é que são esses principais obstáculos a ser ultrapassados?

Director Clínico: Isso vai-se aperfeiçoando com o tempo. As próprias, os próprios organismos da rede de cuidados continuados...

Directora Técnica: Mas está-me a falar em termos de unidade agora, ou organizacional da rede?

Em termos da unidade mas no funcionamento em rede! Os trabalhos, os cuidados directos, não me interessam. Já me falaram, então, na ligação com a EGA que é, então, unidireccional. Mais alguma coisa? Parece então que esse é o principal obstáculo a ser ultrapassado, se tivessem que investir!?

Directora Técnica: E também as ECCI. Acho que, a nível da ECCI a rede... também há muito que investir. Porque o objectivo agora seria, uma nota de alta daqui, a ECCI podia depois ter acesso e poder seguir depois o doente e saber que o doente está aqui e os Centros de Saúde ainda não têm esta vertente.

Director Clínico: Saem daqui e perdeu-se o rasto do doente.

Directora Técnica: É. Portanto esta falha ainda penso que está aí...

Director Clínico: É entregue aos cuidados continuados, ou cuidados primário de saúde.

Sentem que se perdem depois?!

Directora Técnica: Sim, sim.

Não há acompanhamento. Depois da alta da Unidade, deixa de haver acompanhamento?!

Directora Técnica: Era bom que houvesse, não é, mas não há. Nós vamos sabendo, nós vamos tendo...

Director Clínico: Mas é via particular.

Directora Técnica: É via particular.

Director Clínico: Por curiosidade!

Directora Técnica: De resto, não há, perde-se...

Director Clínico: É, o doente sai daqui, e pronto... É entregue aos cuidados primários, ou vai para um lar...

Directora Técnica: A ECCI ainda... E mesmo o contrário, a ECCI, para nós, ainda há aqui falhas que...

Há outra vertente da rede que são os cuidados domiciliários... Acham que é isso que falta? Depois, num pós-alta?!

Coordenador: Acho que seria importante!

Director Clínico: Não sei se, não há cuidados domiciliários de...

Directora Técnica: Aqui não! Aqui não!

Director Clínico: Isso é entregue aos cuidados primários!

Directora Técnica: Não, por exemplo a instituição, nós, poderíamos candidatar-nos aos cuidados continuados, a apoio domiciliário em cuidados continuados. Sim, sim, sim...

Aqui nesta zona não há nenhuma unidade. Mas é mais uma valência...

Directora Técnica: É sim... Eles iam resolver algumas situações!

Agora mudando completamente de assunto e para terminar que a hora já tarda, as unidades, a rede de cuidados continuados é algo recente, e queria que tentassem o desenvolvimento desde a criação até agora, como é que descrevem o desenvolvimento nestes últimos anos?!

Directora Técnica: É assim, teve um crescimento, teve, de facto, a rede é de 2006.

Director Clínico: Começou em 2006.

Directora Técnica: Começou. 2006. Até hoje houve um desenvolvimento e, de facto, por acaso não tenho presente o número de camas da cobertura nacional que é feita. Por acaso não sei se já estamos a falar numa cobertura nacional ou se ainda estaremos a falar de uma cobertura continental, não sei se já há unidades nas regiões autónomas, por acaso não sei se já têm rede de cuidados continuados, por acaso não sei.

Em termos de cobertura o desenvolvimento foi, então, exponencial?!

Directora Técnica: Em termos de cobertura penso que já não há nenhum distrito neste momento que não tenha uma unidade de cuidados continuados, portanto, já existe. Já não há aquela... Um doente do Algarve ter de vir para aqui! Acho que isso aí já não existe e neste momento... Agora, também noto que ainda há algumas falhas... ainda é pouco! Ainda é pouco, ainda são necessárias mais.

Director Clínico: A lista de espera aqui do Distrito de Castelo Branco está de quanto tempo?

Directora Técnica: Olhe, eu não sei mas sei que hoje a ECL disse que neste momento já há muitas pessoas em lista de espera.

Director Clínico: Isso depende, depende dos *Hospitais*... que metem na rede e depois, primeiro que saiam! Portanto depois de nós fazermos a referenciação e depois se a equipa de gestão de altas (EGA) dizer que sim o doente pode ir para casa e alguns já não ficam ali à espera nos *Hospitais* porque chegavam a lá estar dois e três meses. Isso... dá cabo dos *Hospitais*!

Directora Técnica: Mas isso aí doutor também... eu não concordo porque, tudo bem, ele vai para casa, mas depois teria que ser reavaliado novamente.

Director Clínico: Pois, é que eles depois chegam...

Directora Técnica: E o problema é que não está a ser reavaliado.

Director Clínico: É que eles, por exemplo, se saem não escariados e chegam-nos aqui escariados. Como trabalho nos dois sítios vejo!

Directora Técnica: Pois, não é?! Porque isso é outra falha de organização! Acho que o doente que sai do *Hospital* e que aguarda em casa a entrada na unidade deverá ser reavaliado. Porque entram-nos doentes aqui com dois e três meses depois da avaliação, da única avaliação.

Director Clínico: Depois o relatório que é feito...

Directora Técnica: Nós já tivemos aqui situações que o doente aparece-nos acamado e tudo e chega-nos aqui a andar pelo pezinho dele.

Director Clínico: Claro, também é isso. É o pior e o melhor. Que assim até já nem necessitavam nada de para os cuidados continuados.

Directora Técnica: Exactamente.

Um dos valores da rede nacional de cuidados continuados integrados e que consta na missão desta rede é o seguinte: “Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidade e equipas da rede”. O que é que tem a dizer sobre isto?

Coordenador: Equidade no acesso penso que sim.

Directora Técnica: É assim, todos deveriam ter equidade... Agora, não sei, penso que ainda há alguns... quando se quer ainda se pode ali contornar! Acho que não estamos assim tão... Mas que acho que é mais, que está mais assente a equidade do que a mobilidade!

Sim. Equidade parece que esta, mais ou menos...

(Todos respondem positivamente)

Em termos de mobilidade entre... Se um doente tem uma necessidade de ir para outra estrutura da rede, outra resposta...?

Directora Técnica: Muito complicado!

Director Clínico: Muito complicado!

Um dos objectivos do funcionamento em rede era esse! Era, se resposta fosse melhor noutro lado e se não precisasse de média duração e se preferível ir para convalescença isso não acontece, esse tipo de mobilidade?

Coordenador: Acontece.

Directora Técnica: Nós já tivemos. Nós já tivemos doentes que entraram aqui que estavam em longa e depois por, por conveniência, passaram para média. Não sei se o Dr. estava cá, era um Senhor de Castelo Branco, (...), já estava?

Director Clínico: Sim.

Directora Técnica: Pronto, esse senhor entrou-nos para longa e depois nós achamos que ele tinha critérios de média e foi para média. Também já tivemos uma situação, mas isto foi, pronto...

Director Clínico: E também há o contrário!

Directora Técnica: Exactamente. De média para longa. Não isso... porque é assim, estamos a falar duma unidade, de uma instituição que tem as duas unidades, as duas valências...

Para além disso então nunca, nunca tiveram situações de transferência para outras unidades?!

Directora Técnica: É assim, já tivemos, no sentido, quando é para, nós fazemos uma... Isso é feito, é assim, propomos transferência para uma longa, se não temos nós, o doente vai...

Director Clínico: Já tem ido para (outra unidade).

Directora Técnica: Só se entretanto nós, por acharmos que será para o doente preferimos na zona residencial, ou muitas vezes já temos pedido para que ele seja transferido mas continue na nossa instituição para seguir o seu plano de cuidados.

Director Clínico: Já temos passado da média para longa...

Directora Técnica: Já, isso é feito com...

Director Clínico: Várias vezes!

Então, pelo menos alguma mobilidade vai havendo...

Directora Técnica: Há, há alguma.

Director Clínico: Interna há. Mas tem que sempre se pedir autorização à ECL. A ECL geralmente diz que sim.

Directora Técnica: Sim, sim.

Director Clínico: Se há um doente escariado e se as escaras estão... portanto esteve algum tempo na média e que, se estiver mais algum tempo na longa duração acaba por...

Directora Técnica: Por acaso nunca houve nenhuma recusa de qualquer proposta que nós tenhamos feito.

Coordenador: A única falha que eu noto é, realmente, a nível das unidades de cuidados paliativos em que a oferta é pouca e então depois, aí é que... se temos a sorte de ser aqui da zona, como já nos aconteceu com um senhor...

Director Clínico: Mas o Dr. (cuidados paliativos) veio medicá-lo cá.

Coordenador: Porque de resto, aí é que é mais difícil. Acho que de média para longa...

(todos concordam)

Director Clínico: Daí para a convalescença é que também não tenho conhecimento de nenhum caso. Eles vêm é da convalescença para cá.

Directora Técnica: Sim, não, mas foi, no início mesmo. Sim porque a nossa (...) foi porque ainda não tínhamos cá, depois foi, depois veio, aí ainda foi nos primórdios na unidade.

Agora, para terminar a última pergunta que também, que é da praxe, queria perguntar quais é que são as perspectivas de futuro?! O que é que esperam para os próximos anos de desenvolvimento da rede? Desejos! Agora podem colocar desejos (sorrindo)!

Coordenador: O desejo é então, que aumentem a unidade para que possamos trabalhar...

Directora Técnica: É assim, em termos particulares, pronto, não sei se, de facto, e têm... porque acho que isto a rede terá que ter em atenção, que é o seguinte... eu falo, falamos por nós... nós temos consciência que estamos a funcionar, estamos a dar o nosso melhor, assim como outras unidades estão a funcionar e estão a dar o seu melhor. Muitas unidades estão a funcionar em edifícios construídos de raiz para unidades de cuidados continuados. Outras estão a funcionar, como é o nosso caso, em unidades, em edifícios adaptados. Por mais que se queira já não se consegue fazer nada. Agora, o doente poderá estar a ser, ou melhor, poderá não estar a ser... não vou fazer... Para uma melhor qualidade, para o melhor para o utente, a rede e quem fiscaliza e quem orienta e quem autoriza deviam ter atenção, fazer uma avaliação, fazer um estudo a estas unidades e dar preferência e apoiar na construção de edifícios de raiz como é o caso, agora, que temos, já são duas vezes que apresentamos um projecto, porque queremos continuar e porque temos provas dadas, pensamos nós, pelos resultados, temos provas dadas neste, nesta área. Queremos continuar. Mas é assim, ficamos limitados naquilo que podemos fazer, nós temos, poderíamos fazer muito mais se nos dessem um impulso.

Pelo menos nesta fase inicial...

Directora Técnica: Sim, sim

Novas instalações... Adaptadas...

Directora Técnica: Novas instalações.

Director Clínico: Instalações próprias, porque isto não tem... há aí muitas falhas! Porque isto foi feito para lar e não para cuidados continuados. Mas mesmo assim ainda é muito bom relativamente a muitas unidades que há por ai assim e que não têm...

Directora Técnica: Sim. E eu penso que haverá também... haver unidades... penso que a rede também deverá criar, e acho que há uma unidade específica, acho que faltam unidades específicas para algumas tipologias. Acho que há algumas tipologias que não deviam ser encaminhadas para uma rede nacional de cuidados...

Estão a falar de patologias específicas?

Directora Técnica: Eu, por exemplo, estou a falar na questão do descanso dos cuidadores, da doença de Alzheimer, por exemplo.

Podia haver uma unidade específica?

Directora Técnica: Uma unidade específica!

Director Clínico: Específica, pois. Aquilo vem só... É o caso do (...). Não tinha condições nenhuma para vir para uma rede de cuidados continuados!

Coordenador: Pois, não. Precisava de outro tipo de suporte que ainda não existe na rede!

Directora Técnica: Porque nós, em termos de unidade, que o objectivo de uma unidade média é reabilitação! Nós temos aí doentes que nos vêm para... doente de Alzheimer. Que reabilitação é que nós vamos fazer a um doente de Alzheimer?! Não é?!

Director Clínico: Anquilosado?! Que reabilitação é que se pode fazer?!

Directora Técnica: Não é?! Portanto acho que ainda falha...

Director Clínico: Tapa outras lacunas como seja, por exemplo, para eles... Mas que não... Só veio ocupar espaço! E o resultado é zero.

Pronto! Querem acrescentar mais alguma coisa?

Director Clínico: Não.

Directora Técnica: Não, acho que já tocamos... (Sorriso) E que nos dêem mais verbas!

ENTREVISTA UCCI 3 – 12 MAIO 2010

Em primeiro lugar uma pergunta geral, para darem a vossa opinião. Queria que classificassem e caracterizassem a rede nacional de cuidados continuados integrados! O que é que têm a dizer sobre isto?

Director Clínico: O que temos a dizer é que, pronto, esta rede, esta rede vem colmatar uma, uma falha no serviço nacional de saúde que pretende prestar cuidados que não são prestados, nem no *Centro de Saúde*, nem no *Hospital* e que por outro lado presta cuidados a doentes que após uma fase aguda, principalmente no nosso caso, um doente que tenha tido uma doença aguda e que depois, após a fase aguda tenha necessidade de reabilitação.

É então...

Director Clínico: Noutros casos, por exemplo, os do domicílio, ou por úlceras de pressão ou por necessidade de descanso do cuidador, ou por outro factor de doença incapacitante que necessitam destes cuidados.

Sim, então...

Director Clínico: Estas unidades estão vocacionadas principalmente para isso, para prestação de cuidados, reabilitar, cuidar, reabilitar...

Uma resposta complementar à que havia antes da recente rede, depois de 2006?!

Director Clínico: Complementar à que havia antes?

Às outras respostas que existiam.

Director Clínico: Não existiam respostas destas. Havia a antiga UAI mas não dava uma resposta.

Directora Técnica: Tirando o *Hospital...*

Director Clínico: Mas agora não, agora há uma equipa formada, cada unidade tem uma equipa formada que esta vocacionada para isso, para cuidar, prestar cuidados, reabilitar.

Coordenação: E a rede de cuidados continuados veio criar um serviço que não existia no nosso país mas que já existia, por exemplo, em Espanha acerca de 20 anos, em Inglaterra acerca de 50 anos e que vem colmatar lacunas do sistema nacional de saúde.

Sim. Pronto, esta era uma pergunta mas de âmbito geral. Agora vamos falar de algumas coisas mais específicas! E queria que me comentassem a eficiência, competência, competitividade e dinâmica desta rede de cuidados continuados integrados no... quer no sector social quer no apoio de saúde?

Directora Técnica: No sector social é... o doente, ao entrar na rede tem que ter critérios específicos médicos, nós pelo menos aqui a nível de convalescença são critérios específicos médicos. A nível de longa duração já se poderão enquadrar critérios de factores sociais porque não há uma resposta, porque não tem família, porque não tem condições para regressar ao domicílio, é enquadrado numa longa duração para posteriormente conseguir uma entrada num lar. Nós a nível de convalescença, surgem para... surgem com critérios médicos! Claro que depois nos deparamos com situações em que não há suporte social. Não havendo suporte social nós aqui tentaremos fazer durante os 30 dias, enquanto uma equipa trabalha na reabilitação a nível de saúde, nós, da parte social, tentamos trabalhar no sentido de encontrar respostas através de centros de dia, através de lares, através das famílias que muitas vezes não se interessam muito, nós tentamos que surja uma ligação mais forte, tentamos chamar a família para que cuide do utente. Basicamente passa... são só 30 dias para cuidar do utente e nós, são também 30 dias para encontrar uma resposta a nível social para que ele possa regressar ao domicílio. O objectivo passa sempre por regressar ao domicílio.

Sim, então em termos sociais esta alteração desde 2006 com a criação da rede trouxe, pelo que disse, trouxe mais-valias nestes, no contexto que eu falei, em termos de eficiência, competência, competitividade e dinâmica.

Directora Técnica: As pessoas ao entrarem aqui 30 dias para se reabilitar saem daqui com maior autonomia, saem daqui capacitadas para grande parte das actividades de vida diárias o que não acontecia se saíssem automaticamente após alta, regressarem ao domicílio, e não conseguiriam desempenhar as funções que conseguem após os 30 dias aqui.

E em termos de saúde?

Director Clínico: A complementar aquilo que disse a Dr. (...), nós equipa, equipa, a nossa equipa é composta por um médico, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta e psicóloga. Portanto, todos nós funcionamos como equipa que se interliga comunicando uns com os outros sobre quer a reabilitação, quer as necessidades próprias de cada utente. Tentamos também trazer a família para estas reuniões, fazemos sempre uma reunião com a família...

(toca o telemóvel e o Director Clínico ausenta-se por momentos)

Directora Técnica: Na parte da família que é fundamental mesmo até para a recuperação de saúde, na parte clínica e de enfermagem. A cooperação da família é fundamental, as visitas, o empenho, o mostrar interesse no regresso ao domicílio, vir buscar o doente, por exemplo, para passar o fim-de-semana ou um dia a casa durante o internamento, até para que o próprio doente se possa adaptar às novas dificuldades. É um processo muito importante mesmo a nível de cooperação entre... da parte física.

Sim.

Director Clínico: Mais alguma coisa?!

Coordenador: E eu só tirando uma ideia disto. E deu-me uma ideia, no nosso país os lares estão muito sobrecarregados, e estamos a falar nós, nós também temos lares também temos essa

experiência. Estas unidades vieram fazer que muita gente que saiam de *Hospitais* de agudos iam directamente para um lar, com algum potencial de recuperação que não chegava a ser recuperada a essas pessoas. E o que estas unidades vêm fazer, quer a nível social quer a nível de saúde, vem reabilitar muito a população para se manter muito nas suas habitações iniciais. Os lares também não conseguem dar resposta.

Directora Técnica: É uma forma de evitar a institucionalização.

Director Clínico: Aliás, um dos nossos objectivos é reabilitar para depois integrar, com a família, na sociedade. É um dos nossos objectivos.

Esta pergunta seguinte foi o que o Dr. começou por abordar quando estávamos a falar do estudo. Queria que descrevessem quais os constituintes da rede com os quais têm que trabalhar?

Director Clínico: Trabalhamos com a ECL, equipa de coordenação local, está no *Centro de Saúde*, nós aqui, é no *Centro de Saúde* de Castelo Branco. Apesar de haver também equipas, uma ECL na Covilhã, e uma ECL na Sertã. Mas com quem trabalhamos mais é com a ECL de Castelo Branco.

Coordenador: Castelo Branco gere o *Hospital Amato-Lusitano*, Sertã gere a parte ali do Orvalho, Oleiros...

Director Clínico: Aquela zona do Pinhal Interior.

Coordenador: Castelo Branco gere Castelo Branco e Fundão, gere a parte norte.

Director Clínico: Mas a grande maiores, eu diria 95 ou 98 por cento dos utentes vêm do *Hospital*. Castelo Branco, Amato-Lusitano. Pronto, vêm referenciados pela EGA.

O contacto que têm pelo que me parece...

Coordenador: É directamente com a ECL!

Directamente com a ECL!

Coordenador: Com a EGA algum contacto, algum contacto com a EGA porque os doentes vêm do *Hospital* é transmitido, antes de os doentes entrarem aqui já é transmitida alguma informação à parte de enfermagem, à parte clínica, sob o estado de... Apesar de vir a referência, de vir isso tudo, mas é-nos transmitido pessoalmente. Mas base, base, a nossa ligação tem de ser sempre a ECL.

Mas isso faz parte do... da cadeia da rede! A ECL, a ECR... a ECL é que o ponto de ligação com a ECR, equipa coordenadora regional, e tem ligação com a EGA. Nós, instituições prestadoras temos de ter o contacto básico é com a equipa coordenadora local.

Então para o trabalho diário, para tudo o precisam, conseguem da ECL ter todas as respostas, não precisam de fazer outros contactos com mais nenhuma organização?

Director Clínico: Não. A não ser que necessitemos de alguma informação extra no *Hospital*, ou que a gente... ou que seja necessário irem lá à consulta ligamos então também para o *Hospital*, principalmente para a EGA.

Directora Técnica: De uma forma geral a ECL responde a tudo o que nós necessitamos.

Director Clínico: Responde quase a tudo!

Sim. Ótimo. Então, numa pergunta seguinte, queria que me definissem esse contacto! Como é que é feita a comunicação, a cooperação e a coordenação entre essas estruturas da rede, se dizem então que é principalmente o contacto com a ECL, que via de contacto é que usam?

Director Clínico: O contacto telefónico, muitas vezes telefónico. É via fax, email. Muitas vezes vêm fazer avaliação de qualidade, vem visitar-nos, vêm fazer avaliações de qualidade.

Coordenador: Essas avaliações estão estipuladas na rede. Devem ser feitas de 3 em 3 meses, quatro vezes por ano.

Directora Técnica: É uma vistoria.

Director Clínico: Conforme a disponibilidade deles. Mas têm indicações para virem...

Coordenador: De três em três meses. As directivas da rede são essas.

Director Clínico: Apesar de no ano passado aqui só terem vindo uma vez ou duas!

Coordenador: Isso já é outras questões.

Directora Técnica: Mas a nível de contactos telefónicos é diário.

Coordenador: Mais que uma vez.

Sim. Outra das coisas que também queria que abordassem era relativamente à plataforma informática que é uma novidades desta nova rede e que... Queria que me definissem o trabalho com essa plataforma!

Coordenador: Com essa plataforma... É assim, a Dr.^a. (...) pode falar melhor que eu sobre isso. Eu só digo isto sobre isso! Houve duas grandes coisas que foram criadas no nosso país: é essa plataforma informática e foi a plataforma das finanças, que em mais nenhum país da Europa existe. Pronto, não digo mais nada! Ela trabalha mais na plataforma que eu...

(sorrisos)

Directora Técnica: Não trabalho mais do que tu até porque nas formações que temos vamos sempre os dois. Agora a plataforma obviamente que é a base do nosso trabalho por que é ali que, quando o doente chega, antes do doente entrar na unidade, a plataforma já nos deu a base de toda a informação do próprio utente. Portanto, nós inserimos ali toda a informação sobre o utente. O utente entra, nas próximas 48 horas nós colocamos uma avaliação, enfermagem, clínica, social, fisioterapia, portanto, todas as áreas colocam informação na avaliação inicial. Aos 15 dias fazemos uma nova avaliação que é colocada também na plataforma e no final, antes do doente sair, volta a entrar uma nova avaliação. Por exemplo, em casos em que é colocado um doente em transferência para outra unidade de outra tipologia, também é através da plataforma que o fazemos, colocamos toda a informação, todas as avaliações, quais os critérios porque nós propomos essa transferência, para que depois a equipa local que estará no *Centro de Saúde* que vai avaliar o que nós fizemos e seguidamente passará à equipa regional, para depois eles então decidirem se é transferido ou se não é transferido.

Coordenador: E a vantagem da plataforma para nós também, para o Dr., para os enfermeiros é termos tempo mais que suficiente para preparar, por exemplo, a questão da alimentação, a questão... toda a logística que envolve a chegada do doente. Sem essa plataforma, se o doente chegasse aqui no próprio dia, ficávamos, um bocado, de mãos atadas sem saber do assunto.

Directora Técnica: As informações, a informação chega sempre! Nós tivemos a entrada de um doente, de manhã, na plataforma que vai chegar agora à tarde. Mas assim já tivemos umas horas para nos prepararmos. E já houve um contacto, a enfermeira responsável do *Hospital* já ligou para a enfermeira daqui e já passou a informação. Portanto, já temos tudo... a base da informação sobre o doente chega há unidade antes do doente chegar.

Coordenador: A unidade está pronta para o receber!

Permite então que... O que se não houvesse era muito mais complicado! Permite essa preparação.

Directora Técnica: Sim. Tudo o que é necessário, desde uma transferência, desde um prolongamento – termina os 30 dias e precisamos de mais 10/15 dias para reabilitar o doente – também é colocada essa informação para que a equipa em Castelo Branco avalie. Portanto

escusamos de andar com papeis para trás e para a frente, com fax, com email. Colocamos a informação ali, eles abrem no serviço deles e têm ali toda a informação. Um doente ao ser transferido para outra unidade, a unidade ao receber o doente abre a folha do doente e tem toda a informação do que se passou durante o período que ele aqui esteve. Tem acesso a todas as informações. É quase como um processo clínico, ali...

Coordenador: O historial do doente vai-se prolongar enquanto ele estiver na rede.

Sim. Então a plataforma tem conseguido responder de uma forma geral a todas as necessidades que têm sentido?

Coordenador: Neste momento sim.

Directora Técnica: Sim.

O grau de satisfação... se tivessem de definir o grau de satisfação com a utilização da plataforma?!

Coordenador: É muito bom. Para mim é muito bom.

Nesta rede, que ainda é recente, a unidade, inerentemente, esta unidade específica também, que angústias é que têm sentido, que áreas é que ainda sentem como deficitárias que necessitam de desenvolvimento? Mais uma vez no funcionamento em rede!

Coordenador: Sim, sim. Mas nesta data ou ao longo do tempo?

Nesta data! Eu depois também vou falar...

Coordenador: Neste momento...

Directora Técnica: Neste momento não vejo assim...

Coordenador: O nosso grau de satisfação é total. Neste momento!

Directora Técnica: Numa fase inicial...

Coordenador: Nós fomos uma experiência piloto, nós integramos a experiência piloto. Nós estamos deste 11 de Novembro de 2006. Nós somos experiência piloto.

Já têm um desenvolvimento... logo desde o início da criação da rede!

Coordenador: Sim, sim.

Ótimo. Eu tenho aqui uma frase que gostava que comentassem que tem a ver com isto. Já foram fazendo um bocadinho este comentário e é... mais uma vez tendo em conta o desenvolvimento recente da rede de cuidados continuados, a afirmação é a seguinte: *“Para a cimentação da cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos actores é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles”*. Isto tem muito a ver com aquela ligação inter-organizacional, entre as organizações.

(conversa à parte)

Quanto a este tempo de amadurecimento, acham que já estão numa fase adulta?

Director Clínico: Estamos sempre numa fase, necessitamos sempre de aprender mais de modo que acções de formação nesta área são sempre importantes.

Coordenador: Sim, mas estamos naquela fase de...

Director Clínico: Já temos bastante prática...

Coordenador: Era isso que eu ia dizer... Estivemos numa fase...

Directora Técnica: Há sempre alguma coisa... a gente nunca sabe tudo!

Coordenador: Um ano, vamos definir isto como uma curva, dois anos talvez para crescer, neste momento estamos nesta fase de estagnação, não é estagnação, sempre no topo, a aprender, pronto estamos nesta fase de cimentação. A experiência está ganha, o trabalho está feito, o nome está feito, a qualidade está cá. Tivemos duas vistorias de qualidade e tivemos praticamente nota máxima! E agora estamos nesta fase de desenvolvimento, de experimentar novas técnicas, novos métodos, novos...

Sim. Já que falou nesse assunto parece que todos concordam, pronto, está... já passaram aquela fase inicial de desenvolvimento, estão numa fase madura, de estabilidade, em que já, pronto, claro que como o Dr. disse vai-se sempre evoluindo mas...

Coordenador: Sim. Parar é morrer! Como costumamos dizer, parar é morrer.

Directora Técnica: Mesmo a nível de plataforma estão sempre a surgir novos elementos que são necessários acrescentar. Portanto, nunca se pára. Há sempre um crescimento constante.

Sim. Já agora que fala nisso, foi uma coisa também abordada por outras unidades, quando surge algo de novo sentem-se apoiados, são informados como o que devem preencher, de que forma?!

Coordenador: Nós temos uma vantagem, porque é assim, nós pertencemos à União das Misericórdias Portuguesas, temos essa vantagem. E onde existe uma... um grupo... é isso, GMS, Grupo Misericórdias na Saúde, e também temos uma plataforma própria, onde todos os dados, que por acaso agora não tenho aqui mas se for ali ao meu computador tenho, são tratados. Temos esse apoio por eles! Se quiser saber os doentes que entraram, os que não

entraram, os que foram tratados, os que não foram tratados, as transferências. Nestes anos todos eu tenho a estatística toda tratada disto. Tenho um grande apoio nisso, portanto...

Directora Técnica: A nível de plataforma quando surgem novos elementos, era isso que estava a questionar, se há formação nesse nível!

Coordenador: A formação e informação chega, era isso que eu estava a dizer...

Directora Técnica: Para já, tem alertas que há novos módulos a ser preenchidos. Portanto, nós o ano passado tivemos uma formação em Coimbra em que eles explicaram como é que têm que ser as coisas, como devem ser preenchidas.

Coordenador: Mesmo a nível de, e o Sr. Dr. pode falar melhor que eu, aqueles, tudo o que a gente preenche, os formulários do doente, e isso tudo, então constantemente, quando há alterações, há formações, por acaso é uma rede que está muito bem.

Sim. Por acaso era mesmo isso que eu queria sondar se em termos de tutela, de coordenação, se têm sentido apoio total.

Coordenador: Apoio total! Eu já disse, nós temos a vantagem de termos a união por trás. Se não tiver de um lado vou buscar ao outro. Portanto, eu recebo diariamente emails do GMS, com todas as directrizes da saúde, mesmo que não tenha nada a ver connosco. Quando a gente faz uma triagem nós temos acesso a toda a informação. Até porque a gente tem uma unidade para arrancar, que está em concurso público.

Em termos gerais, se quisessem falar do funcionamento em rede, não só cá, em qualquer organização, quais é que seriam as vantagens e desvantagens de trabalhar em rede?

Directora Técnica: A vantagem do trabalho em rede é o não se perder informação. Pronto, o trabalho em rede permite que a informação chegue mais rapidamente!

Coordenador: Não perder e não deturpar informação! Que é fundamental.

Directora Técnica: Temos uma base em que as coisas estão ali. Neste trabalho em rede recorremos principalmente à plataforma. Está ali colocado, foi assumido, não é só um telefonema, aconteceu isto, assim e assim, ou está desta forma, e acabou. Não! Temos um registo, assinado por quem fez que se responsabiliza por aquilo que disse. Portanto isso é uma grande vantagem. Desvantagens em trabalho de rede, não vejo.

Só vantagens?!

Coordenador: Só vantagens, sim. Para mim só tem vantagens!

Sim.

Director Clínico: Há mais humanização. Mais humanização, há. As pessoas são tratadas de maneira diferente do *Hospital*. Nós tratamos aqui... vemos o doente como um todo, globalmente! Enquanto no *Hospital*, quando vêm um doente, por exemplo na ortopedia, só vêm a perna. Nós vemos aqui como um todo, de uma forma global e juntamente com a família.

Coordenador: Eles vêm-no como um doente, nós vemos como pessoa, como ser humano que ali está.

Director Clínico: É, lá está, de uma forma global, como é visto aqui o utente.

Directora Técnica: O trabalho em rede permite que quando o doente aqui chegue nós já tenhamos todo o conhecimento sobre ele e não vamos falar com ele sem saber o que se passa. Ao falarmos com ele já sabemos exactamente o que devemos perguntar...

Coordenador: E a vantagem... Nós não reabilitamos o doente só porque ele partiu a perna e não sei mais o quê. Reabilita-se o doente a todos os níveis!

Director Clínico: E apoiamos as famílias! Principalmente o cuidador principal!

Sim. Preparam o doente para ele se poder inserir novamente na sociedade.

Director Clínico: Sim. Preparamos o doente, preparamos a família para os terem em casa. E para depois o integrar também na sociedade.

Directora Técnica: Não basta o utente, é preciso realmente que depois toda a envolvimento esteja preparada também para o receber.

Coordenador: Senão vai-se perder todo o trabalho que se teve aqui.

Director Clínico: O trabalho que nós temos aqui tem que ser continuado. E continuado em casa. Senão vai-se perdendo aos poucos.

Sim. Para continuar este assunto tenho cá mais outra citação que gostava que comentassem que foi definida em 2009 pelo Ministério da Saúde e é um dos valores que regem a rede nacional de cuidados continuados integrados e que faz parte da sua missão, é o seguinte: “Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede”. Como é que comentam esta afirmação?

Director Clínico: Equidade no acesso é igualdade para todos. Todos têm acesso, todas as pessoas...

Coordenador: Seja pobre, seja rico, não é olhada a pessoa.

Director Clínico: Todas as pessoas têm direito à reabilitação e serem internados nestas unidades.

Isto é cumprido, então. Equidade parece que existe!

Coordenador: E mobilidade também!

Directora Técnica: Mobilidade entre as redes também existe. Nós temos aqui doentes que, por exemplo, necessitam mais de... maior tempo para ser reabilitados e, quando é assim, pomos em transferência e assim, logo que a gente tenha autorização para a transferência ele é mobilizado para...

Coordenador: A mobilidade só não funciona num aspecto! Entre o *Hospital* de agudos e a rede. E eu passo a explicar porquê: porque é assim, muitas vezes o doente tem que ir para casa, aguardar vaga, e estar 15... pode estar 15 dias, uma semana, um mês para entrar aqui na rede. O que é que acontece, o doente vai perder algumas coisas que se podiam já ter evoluído.

Directora Técnica: O objectivo da rede seria ter alta do *Hospital* e passar automaticamente para uma unidade.

Director Clínico: Mas isto aqui vai... a construção de novas unidades vai, com certeza, resolver essa situação porque o *Hospital* também... se tem lá um doente não pode estar à espera mais 15 dias!

Coordenador: Sim, sem dúvida, mas a mobilidade na rede está aí!

Director Clínico: Sim, mas dentro da rede...

Coordenador: Dentro da rede não.

Director Clínico: Dentro da rede não há problemas. Á entrada, mas isso... é mais a vinda para aqui. Agora a mobilidade dentro da rede... não tem havido problemas!

Coordenador: Não tem havido problemas, e tanto que o doente, é assim, não te vaga para transferência, nós não vamos mandar o doente para casa, ele vai ficar aqui 30, 60, 90...

Director Clínico: Até haver vaga!

Coordenador: Até haver vaga e daqui saí. Daqui só saí para outra unidade. Portanto a mobilidade ai é garantida. O problema só está neste senão que tem de ser resolvido. E depois nas de longa duração já não sei como é que é feita...

Director Clínico: A longa duração pronto...

Coordenador: Ai já não sei. A articulação com lares ou não, não sei como é que é feita!

Sim. Mas já que falam nesse problema que existe antes de cá chegarem, entre o *Hospital* e depois a entrada na rede.

Coordenador: Mas nós não se levanta tanto esse problema. A nível de convalescença não se levanta tanto esse problema. Levanta-se mais a nível de média e longa. A nível de convalescença não se levanta, a maioria vem directa. A maioria vem directa.

Directora Técnica: Temos algumas situações...

Coordenador: São situações esporádicas.

Director Clínico: Sim, mas isso geralmente é uma semana que estão em casa.

Coordenador: Acontece muito é com as unidades de média e unidades de longa.

Quando isso acontece é porque não há vaga cá ou...

Coordenador: É porque não há vaga na rede!

Director Clínico: Não há vaga na rede e eles também não podem, precisam de operar, precisam de coisas que não pode estar a aguardar...

Coordenador: Por exemplo, se a rede estiver 30 dias sem vaga, eles não podem ter o doente 30 dias a ocupar cama, senão qualquer dia os *Hospitais* não têm onde tratar doentes. Isso é normal. É uma lacuna que está. Por isso nós vamos arrancar com uma unidade de média, não é, para colmatar essa necessidade.

Director Clínico: Por isso é que o governo, o ministério da saúde está a implementar mais unidades em todo o país.

Coordenador: Principalmente média e longa.

Director Clínico: Para deixar que as camas do *Hospital* fiquem vagas.

Directora Técnica: Os doentes que colocamos em transferência temos situações em que os doentes ficam muito tempo a aguardar vaga para...

Coordenador: Sim, mas essa mobilidade é garantida.

Directora Técnica: Sim, é garantida mas leva algum tempo, não vamos dizer que...

Coordenador: Sim, sim. Mas não nos obriga a nós a libertar vaga para isso. O doente fica...

(telefone toca, conversa à parte)

Só mais um aspecto relativamente à mobilidade! Há duas respostas que no distrito ainda não estão supridas, os cuidados paliativos que aqui como é uma unidade de convalescença,

se calhar não notam tanto essa necessidade, mas as equipas de apoio domiciliário que ainda não existem no distrito.

Director Clínico: Existe equipa de apoio domiciliário, já no distrito, em Castelo Branco. Já. Já.

Directora Técnica: No *Centro de Saúde*. Já tem aqui que nós já fizemos transferências.

Director Clínico: Podemos fazer transferências para a equipa de cuidados integrados domiciliários. Mas em Castelo Branco tem para os residentes em Castelo Branco e talvez arredores.

Directora Técnica: Nós já transferimos alguns doentes para essas equipas. Quando vão para o domicílio têm também o apoio dessa equipa.

Têm tido essa resposta sempre que tem sido necessário.

Director Clínico: Quando é necessário! Necessita, por exemplo, tem uma úlcera de pressão quase em fase de cicatrização mas ainda precisa de mais cuidados de enfermagem a gente referência para lá. É um caso.

Agora, mesmo só para terminar, em termos do desenvolvimento até agora já me falou mais ou menos o que se passava. Agora queria perguntar, como última questão, em termos de futuro, o que é que esperam para a rede e o que é que esperam para esta unidade em particular.

Director Clínico: É a continuação da prestação de cuidados o melhor possível, o trabalho em equipa, e cuidar e tratar o doente e recuperá-lo. São os principais objectivos.

Coordenador: E por isso, por isso a gente pensa no futuro da rede e pensa na evolução que temos na unidade que vem aí.

Director Clínico: E dar o mais qualidade possível ao nosso trabalho. Continuar com a qualidade lá em cima, que é o que a gente pretende.

Directora Técnica: Todos os dias trabalhamos nesse sentido!