

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL



Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Desenvolvimento

**A Adaptação ao Processo de Mudança da
Forma de Administração de Adalimumab 40mg –
Perspectiva da Enfermeira**

Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho

Mestranda: Cátia Sá Guerreiro

Lisboa, Maio de 2010

Fala-me e talvez esqueça.
Mostra-me e talvez recorde.
Envolve-me e aprenderei.

Benjamin Franklin

RESUMO

Tendo a forma de apresentação do fármaco ADALIMUMAB 40 mg¹, comercializado pelo laboratório ABBOTT, sido alterada de Seringa Pré-Cheia (SPC) Humira para Caneta Humira, os doentes em esquema terapêutico vivenciaram um processo de mudança. Deste fizeram parte um ou diversos momentos de formação alusiva à alteração da forma de apresentação da terapêutica, e também a possibilidade de acesso a uma linha telefónica gratuita disponível 24h por dia para esclarecimento de eventuais questões alusivas ao tema. A primeira toma de medicação em Caneta Humira foi sempre feita com acompanhamento de enfermagem, constituindo um momento formativo. A linha de apoio telefónico funcionou ininterruptamente ao longo de 12 meses. O processo de mudança decorreu assente na intervenção de uma equipa multidisciplinar a trabalhar para um objectivo comum tendo o laboratório ABBOTT contratado um profissional de enfermagem para o apoio a este processo de mudança. Coube a este profissional de enfermagem assegurar a formação inerente ao processo e ainda o atendimento da linha telefónica de apoio.

Tendo o processo de conversão da forma de administração de Adalimumab decorrido entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008, uma questão se levanta: *Como decorreu a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg de SPC Humira para Caneta Humira?*

Assim, tendo por objectivo geral compreender a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg, na óptica dos doentes medicados com SPG Humira que passaram a utilizar a Caneta Humira em substituição da SPC Humira, e dos enfermeiros em exercício profissional nos hospitais públicos do país implicados no processo, foi realizado o presente estudo. Sendo os sujeitos de estudo os doentes que recorreram à linha de apoio telefónico e também aqueles que foram directamente observados aquando da primeira toma de medicação com Caneta Humira em substituição da SPC; cinco doentes que vivenciaram o processo de mudança; vinte e três enfermeiros dos hospitais públicos do país, alvo e agentes de formação específica sobre a temática e também aqueles que foram directamente observados aquando da formação ministrada; e ainda o enfermeiro contratado pelo laboratório ABBOTT para acompanhar o processo de mudança; procedeu-se, recorrendo a uma abordagem qualitativa, a um estudo de caso único inclusivo, ou seja com múltiplas unidades de análise embutidas (Yin, 2003), concretamente três, sendo elas doentes, enfermeiros e enfermeiro/investigador. Os métodos de recolha de dados utilizados foram: entrevista narrativa, entrevista semi-estruturada, inquérito por questionário e análise documental, sendo os métodos de análise de dados a análise de conteúdo e a análise estatística. Salienta-se o facto de o investigador ser o enfermeiro contratado pelo ABBOTT para a acompanhar o processo.

Os objectivos inicialmente traçados e as questões de investigação lançadas para este estudo foram respectivamente alcançados e respondidas. Dos resultados obtidos salienta-se que os dados recolhidos junto das três unidades de análise embutidas são concordantes, ou seja, os aspectos de particular importância são reforçados quando olhados pelos diferentes prismas apresentados. Importa sobretudo destacar que o processo de mudança em estudo decorreu de forma positiva e que para tal concorreram três aspectos concretos: as características da Caneta, a formação ministrada pelos enfermeiros e a linha de apoio telefónico. Com o presente estudo ficaram claras as vantagens da última.

Tratando-se de um estudo de caso, não é possível a extrapolação dos resultados obtidos a outras populações. A opção metodológica de triangulação de fontes de dados intensificou a validade interna do estudo.

Ficam lançados desafios ao Laboratório ABBOTT e são propostos temas de reflexão quer no âmbito da prestação de cuidados a doentes crónicos, quer nas possíveis opções de inovação na gestão de recursos, em locais onde os padrões de saúde e desenvolvimento são distintos dos actualmente vividos em Portugal.

¹ Adalimumab é um anticorpo monoclonal humano recombinante, expresso em células do ovário do Hamster Chinês. Pertencente ao grupo farmacológico dos Agentes Imunossupressores selectivos, o fármaco está indicado no tratamento de doenças auto-imunes, concretamente a Artrite Reumatóide, a Artrite Psoriática, a Espondilite Anquilosante e a Doença de Chron, tendo como efeito reduzir o processo inflamatório destas doenças.

Índice

Lista de Siglas e Abreviaturas	7
Agradecimentos.....	8
1. INTRODUÇÃO	9
1.1 - Definição da Problemática	9
1.2 - Contextualização	10
1.3 – Questão de Investigação, Objectivos Geral e Específicos	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 – O Medicamento, a Indústria Farmacêutica e a Inovação, contextualizando a Caneta Humira.....	15
2.2 – O processo de mudança.....	21
2.3 – A adesão à terapêutica	24
3 – POPULAÇÃO E MÉTODOS	26
3.1 – Método de Investigação	26
3.2 – Abordagem de Investigação.....	28
3.2 - População e Amostragem.....	29
3.3 - Métodos e técnicas de Recolha de Dados.....	31
3.3.1 – Entrevistas Narrativa e Semi-estruturada.....	32
3.3.1.1 - Entrevista de episódio.....	32
3.3.1.2 – Entrevista centrada no problema	33
3.3.2 – Inquérito por questionário semi-estruturado	34
3.3.3 – Análise documental dos registos escritos das chamadas telefónicas recebidas e de deslocações em contexto de formação.....	36
3.4 – Análise de Dados.....	37
4. RESULTADOS	41
4.1 – Unidade de Análise Embutida <i>Doentes</i>	41
4.1.1 - Análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a doentes	41
4.1.2 - Análise de conteúdo dos documentos resultantes da análise documental dos registos escritos das chamadas telefónicas recebidas.....	43
4.1.3 - Análise de conteúdo dos documentos resultantes da análise documental das deslocações em contexto de formação.....	53
4.2 – Unidade de Análise Embutida <i>Enfermeiros</i>	58
4.2.1 - Análise estatística dos dados obtidos dos questionários aplicados aos enfermeiros	58
4.2.2 - Análise de conteúdo dos questionários aplicados aos enfermeiros.....	58
4.2.3 - Análise de conteúdo dos documentos resultantes da análise documental das deslocações em contexto de formação.....	60
4.3 - Unidade de Análise Embutida <i>Enfermeiro-Investigador</i>	63
4.3.1 - Análise de conteúdo da entrevista de episódio efectuada ao enfermeiro.....	63
5. DISCUSSÃO.....	65
6. CONCLUSÕES.....	74
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
8. ANEXOS.....	79

Índice de Figuras

Fig. 1 - A nova Caneta Humira	11
Fig. 2 - Síntese do enquadramento da problemática em estudo	25
Fig. 3 - Desenhos de estudos de caso segundo Yin	27
Fig. 4 - Desenho do estudo	40
Fig. 5 - Resposta em teia na Linha Telefónica de Apoio.....	50
Fig. 6 - Resposta em teia para além da Linha Telefónica de Apoio	50
Fig. 7 - Síntese da análise de dados para a unidade de análise embutida <i>Doentes</i>	57
Fig. 8 - Síntese da análise de dados para a unidade de análise embutida <i>Enfermeiros</i> ...	62
Fig. 9 - Cruzamento dos resultados obtidos para as três unidades de análise embutidas	67

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANF – Associação Nacional de Farmácias

DIM – Delegadas de Informação Médica

DGS – Direcção Geral de Saúde

GID – Gestão Integrada da Doença

HEM – Hospital Egas Moniz

IF – Industria Farmacêutica

LTA – Linha Telefónica de Apoio

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPC – Seringa Pré-Cheia

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

Agradecimentos

À equipa do laboratório ABBOTT que em 2007/2008 participou no processo de conversão da Seringa Pré-Cheia para Caneta Humira e que em 2009 se prontificou a apoiar-me neste desafio. Um particular agradecimento ao Rui Rodrigues e à Cristina Ramos;

Aos doentes que aceitaram receber-me em suas casas com o fim de serem entrevistados na sequência do presente estudo;

Aos enfermeiros de todo o país que não apenas aceitaram participar no estudo como o fizeram, respondendo ao questionário proposto;

À Telma Costa, investigadora externa ao estudo, a qual foi um pilar fundamental tendo garantido a entrevista ao investigador-enfermeiro envolvido neste estudo;

Aos enfermeiros que procederam à revisão do questionário e ao João Paulo Madeira pela revisão final do texto do presente documento;

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho pela orientação e pelo acompanhamento perseverante. Obrigado por me ter ajudado a não desistir. Um mestre.

Ao Pedro Albuquerque que aceitou, nesta fase das nossas vidas, a minha dedicação quase exclusiva à conclusão do presente estudo.

A cada um de forma particular os meus sinceros agradecimentos.

1. INTRODUÇÃO

A presente tese de mestrado surge na sequência dos estudos efectuados no âmbito do II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, ministrado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, com o intuito da obtenção do grau académico de Mestre.

Tese é um termo de origem grega (*thésis*) que significa simplesmente “o acto de pôr” (Serrano 2004). Segundo Marconi & Lakatos (2007), tese é uma das modalidades de trabalho científico cuja origem se encontra na Idade Média. Serrano (2004) refere que actualmente o significado original do termo não é suficiente para descrever todas as acepções da palavra e quando correntemente se fala em “tese” podemos estar a referir-nos igualmente à “proposição formulada nos estabelecimentos de ensino superior para ser defendida em público”, ou por extensão, ao próprio acto de discussão dessa proposição, ou ainda, ao documento escrito que a contém. Para a obtenção do grau académico de Mestre pressupõe-se habitualmente, segundo o mesmo autor, para além da apresentação de um trabalho escrito de investigação, a frequência e aprovação numa componente lectiva a cargo da instituição que confere o título. É deste cenário que resulta o presente documento.

Marconi & Lakatos (2007) referem que, para além da obtenção de um título em sequência da actividade académica, a tese terá em si mesma o objectivo de proporcionar ao seu autor a aquisição de novos conhecimentos e a colaboração na solução de um problema. Os mesmos autores, citando Leite (1978) salientam que a tese, sendo um trabalho de investigação, requer do investigador algumas qualidades: capacidade de planear, iniciar, conduzir e concluir um projecto de investigação e saber utilizar conhecimentos adquiridos.

Com a ambição de responder a este desafio, o presente documento será constituído por seis capítulos. Na presente introdução será exposta a problemática a estudar, a sua contextualização e os objectivos do estudo. De seguida proceder-se-á à redacção do resultado da Revisão de Literatura. Seguir-se-ão os capítulos de População e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. Será depois feita referência à bibliografia consultada e no final, serão remetidos para anexo os documentos que ilustrarão os conteúdos descritos.

1.1 - Definição da Problemática

Tendo a forma de apresentação do fármaco ADALIMUMAB 40 mg, comercializado pelo laboratório ABBOTT, sido alterada de Serina Pré-Cheia (SPC) Humira para Caneta Humira, os doentes em esquema terapêutico vivenciaram um processo de mudança. Deste fizeram parte um ou diversos momentos de formação alusiva à alteração da forma de apresentação da terapêutica, e também a possibilidade de acesso a uma linha telefónica gratuita disponível 24h por dia para esclarecimento de eventuais questões alusivas ao tema. A primeira toma de medicação em Caneta Humira foi sempre

feita com acompanhamento de enfermagem, constituindo um momento formativo. A linha de apoio telefónico funcionou ininterruptamente ao longo de 12 meses tendo sido dada resposta a todos os contactos recebidos (uma média de 8 utentes por mês).

O **objecto do presente estudo** é o processo de mudança da forma de apresentação da terapêutica Adalimumab 40mg, ao qual foram sujeitos doentes com o diagnóstico de Artrite Reumatóide, Artrite Psoriática, Espondilite Anquilosante e Doença de Chron, medicados com o referido fármaco, sendo seguidos nos hospitais do SNS, no período de Setembro de 2007 a Setembro de 2008.

Definem-se como **sujeitos do estudo** os doentes que recorreram à linha de apoio telefónico no período de Setembro de 07 a igual mês do ano seguinte e também aqueles que foram directamente observados aquando da primeira toma de medicação com Caneta Humira em substituição da SPC; cinco doentes que vivenciaram o processo de mudança; vinte e três enfermeiros dos hospitais públicos do país, alvo e agentes de formação específica sobre a temática e também aqueles que foram directamente observados aquando da formação ministrada; e ainda o enfermeiro contratado pelo laboratório ABBOTT para acompanhar o processo de mudança, o qual é o investigador no presente estudo.

1.2 - Contextualização

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza as doenças crónicas como sendo doenças de longa duração e progressão geralmente lenta. De acordo com a OMS, as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo, podendo produzir incapacidade/deficiências residuais, exigindo uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação, bem como períodos, por vezes longos, de supervisão, observação ou cuidados. Segundo Phipps (2004), a administração de terapêutica toma um papel fundamental e a adesão ao tratamento da doença crónica significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente. A alteração de terapêutica, e o processo por ela determinado, poderá ter sobre o doente crónico um impacto, nomeadamente do foro psicológico, que eventualmente influenciará o tratamento em si.

Comercializado em Portugal pelo laboratório ABBOTT, Adalimumab toma a designação comercial de HUMIRA. A apresentação inicial de Humira consistia numa Seringa Pré-Cheia (SPC) com 0,8ml, contendo 40 mg de Adalimumab para toma única de administração subcutânea. Aos utentes era facultado o ensino antes do início da terapêutica, tendo por objectivo a auto administração ao domicílio, garantindo a autonomia do utente no seu processo de administração de terapêutica. Esta era levantada na farmácia hospitalar. O fármaco era prescrito apenas em contexto hospitalar público, dada a não participação do mesmo à data da conversão.

A **nova Caneta Humira** (figura 1, em baixo) surge no mercado farmacêutico em proposta de substituição da anterior SPC Humira. Cada caneta pré cheia, de administração subcutânea, contém 0,8ml para dose única de Adalimumab.

Perante a realidade da auto-administração de terapêutica subcutânea ao domicílio, e pretendendo melhorar as características da forma de administração no sentido de diminuir potenciais factores de ansiedade e desconforto ao doente crónico medicado com Adalimumab 40mg, em 2006 o ABBOTT, propôs a substituição da SPC por uma caneta igualmente pré-cheia, contendo 40mg de



Figura 1 – A nova Caneta Humira

Adalimumab e sendo de utilização única. A caneta foi desenhada tendo em conta as dificuldades articulares das mãos dos doentes, sendo as suas dimensões adequadas a essas dificuldades. Não se visionando a agulha, a caneta é constituída por um corpo, dentro do qual se encontra o fármaco, e por um êmbolo que o doente deverá accionar depois de ter encostado a extremidade oposta ao êmbolo à prega cutânea por ele feita anteriormente, na face anterior das coxas ou na região periumbilical direita ou esquerda. A administração tem a duração de 10 segundo, a partir do momento que se acciona o êmbolo. No corpo da caneta é visível uma janela que toma a cor amarela à medida que o fármaco é administrado. Contados 10 segundos e visionada a janela amarela, resta ao doente desencostar a caneta da pele e coloca-la no reservatório de desperdícios que lhe foi entregue pela farmácia hospitalar e que deverá devolver quando se encontrar cheio. Juntamente com a caneta, no momento do ensino o doente recebe material de apoio (kit do doente) que poderá utilizar em casa, instrumentos que lhe permitirão validar os conhecimentos adquiridos e esclarecer questões associadas à auto-administração.

Perante a apresentação da nova caneta e materiais de ensino a ela associados, e antes de estes serem propostos em substituição à SPC Humira, foi efectuado nos EUA um estudo cujos resultados foram publicados em Outubro de 2006 – estudo TOUCH² – o qual, teve por objectivo avaliar qual o método de administração preferido pelos doentes (SPC ou Caneta) e comparar o nível de dor no local de injeção dos dois sistemas de administração. Os doentes em estudo (52 no total) tinham idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, com prescrição de Adalimumab para tratamento de Artrite Reumatóide, medicados com SPC Humira há uma média de 15 meses. O resultado do estudo revelou que 88,5% dos doentes preferiu a Caneta à SPC e os motivos de preferência referidos foram a facilidade de utilização, o tempo de injeção, sentirem-se em maior segurança e o sentirem menos dor na administração. O estudo apresenta porém algumas limitações, salientando-se que a amostra é de dimensão reduzida.

² Clinical Assessment of Pain, Safety, and Preference of an Autoinjection Pen vs. a Prefilled Syringe for Patient Self Administration of the Fully Human, Monoclonal Antibody Adalimumab: The TOUCH Study, Lab ABBOTT, 2006

Em Portugal o processo de conversão da SPC Humira para Caneta Humira decorreu entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008. À medida que houve necessidade de repor os stocks hospitalares de Humira, foi sendo introduzida a caneta Humira em substituição da SPC, tendo antes os médicos prescritores e as equipas de enfermagem sido alvo de formação e esclarecimentos alusivos à temática.

O processo de mudança decorreu assente na intervenção de uma equipa multidisciplinar a trabalhar para um objectivo comum. Aos delegados de informação médica (DIM) coube abordar, em todo o país, os médicos prescritores de Humira, apresentando-lhes a proposta de mudança e incentivando-os a optarem pela prescrição e Caneta Humira ao invés de SPC.

O laboratório ABBOTT contratou um profissional de enfermagem para o apoio a este processo de mudança. Numa fase preparatória do processo de mudança foi feito um encontro (in) formativo inicial, de 8h de duração, reunindo os enfermeiros responsáveis pela administração desta terapêutica em todo o país. Neste encontro inicial foi apresentada a nova Caneta Humira, bem como todo o processo de mudança que se avizinhava. O profissional de enfermagem contratado pelo ABBOTT foi, já neste encontro, agente de formação, estabelecendo o primeiro contacto com os colegas que reencontraria ao longo dos meses seguintes, no processo de conversão.

Perante a decisão clínica de optar pela prescrição de Caneta, cada DIM agendou com o profissional de enfermagem ABBOTT uma sessão de ensino teórico-prático no hospital, dirigida aos profissionais de saúde (enfermeiros geralmente em exercício de funções na Consulta Externa ou no Hospital de Dia) que seriam depois os agentes de ensino aos doentes. Sempre que possível, a sessão de formação hospitalar foi agendada em simultâneo com a administração de Caneta a um doente em conversão. Assim houve a possibilidade de, recorrendo a ensinamentos presenciais a doentes, os enfermeiros hospitalares terem uma abordagem prática dos conteúdos teóricos referidos na formação.

O laboratório ABBOTT criou uma linha telefónica gratuita de atendimento, disponível 24h por dia, para colocação de questões alusivas à nova forma de apresentação da terapêutica. Coube ao profissional de enfermagem contratado pelo ABBOTT assegurar o atendimento desta linha de apoio. Assim, o enfermeiro detinha em sua posse um telemóvel correspondente ao número verde que era facultado aos doentes, respondendo às chamadas telefónicas e tendo por responsabilidade encaminhar adequadamente as diferentes situações que surgissem. Salienta-se que este profissional de enfermagem foi, numa fase preparatória do processo de mudança, alvo de formação específica – ministrada pela médica associada ao fármaco no laboratório e pelo gestor de produto, em sessões individuais e com recurso a bibliografia diversa, de forma a agir com assertividade perante as diferentes situações que pudessem surgir.

À medida que os doentes necessitavam de nova prescrição, esta ia sendo alterada de SPC para Caneta e era feito um agendamento da sessão de ensino individualizada sobre a nova Caneta e sua utilização, tentando fazer coincidir a sessão com a toma de medicação. A sessão de ensino foi ministrada por um

profissional de enfermagem que anteriormente recebera a respectiva formação. Aos doentes foi explicado que, depois de estudos científicos, se optou por alterar a forma de administração de Humira com o intuito de aumentar o conforto e segurança dos doentes. No momento da sessão de ensino, foi disponibilizado, a cada doente, um guia de administração ilustrado, bem como um filme de DVD que decorre em tempo útil, podendo o doente efectuar a auto administração ao mesmo tempo que a acção decorre no filme. Tinha ainda ao seu dispor um calendário e um cartão com o número da linha de apoio telefónica gratuita disponível para atendimento e resposta a questões alusivas à terapêutica durante 24h por dia. Todo este material constituía o *kit* do doente.

Salienta-se que, por motivos de segurança e garantia de minimizar falhas na administração de terapêutica, no momento de proceder ao levantamento da medicação na farmácia hospitalar, o doente só recebi as canetas mediante a apresentação de um comprovativo emitido pelo enfermeiro hospitalar, em como recebera formação específica para a auto-administração do fármaco.

O profissional de enfermagem contratado pelo ABBOTT esteve ao longo de todo o processo de conversão, disponível para se deslocar ao encontro de doentes ou profissionais de saúde para esclarecimento de questões e reforço de ensino.

Os objectivos deste processo de mudança foram, não apenas proporcionar a autonomia do doente na auto-administração da terapêutica, mas sobretudo diminuir os factores agressores como a dor e o desconforto associados à administração.

O fármaco Adalimumab é participado desde Outubro de 2008, tendo então sido necessário por parte do ABBOTT reformular o apoio telefónico aos doentes, uma vez que a linha se tornará potencialmente mais procurada e será associada também ao agendamento de sessões de ensino aos doentes seguidos nos serviços privados de saúde. Assim a linha verde passou a ser gerida por um *call center* que encaminha agora as chamadas para os diferentes profissionais, conforme os assuntos a que se referem. O horizonte temporal a que se refere o presente estudo (Setembro de 2007 a igual mês de 2008) está incluído na fase anterior à comparticipação do fármaco.

1.3 – Questão de Investigação, Objectivos Geral e Específicos

A **questão de investigação** que se levanta é *Como decorreu a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg de SPC Humira para Caneta Humira?*

Desta, decorrem outras questões, para as quais o presente estudo procurará resposta:

- De que forma foi importante a existência da linha telefónica de apoio (LTA) aos doentes?
- Quais as razões que justificaram o acesso à LTA?
- Qual o papel da formação individualizada neste processo de mudança?

- Terá a formação ministrada correspondido ao desejado pelos utentes?

Assim, o **objectivo geral do estudo** é compreender a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg, na óptica dos doentes medicados com SPG Humira que passaram a utilizar a Caneta Humira em substituição da SPC Humira, e dos enfermeiros em exercício profissional nos hospitais públicos do país implicados no processo.

Os **objectivos específicos** são:

- Descrever as situações que levam doentes em processo de conversão a recorrer à LTA;
- Identificar as dificuldades, os benefícios, ou a ausência destes, da nova forma de administração de terapêutica na óptica dos doentes e dos enfermeiros submetidos ao processo de mudança;
- Identificar as lacunas na formação inicial ministrada aos doentes pelos profissionais de saúde envolvidos;
- Comparar a perspectiva do enfermeiro contratado pelo ABBOTT e os resultados obtidos junto de doentes e enfermeiros envolvidos no processo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Caracterizado pelo laboratório ABBOTT como uma verdadeira aposta na inovação e na qualidade, a nova Caneta Humira entrou no mercado português publicitada como um sinal de investimento num mercado competitivo em prol do bem-estar dos doentes crónicos, recorrendo a um processo marcado pelo recurso a metodologias e instrumentos criativos e inovadores. O *kit* do doente, a linha telefónica de apoio, a formação individual, associados a um produto potencialmente de maior conforto de utilização que o anterior, sem diminuir a eficácia terapêutica, parece descrever os pontos-chave desta aposta.

2.1 – O Medicamento, a Indústria Farmacêutica e a Inovação, contextualizando a Caneta Humira

O medicamento constitui um factor de progresso humano baseado na ciência e na tecnologia desenvolvido no último meio século (Morais, 2006). De facto, e segundo a mesma fonte, o medicamento assumiu na vida dos cidadãos uma importância tal, que a percepção do conceito mais vulgar de saúde se associa de forma quase imediata ao medicamento, ou seja, à sua contribuição para que se verifique a ausência de doença.

A Indústria Farmacêutica (IF) é baseada na ciência e destaca-se como uma das mais lucrativas dos últimos tempos (Vieira & Ohoyon, 2006). Os mesmos autores salientam que inovar é fundamental para a sobrevivência das empresas, sendo este aspecto de particular importância neste sector de actividade.

Segundo Tidd et al (2003), por definição **inovação** é o processo de criação e introdução de algo novo numa organização ou no mercado. Não se trata então de um acto único ou pontual mas antes de um processo global que se estende ao longo do tempo. Segundo os mesmos autores, a inovação não se reduz à geração de novas ideias, pois requer a invenção de algo novo e a sua posterior aplicação na própria organização ou no mercado. Esta, segundo estes autores, é aliás a principal diferença entre a invenção e a inovação – enquanto a invenção é independente do uso, a inovação pressupõe a utilização da invenção. Quer isto dizer que, se uma invenção não tiver utilidade, não constitui inovação.

O objectivo da inovação é criar uma oferta distintiva que permita à empresa diferenciar-se da concorrência do mercado (Tidd et al, 2003).

Freire (2000) salienta que através da inovação uma empresa constrói no presente as bases do seu desenvolvimento futuro. A criatividade, segundo o mesmo autor, promove o espírito inventivo que por sua vez gera inovação. Assim sendo, para Freire (2000), a principal função da inovação é acompanhar,

e se possível antecipar a evolução das necessidades dos clientes, para a empresa os poder servir com respostas de valor sempre renovado.

Segundo Davenport (1993), citado por Teixeira & Brochado (2005), o processo de inovação está dependente de vários factores como a organização, os recursos humanos e a capacidade de interpretar as necessidades do mercado, sendo porém de difícil implementação. Freire (2000) define o ciclo do processo de inovação como uma sequência de oportunidade, ideia, desenvolvimento da ideia, teste, introdução da nova ideia e difusão, sendo que esta sequência pode ser interactiva, sobreposta e integrada. Salienta ainda a necessidade, em paralelo, de uma aposta em âmbitos específicos do campo da gestão como a gestão estratégica, a gestão de projectos, a gestão da mudança e a gestão funcional. Freire (2000) refere a inovação como sendo um factor fundamental ao desenvolvimento de qualquer organização. Segundo este autor, através do recurso a novos produtos, serviços e processos, são renovadas não apenas a oferta ao mercado mas também as práticas de gestão internas.

Quando se fala em inovação fala-se essencialmente em mudança, referem Tidd et al (2003). Abordando o conceito de mudança, e centrando a nossa atenção na mudança tecnológica, segundo os mesmos autores, esta pode ocorrer de dois modos – nos produtos/serviços oferecidos por uma organização; ou nos circuitos de criação e produção de produtos. Estes autores distinguem então os conceitos de inovação de produto e inovação de processo. Também Coobs et al (1987) fazem esta caracterização, referindo que tipicamente as inovações de processo são aplicadas no seio da organização, enquanto as inovações de produtos/serviços são orientadas para o mercado.

Segundo Tidd et al (2003), embora a inovação venha cada vez mais a ser encarada como uma forma poderosa de manter uma vantagem competitiva e como o modo mais seguro de defender posições estratégicas, não é garantia absoluta de sucesso. Segundo estes autores, é importante que as organizações estejam preparadas para proceder continuamente à renovação dos seus produtos e processos, ou as suas possibilidades de sobrevivência serão ameaçadas.

Tidd et al (2003) salientam ainda que o conhecimento se tornou uma questão central para a competitividade. A inovação de sucesso depende da capacidade de visão mais aberta e alargada e do desenvolvimento de abordagens estratégicas baseadas na compreensão dos diferentes aspectos do conhecimento.

Assim sendo, segundo os referidos autores, a inovação é antes de mais uma aprendizagem, tanto na aquisição como na distribuição do conhecimento, de maneira estratégica, e também na aquisição e reforço de matrizes de comportamento.

No que se refere à IF, segundo Vieira & Ohoyon (2006), a inovação pode manifestar-se de duas formas concretas:

- Na disponibilização comercial, para consumo humano, de um novo medicamento – a invenção será descobrir o novo princípio activo e a inovação será viabilizá-lo através de um novo medicamento;
- Nas tarefas de melhoramento e desenvolvimento de inovações incrementais em princípios activos já descobertos/inventados.

Vieira & Ohoyon (2006) definem o ciclo do medicamento inovador como detendo as seguintes fases, as quais não decorrem obrigatoriamente de forma sequencial, podendo ser sobreponíveis no tempo:

- Pesquisa;
- Desenvolvimento (função farmacêutica que inclui pesquisa clínica e pesquisa toxicológica);
- Produção (desenvolvimento do produto em escala piloto e depois em escala industrial);
- Fase de regulação do produto;
- Fase de *Marketing* ou Fase Comercial.

A Fase de *Marketing*, ou Fase Comercial, é o estágio mais importante em termos competitivos em IF (Vieira & Ohoyon, 2006). Actualmente assiste-se a uma nova postura perante este estágio – os medicamentos, mesmo os que são comercializados apenas sob prescrição médica, têm lançamentos envolvendo campanhas de comunicação e *marketing* dirigidas a um amplo público, sendo que anteriormente apenas os médicos prescritores e os profissionais de saúde eram alvo destas campanhas. Este aspecto pode estar relacionado com o referido por Klein & Gonçalves (2005), que salientam o facto de vários estudos sugerirem que actualmente os pacientes pretendem obter mais informação e mais oportunidades de se tornarem activos na sua interacção com o profissional de saúde.

A inovação na área da IF recorre, como esperado, às mais modernas tecnologias de comunicação e informação de forma a aproximar os utentes dos fármacos, tornando os primeiros cada vez mais envolvidos nas tomadas de decisão referentes à sua própria saúde.

Um dos exemplos de inovação, envolvendo a área da farmacologia, é o **serviço Farma24**, disponível desde 2004, tendo inicialmente servido áreas geográficas limitadas, tendo depois sido expandido para áreas mais abrangentes. Em 2007, na região norte de Portugal, cerca de 1000 farmácias eram já aderentes a esta inovação. Segundo o site www.farmacia.com.pt, o serviço Farma24 consiste na entrega de medicamentos ao domicílio e funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano. O utente pode accionar o serviço por telefone e duas ou três horas depois de feito o pedido, recebe em sua casa os fármacos e produtos dermofarmacêuticos de que necessita, mediante o pagamento de uma taxa. Este serviço inovador, segundo os responsáveis da Associação Nacional de Farmácias (ANF) foi concebido para dar apoio aos utentes e ajudá-los a atravessar eventuais dificuldades com a deslocação à farmácia.

Outro exemplo de inovação em saúde em Portugal é o serviço **Saúde 24**, entrado em vigor a 25 de Abril de 2007 e inaugurado a 8 de Maio do mesmo ano. O Serviço Saúde 24 é uma iniciativa do Ministério da Saúde e visa responder às necessidades dos cidadãos no âmbito da saúde, contribuindo para melhorar a acessibilidade aos serviços e otimizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos utentes para as instituições de saúde mais adequadas (www.saude24.pt). Esta linha permite a qualquer cidadão, pelo custo de uma chamada local, o esclarecimento das suas dúvidas relativamente a sintomatologia ou informações gerais de saúde pública. Durante todos os dias da semana, 24 horas por dia, basta telefonar para o número de acesso e o utente entrará em contacto com profissionais de saúde qualificados e especialmente formados, os quais farão o aconselhamento adequado à situação descrita.

Falar dos serviços Saúde 24 ou Farma 24 remete-nos para uma reflexão alusiva à existência de linhas telefónicas de apoio na área da saúde em Portugal. No processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg esteve envolvida uma linha de apoio telefónico disponível 24 horas por dia. Apresenta-se assim como pertinente uma abordagem aos **Call Centers** na área da saúde, um serviço emergente nas sociedades modernas.

Segundo Sakellarides e Barbosa (2001), citados por Tavares da Cunha Filho (2002), os *call centers* têm por principal objectivo oferecer um acesso alternativo ao sistema de saúde, bem como proporcionar ao indivíduo a capacidade de poder tomar decisões, com ajuda, relacionadas com a sua saúde. Segundo o mesmo autor, os serviços de *call center* podem apresentar diversas formas, de acordo com a sua estrutura e objectivos. Assim podem englobar serviços como a promoção e a educação para a saúde, o aconselhamento e informação a doentes sobre doenças e tratamentos ou simplesmente encaminhar para serviços específicos.

Os *call centers* desenvolveram-se nos EUA como resultado de um conjunto de factores que emergiram nos anos 90 dos quais se destacam as alterações na prática médica e estilo de vida dos médicos; a evidente competência dos profissionais de enfermagem para gerir triagem telefónica; a importância crescente da gestão de cuidados; um menor contacto médico-doente e o aparecimento de sistemas de saúde integrados verticalmente. (Tavares da Cunha Filho 2002). O Reino Unido apresenta uma vasta experiência no âmbito do recurso a *call centers*, sobretudo na área da triagem em saúde, a maioria das vezes exercida por profissionais de enfermagem (Fortune, 2001). Alguns estudos foram feitos abordando esta temática, no entanto esta é ainda subavaliada.

Olhando concretamente para a realidade de Portugal, segundo Tavares da Cunha Filho (2002), apesar da diversidade e profusão de linhas telefónicas na área da saúde, não existe uma rede formalizada de gestão articulada de serviços nesta área, verificando-se iniciativas no âmbito individual das instituições que as promovem, sendo poucos os exemplos específicos de *call centers* em saúde existentes. Segundo o mesmo autor, as poucas iniciativas públicas existentes, duas delas já citadas

anteriormente, não têm sido alvo de avaliações profundas que permitam o seu maior e melhor desenvolvimento. Tavares da Cunha Filho (2002) identificou no seu estudo alusivo a esta temática, 39 serviços com características aproximadas a *call center*, os quais foram por ele classificados em linhas de emergência, linhas de aconselhamento e encaminhamento em saúde, linhas de prestação de serviços de apoio em saúde, linhas de ajuda em saúde e linhas de ajuda social. O mesmo autor refere que o desenvolvimento de *call centers* se encontra fortemente relacionado com iniciativas privadas de organizações de saúde que tentam desenvolver o seu relacionamento com os clientes como forma de os fidelizar. Tavares da Cunha Filho (2002) refere ainda que existe actualmente em Portugal uma grande diversidade de grupos e instituições envolvidos na criação e desenvolvimento de serviços que contemplam, nas suas estratégias de intervenção, o atendimento telefónico na área da saúde. Ora a LTA Humira insere-se nesta afirmação.

Ao ter acesso a uma linha de apoio telefónico disponível 24 horas por dia, em paralelo com uma sessão de ensino individualizada e com a recepção de materiais complementares de ensino (kit), ilustrativos da nova forma de administração de Adalimumab, o doente vai obter a informação de que necessita de forma a aderir à proposta efectuada. O mesmo tempo disporá de recursos que lhe permitirão resolver eventuais problemas que possam surgir. A aposta na **informação ao doente** é também um marco inovador neste processo.

Segundo Tavares da Cunha Filho (2002), as pessoas necessitam de dispor de informação de qualidade de forma a tomarem decisões alusivas à sua saúde. Um cidadão informado torna-se uma mais-valia para o sistema de saúde, uma vez que os comportamentos individuais são uma componente essencial para a promoção de saúde e a prevenção da doença. O mesmo autor salienta a importância dos comportamentos individuais dentro dos factores que influenciam a saúde de um indivíduo.

É de salientar a referência feita por Tavares da Cunha Filho (2002) à variação da capacidade de as pessoas compreenderem a informação escrita que recebem. Este autor aborda a importância da aprendizagem através de recursos a metodologias audiovisuais como complemento de informação, mesmo para aqueles com maior grau de instrução. Assim, os actuais veículos de informação em saúde poderão variar de complexidade, envolvendo diversos meios e tecnologias de comunicação, adequados aos grupos alvo a que se destinam. Destes meios salientam-se por exemplo a informação fornecida em impressos (folhetos, panfletos, brochuras); em suporte informático (CD-ROM, software); em serviços interactivos em rede informática; ou ainda em serviços telefónicos gratuitos. Ora a forma de actuação do laboratório ABBOTT neste processo de mudança passou pelo recurso a impressos, a software e a um serviço telefónico gratuito. No caso Humira, a possibilidade de recurso a tão diversas formas de informação remete-nos para outro conceito – o de empoderamento do doente.

Segundo Pinto (1998), citado por Tavares da Cunha Filho (2002), empoderamento pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos

indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político ou económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. Não é possível entender a abordagem de empoderamento sem reconhecer uma série de outros conceitos igualmente essenciais para o processo de fortalecimento e autodeterminação dos indivíduos, tais como a advocacy, a validação e a sinergia (Tavares da Cunha Filho, 2002). Salientemos os conceitos de validação e de sinergia. A validação passa pelo reconhecimento e potencialização das capacidades do indivíduo para que ele se torne agente de mudança e não apenas objecto da mesma (Tavares da Cunha Filho, 2002). Segundo o mesmo autor, falar de sinergia significa afirmar que o empoderamento individual não é possível sem a ligação a outros indivíduos, ou seja, que todo o processo de empoderamento ocorre num contexto de diálogo e colaboração, entre indivíduos e entre indivíduos e os profissionais que os acompanham. Tavares da Cunha Filho (2002) salienta ainda que o diálogo e a parceria entre um cliente e um profissional constituem um dos elementos essenciais para a prática de empoderamento, sendo os profissionais parceiros do cliente, devendo o relacionamento entre eles ser sempre sinérgico.

Tavares da Cunha Filho (2002) relaciona os conceitos de *call center* e de empoderamento, referindo-se aos primeiros como um instrumento do segundo, a partir do momento em que é dado ao utente o lugar central. Este autor salienta a criação de *call centers* no âmbito da saúde como uma forma de melhorar o impacto da prestação de cuidados de saúde. Tavares da Cunha Filho (2002) define ainda como chave de sucesso dos *call centers* e do seu futuro desenvolvimento, a organização dos mesmos, a clara definição dos seus objectivos e a honestidade da sua missão. A efectividade da resposta corresponde a um verdadeiro empoderamento do cidadão que se torna mais capaz de gerir a sua saúde. O mesmo autor defende que os *call centers* são fundamentais enquanto instrumentos de empoderamento do cidadão, especialmente para aqueles em que as situações de vida os colocam num plano de maior fragilidade diante do sistema de saúde.

Importa proceder a uma breve reflexão alusiva à evolução dos serviços de informação em saúde disponíveis para os doentes em Portugal. Segundo Carrasqueiro (2007) a massificação da Internet e das tecnologias *web* é um fenómeno recente, com pouco mais de dez anos, e que, como é normal em processos de inovação numa primeira fase, esmagadora maioria das acções inovadoras são isoladas e desconexas. Porém, e segundo a mesma autora, após a maturação dos projectos dá-se a sua expansão. Este é o caso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) aplicadas à saúde que estão neste momento em fase de alargamento e integração nos processos operacionais rotineiros. Segundo a autora supra citada, nos últimos 5 anos salientam-se projectos como a implementação gradual de intranets em hospitais como ferramenta de colaboração, a implementação gradual de sistemas de informação clínicos e de sistemas de arquivo e distribuição de imagem médica digital em hospitais e centros de saúde; a transacção electrónica de informação clínica e administrativa entre diferentes prestadores, especialmente na referenciação entre os cuidados primários e hospitalares. Carrasqueiro (2007) refere

que em relação aos serviços de telemedicina, existe uma muito boa base de projectos experimentados, esperando-se agora o seu alargamento em âmbito e em número, bem como a sua maior integração nos fluxos de prestação de cuidados de saúde.

2.2 – O processo de mudança

Reconhecendo o processo de alteração da forma de administração de Adalimumab 40mg como uma aposta na inovação em IF, interessa agora compreender o processo propriamente dito.

Em primeiro lugar interessará definir este processo de mudança, quais as suas etapas e depois, estando a isto altamente associado, como é vivido o processo por aqueles que a ele se submetem.

A documentação encontrada alusiva a esta temática foi porém muito escassa. Encontrou-se alguma documentação que aborda a relação terapêutica como factor promotor da mudança terapêutica no domínio das ciências humanas, concretamente da Psicologia e da Psicoterapia (Santos, 2004). Existe ainda muita literatura sobre os processos de mudança no domínio da farmacocinética, sobretudo resultados de estudos de laboratórios que aperfeiçoam as suas produções no sentido de uma maior qualidade de produtos a oferecer. No entanto nada se conseguiu encontrar que referisse a vivência, o sentir, a adaptação daqueles que, das mais diversas formas são submetidos a uma alteração da forma de administração de uma terapêutica para tratamento de doença crónica.

Esta ausência de literatura descritiva da adaptação dos doentes às alterações das formas de administração dos fármacos que utilizam para tratamento das patologias de que são portadores poderá estar relacionado com o referido por Klein & Gonçalves (2005). Segundo estes autores, existe ainda em Medicina uma perspectiva de que os pacientes são muitas vezes encarados como agentes passivos nos actos de prescrição médica e de consumo de fármacos.

Os estudos no campo dos medicamentos, em geral, não dão prioridade ao papel do doente no processo saúde/doença/tratamento (Leite & Vasconcelos, 2003). Segundo estes autores, o doente é referido como o espaço onde o medicamento terá a sua acção do ponto de vista da racionalidade médica, não se considerando ainda as suas expectativas, os seus valores socioculturais, os seus conhecimentos e interesses como aspectos fundamentais em todo o processo de uso, ou resistência ao uso, de medicamentos no tratamento da doença crónica.

Rogers & Shoemaker (2003) referem-se ao **Processo de Mudança** de uma forma genérica, concretamente numa abordagem de ciências sociais. Um sistema social é definido por estes autores como um conjunto de unidades que são funcionalmente diferenciadas e comprometidas num ponto comum. Por seu lado, uma mudança num sistema social é um processo pelo qual ocorre uma alteração na estrutura e funcionamento desse sistema social.

Centrando a nossa atenção no caso em estudo, ou seja na alteração da forma de administração de Adalimumab 40mg, poderemos considerar o sistema social como o conjunto de doentes medicados com o referido fármaco, portanto diferenciados entre si mas com um ponto que os une. A alteração da forma de administração de SPC para Caneta Humira é uma mudança neste sistema, uma vez que se trata de uma alteração pela qual passam os elementos deste sistema. Procurar-se-á então encarar este processo de mudança à luz do descrito por Rogers & Shoemaker (2003).

Segundo Rogers & Shoemaker (2003), a **Mudança** pode ser:

- Imanente – quando os membros de uma sociedade introduzem uma nova ideia sem (ou quase sem) sofrerem influência do exterior;
- Mudança de contacto – quando a inovação é introduzida, sendo originária de uma fonte externa à sociedade.

Concretamente no caso de mudança de contacto, Rogers & Shoemaker (2003) referem ainda que esta pode ser de dois tipos: selectiva, quando os membros da sociedade estão expostos às influências externas e adoptam ou rejeitam as novas ideias; e direccionada ou planeada, quando as novas ideias são planeadas e introduzidas por *outsiders* de forma intencional.

No caso Humira, tratou-se então de uma mudança de contacto, direccionada ou planeada.

Para Rogers & Shoemaker (2003), o processo de mudança é constituído por três etapas distintas:

- A invenção – o processo pelo qual as novas ideias são criadas ou desenvolvidas;
- A difusão – o processo pelo qual as novas ideias são comunicadas aos elementos de uma sociedade;
- As consequências – as mudanças que ocorrem no sistema social como resultado da adaptação ou rejeição de uma inovação.

Referindo-se concretamente às consequências da mudança, o que ocorre após as etapas de invenção e difusão, Rogers & Shoemaker (2003) classificam-nas como podendo ser:

- Funcionais vs disfuncionais – dependendo de as inovações terem ou não o efeito desejável sobre o sistema social alvo;
- Directas vs Indirectas – dependendo de as mudanças na sociedade ocorrerem em resposta imediata à inovação, ou como resultado das consequências directas da mesma;
- Manifestas vs Latentes – dependendo de as mudanças serem ou não reconhecidas pelo sistema social.

Os mesmos autores definem inovação como uma ideia, uma prática ou um objecto percebido como novo para um indivíduo. Este poderá ou não adoptar a inovação e passar por um processo de decisão

de adopção da inovação. Este processo começa com a tomada de conhecimento da inovação por parte do indivíduo e termina na decisão de a adoptar ou rejeitar. Segundo Rogers & Shoemaker (2003), este processo de decisão do indivíduo perante uma inovação é constituído por quatro fases:

- Tomada de conhecimento;
- Persuasão;
- Decisão;
- Confirmação.

Rogers & Shoemaker (2003) referem ainda que este processo de tomada de decisão na adopção de uma inovação pode envolver crises para os indivíduos.

Os autores supracitados salientam ainda que a maior parte das mudanças não são fenómenos ocasionais mas sim o resultado de acções planeadas e premeditadas por agentes de mudança. Estes são profissionais que influenciam o processo de tomada de decisão dos indivíduos, na direcção pretendida pela agência de mudança. Estes agentes de mudança actuam, segundo Rogers & Shoemaker (2003), segundo uma sequência que passa por, entre outras etapas, desenvolverem a descrição de necessidade de mudança, criarem no indivíduo alvo/cliente a necessidade de mudança e transformarem as intenções de mudança em acções concretas.

Assim sendo, segundo Rogers & Shoemaker (2003), existem três tipos de processos de tomada de decisão perante uma inovação – opcionais, colectivas e autoritárias.

Detendo-nos concretamente no caso Humira, a alteração foi feita sem que os utentes alvos pudessem não aderir a esta inovação. Os agentes de mudança, o laboratório ABBOTT, avaliou a necessidade de alterar a forma de administração do fármaco e impôs a sua aplicação, passando a decisão de adopção apenas pelo médico prescritor e nunca pelo doente. Conclui-se então que, segundo o descrito relativamente à classificação aplicada por Rogers & Shoemaker (2003), se trata de um processo de inovação autoritário, havendo todo o interesse em verificar como foi vivido o processo de mudança pelos alvos do mesmo, ou seja, como passaram os doentes pelas fases de tomada de conhecimento, persuasão, decisão e confirmação. Interessará ainda compreender quais as consequências do processo de mudança vivido pelos doentes e enfermeiros.

2.3 – A adesão à terapêutica

Uma das consequências do processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg poderá ser a adesão, ou não, à nova Caneta Humira.

É possível a consulta de muitos documentos alusivos à temática “Adesão Terapêutica”, sem que se centrem concretamente em situações de alteração de forma de administração de fármacos.

Segundo Leite & Vasconcelos (2003), adesão significa a utilização dos medicamentos ou outras prescrições, em pelo menos 80% do seu total, sendo observados horários, doses e tempo de tratamento. Klein & Gonçalves (2005) salientam que o conceito de adesão não se circunscreve apenas aos desvios no plano de tratamento, mas inclui também comportamentos como faltar a consultas ou esquecer-se da administração da terapêutica. Estes autores referem ainda a importância das influências sociais nos indivíduos, nomeadamente a percepção acerca das expectativas dos grupos de referência.

Sem nos determos particularmente nos aspectos que estarão na origem da não adesão à terapêutica, tais como as características do regime de tratamento e da doença, as características pessoais do doente e as características ou natureza da relação médico-doente (Klein & Gonçalves, 2005) salientam-se porém os factores que têm sido referidos como bons preditores dos graus de adesão à medicação. Segundo Klein & Gonçalves (2005), quando os indivíduos acreditam que a adesão ao tratamento irá produzir benefícios, é mais provável que sigam as recomendações dos profissionais de saúde. Os mesmos autores salientam que as características da relação médico-doente e as competências de comunicação dos profissionais de saúde com o doente são factores chave para a adesão à terapêutica. Também Leite & Vasconcelos (2003) referem a importância da relação dos doentes com os profissionais de saúde para a adesão à terapêutica. Segundo estes autores, um dos factores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipa de saúde e no médico. Referem ainda que a linguagem, o tempo dispendido, o atendimento acolhedor, o respeito pelas verbalizações e questões levantadas pelo doente são factores que potenciam a adesão à terapêutica.

Daqui se inferem a importância e a necessidade de uma abordagem biopsicossocial, pois os doentes são sujeitos activos no processo terapêutico e como tal necessitam de ser considerados e assumidos como parceiros em todo o processo (Klein & Gonçalves, 2005).

Em síntese:



Figura 2 – Síntese do enquadramento da problemática em estudo

3. POPULAÇÃO E MÉTODOS

Segundo Fortin (2003), o processo de investigação comporta três fases principais: a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica. Da primeira fazem parte a formulação do problema, a revisão de literatura e a definição de objectivos e questões de investigação. Da segunda fazem parte a escolha do desenho de estudo, a definição da população e amostra, a definição de variáveis e a escolha de métodos de colheita e análise de dados. Finalmente, da fase empírica fazem parte a colheita de dados e sua análise, bem como a interpretação e posterior comunicação dos resultados. Entramos assim na segunda fase definida por Fortin (2003).

Por seu lado Serrano (2004) refere-se ao presente capítulo como aquele que responde à questão “Como foi estudado o problema?”

3.1 – Método de Investigação

Segundo Flick (2005), o ponto de partida do investigador é o conhecimento teórico obtido na literatura ou por resultados empíricos anteriores. Tal passo foi dado e descrito no ponto 2. Surgem de seguida as questões de investigação. O resultado da formulação de questões de investigação é a delimitação de uma área de interesse específica, considerada essencial, no interior de um campo mais ou menos complexo, o qual, no entanto, permitiria outras delimitações de pesquisa (Flick, 2005). Segundo o autor supra citado, as questões de investigação são como que uma porta aberta para o campo de pesquisa – da sua formulação depende a decisão sobre que métodos, quem e o quê deve ser incluído no estudo. Os critérios essenciais para avaliar as questões de investigação terão a ver não só com a sua solidez e clareza, mas também com a sua possibilidade de gerarem resposta, no quadro de recursos existentes e limitados, como o tempo e o dinheiro (Flick, 2005). Assim sendo, estando definida a questão de investigação (ver 1.3), foi aberta a porta para o campo de pesquisa.

Partir da questão de investigação “*Como?*”, significa, segundo Yin (2003) que o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, detendo poucos conhecimentos alusivos ao fenómeno que está na origem da questão de investigação. Segundo Yin (2003), para este tipo de situação, poder-se-á enveredar por um estudo de caso. Yin (2003) salienta que se opta por um estudo de caso se foi colocada uma questão de investigação que pretende responder a “*como*” ou a “*porquê*”, sobre a qual o investigador tem pouco controle. Por outro lado, o estudo de caso é preferido na análise de acontecimentos recentes, quando os comportamentos relevantes a ele associados não podem ser manipulados. Assim, o estudo de caso é definido por Yin (2003) como sendo uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos vários factores. Segundo Robert (1988) citado por Fortin (2003), o estudo de caso compreende duas

aplicações: pode servir para aumentar o conhecimento que se tem sobre um caso e ter por principal objectivo a elaboração de hipóteses novas, ou pode servir para estudar o efeito de uma mudança num indivíduo. O que caracteriza antes de tudo um estudo de caso é a subtileza com a qual é possível acumular dados sobre um caso particular. Yin (2003) refere que os estudos de caso podem recorrer a múltiplas técnicas de recolha de dados tais como o relato da história do acontecimento vivido, observação directa e entrevistas.

O presente estudo define-se então como um **estudo de caso**. O caso em estudo é a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg.

Segundo Yin (2003), vários podem ser os desenhos de estudo para estudos de caso (fig.3)³. Assim poderão ser estudos de caso único, com duas variantes – um desenho holístico ou global, ou um desenho inclusivo (*embedded*), no qual se recorre a “múltiplas unidades de análise” (*multiple units of analysis*). Justifica-se o recurso a este tipo de desenho, entre outras situações, caso o estudo procure

testar uma teoria existente, caso descreva uma circunstância rara e até única, caso represente um caso típico que se queira retratar ou ainda caso se trate de um estudo longitudinal. Os estudos de caso poderão ainda ter outro tipo de desenho – considerar-se a análise de múltiplos casos no mesmo estudo de caso – estudo de caso múltiplo. Também nesta situação se poderá optar por um desenho holístico ou global, ou um por desenho inclusivo (*embedded*), sendo estes últimos estudos envolvidos de maior complexidade.

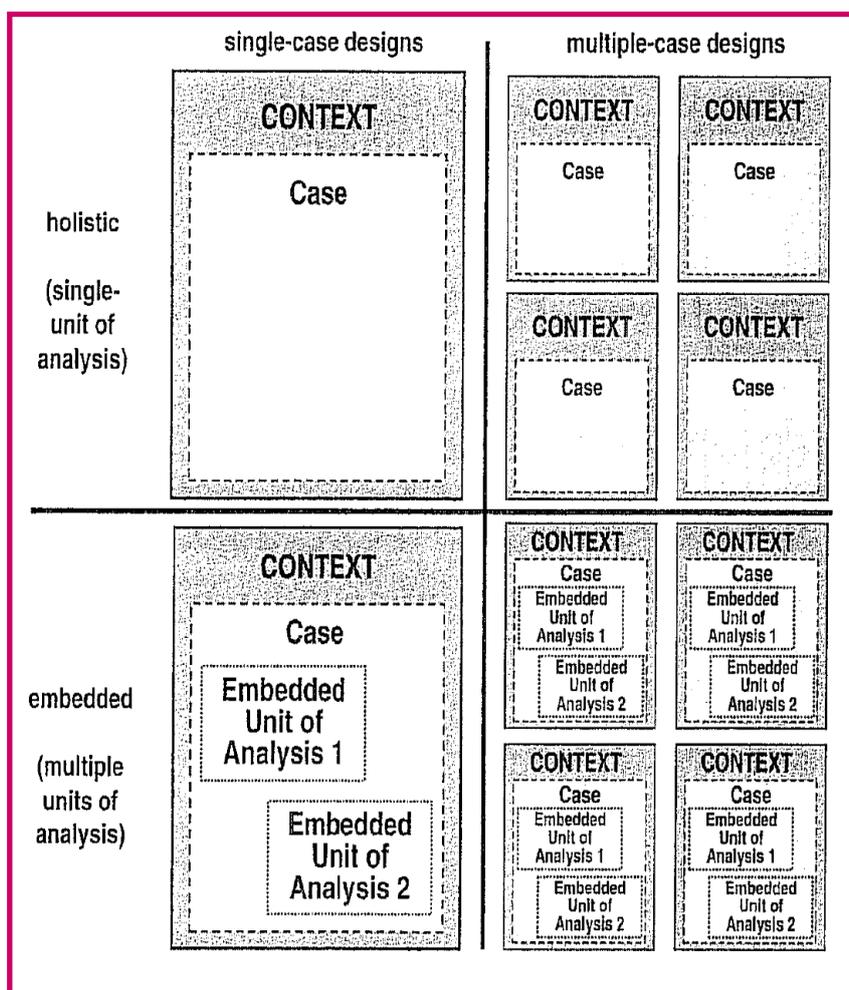


Figura 3 – Desenhos de estudos de caso segundo Yin

³ In Robert K. Yin; Case Study Research, Design and Methods, 3rd edition, pg. 40

O presente estudo é então um estudo de caso único inclusivo, ou seja com múltiplas unidades de análise embutidas. Sendo o caso em estudo a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg, as unidades de análise embutidas são os doentes, os enfermeiros e o próprio investigador enquanto enfermeiro envolvido no processo em estudo.

3.2 – Abordagem de Investigação

Segundo Coutinho & Chaves (2002), o enquadramento do estudo de caso dentro dos planos qualitativos é uma questão controversa, não havendo consenso entre os investigadores. Os mesmos autores referem que abundam estudos de caso de natureza interpretativa/qualitativa, não sendo menos verdade que existem estudos de caso que combinam com toda a legitimidade métodos quantitativos e qualitativos. Porém, seguindo os mesmos autores e encontrando concordância em Yin (2003), o mais comum é os estudos de caso serem de natureza qualitativa, sendo esta a abordagem pela qual envereda o presente estudo.

A **investigação qualitativa** é um processo que avança através da multiplicação de novas abordagens, e que é assumido por cada vez mais disciplinas (Flick, 2005).

O mesmo autor refere que a investigação qualitativa adopta métodos tão abertos que se ajustam à complexidade do objecto estudado. Assim, é o objecto a estudar, e não o contrário, o factor determinante da escolha do método. Os objectos não são reduzidos a simples variáveis, são estudados na sua complexidade e inteireza, integrados no seu contexto quotidiano (Flick, 2005). Ora é exactamente isto que se pretende perante o objecto de estudo anteriormente definido. Flick (2005) acrescenta ainda que, ao contrário da investigação quantitativa, os métodos qualitativos encaram a interacção do investigador com o campo e os seus membros como parte explícita da produção do saber. A investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e actividades das pessoas nos seus contextos próprios (Flick, 2005). Por outro lado, refere o mesmo autor, a subjectividade do investigador e dos sujeitos estudados faz parte do processo de investigação. Por ser este o tipo de abordagem a que adapta o presente estudo, optou-se por conduzi-lo tendo por ponto de partida uma abordagem qualitativa, embora estejam também presentes ao longo do estudo componentes quantitativas.

3.2 - População e Amostragem

Para Hill (2005) qualquer investigação pressupõe uma recolha de dados. De acordo com este autor, os dados são informação na forma de observações, ou medidas dos valores de uma ou mais variáveis, normalmente fornecidas por um conjunto de entidades. Ora, ao conjunto total de sujeitos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de população ou universo (Hill, 2005). Acontece porém que nem sempre o investigador tem tempo ou condições para aceder à população no seu todo, só lhe sendo possível considerar uma parte dos casos que constituem a população ou universo. A esta parte chama-se amostra (Hill, 2005) e o que o investigador pretende é analisar os dados fornecidos pela amostra, tirar conclusões e, eventualmente em caso de ser necessário, desejado ou possível, extrapolá-las para a população.

Em investigação qualitativa os participantes são geralmente recrutados para o estudo devido à sua exposição ou experiência relativamente ao fenómeno em questão (Ryan, Coughlan & Cronin, 2007). As amostras dos estudos qualitativos são pequenas (Ryan, Coughlan e Cronin, 2007). Fortin (2003) refere que “o investigador deve socorrer-se das condições necessárias para descrever o fenómeno, em profundidade e em todas as suas dimensões. Recorrerá por isso a participantes que representem tantas realidades quantas o fenómeno compreende.” A mesma autora salienta que desta forma, a amostra, não sendo representativa no sentido estatístico, representa “cada uma das experiências, das formas de interacção ou das situações em estudo.” Fortin (2003) refere ainda que “as pessoas que participam no estudo tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular [...], possuem uma experiência e um saber pertinente [...], ou partilham a mesma cultura.

A população alvo do presente estudo foi constituída por:

- Doentes crónicos, num total de 400, medicados com Adalimumab 40 mg e seguidos nos hospitais públicos portugueses, que passaram por um processo de conversão da forma de administração da terapêutica prescrita entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008;
- Enfermeiros em exercício de funções nos hospitais públicos do país, alvos e agentes de formação específica sobre a temática, entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008;
- Enfermeiro contratado pelo ABBOTT para acompanhar o processo de mudança, o qual é o investigador no presente estudo.

A população em estudo, como já referido, foi constituída pelos doentes que recorreram à LTA no período de Setembro de 07 a igual mês do ano seguinte e também aqueles que foram directamente observados aquando da primeira toma de medicação com Caneta Humira em substituição da SPC; os doentes que viveram o processo de mudança; os enfermeiros dos hospitais públicos do país, alvo e agentes de formação específica sobre a temática e também aqueles que foram observados aquando da

formação ministrada pelo enfermeiro ABBOTT; e o enfermeiro contratado pelo laboratório ABBOTT para acompanhar o processo de mudança, o qual é o investigador no presente estudo.

Para o caso dos doentes que recorreram à LTA, para os doentes que foram directamente observados aquando da primeira toma de medicação com Caneta Humira em substituição da SPC, para os enfermeiros que foram observados aquando da formação ministrada pelo enfermeiro ABBOTT; e para o enfermeiro contratado pelo ABBOTT, dado que foi estudada toda a população em estudo, não se procedendo a amostragem, estamos perante um **estudo censitário**.

Para a generalidade dos enfermeiros alvos e sujeitos de formação, e dos doentes que viveram o processo de mudança, optou-se por recorrer a um processo de **amostragem não probabilístico** ou seja, não fazendo uso de uma forma aleatória de selecção, anulando assim a possibilidade de inferir para toda a população os resultados obtidos no estudo (Marconi e Lakatos, 2007). Segundo os mesmos autores, a amostragem não-probabilística apresenta os seguintes tipos: intencional, por júri, por tipicidade e por quotas. No presente estudo, para o caso dos enfermeiros e também dos doentes, **a amostra foi intencional**, (Marconi e Lakatos, 2007) uma vez que foram seleccionados os indivíduos da população que se sabia serem detentores de informações pretendidas para o estudo: vinte e três enfermeiros exercendo funções em hospitais públicos que foram alvos e agentes de formação específica sobre a temática; cinco doentes que se disponibilizaram a participar no estudo.

Muitos foram os enfermeiros que receberam informação alusiva à Caneta Humira e que se tornaram agentes de formação junto dos doentes. Optou-se por seleccionar os profissionais responsáveis pela introdução da caneta Humira, em cada serviço hospitalar, nos hospitais públicos do país onde decorreu o processo de conversão, num total de vinte e três enfermeiros. Nenhum dos seleccionados integrava o mesmo serviço e todos vivenciaram o processo desde o início.

Dos registos das chamadas telefónicas recebidas, foram seleccionados alguns doentes que tendo passado pelo processo de conversão, por algum motivo haviam tido necessidade de entrar em contacto com a LTA. Assim, do registo existente onde consta o nome do doente, a patologia de base, o hospital de referência e a idade, começou por se seleccionar aqueles para os quais tinha sido registado o contacto telefónico. Destes optou-se por seleccionar utentes com idades diferentes e patologias de base distintas, bem como que estivessem a ser seguidos em hospitais diferentes, de forma a abranger um leque variado de sujeitos. Esta selecção assentou apenas sobre o carácter opcional e intencional do investigador – perante a listagem de utentes possíveis de serem contactados, procurou pelo menos um doente com cada uma das patologias com indicação terapêutica para o fármaco em questão, conjugando depois este factor com os aspectos geográfico, ou seja, tentou não repetir regiões. Finalmente tentou ainda atender ao critério idade, seleccionando utentes de faixas etárias distintas. Daqui resultou que os doentes seleccionados tinham todos diferentes idades, sofriam de diferentes patologias e eram seguidos em hospitais distintos uns dos outros. Salienta-se que o indicado número

de cinco doentes dependeu da aplicação do princípio da saturação pelo qual depois de um certo número de entrevistas, o investigador tem a noção de nada recolher de novo quanto ao objecto em pesquisa (Guerra, 2006). Assim sendo, o número de doentes a entrevistar ficou apenas definido de forma definitiva no decorrer do estudo.

Segundo Flick (2005), o investigador deverá fazer um **pedido de autorização formal** em caso pesquisa de dados na posse, ou referentes, a uma instituição pública ou privada. Isso significa por um lado mediante a aceitação deste pedido, ficará autorizado à consulta e colheita de dados, e por outro lado beneficiará da credibilidade inculcada ao estudo.

Assim, um primeiro passo foi formalizar o pedido ao laboratório ABBOTT para proceder ao estudo, fazendo uso dos dados já colhidos e abrindo portas à colheita dos que estão em falta. Este pedido foi acedido verbalmente.

3.3 - Métodos e técnicas de Recolha de Dados

Segundo Flick (2005), depois de obtido o acesso ao terreno ou instituição garantido pela autorização acima referida, o investigador passa à seguinte etapa que será chegar às pessoas de interesse para o seu estudo.

Segundo Yin (2003), embora os métodos de recolha de dados mais comuns num estudo de caso sejam a observação e as entrevistas, nenhum outro método pode ser descartado. O mesmo autor refere que a utilização de múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de caso, permite considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e em simultâneo permite corroborar o mesmo fenómeno.

No presente estudo recorreu-se aos seguintes métodos e técnicas de recolha de dados:

- **Entrevista Narrativa**
 - ◇ **Entrevista de episódio** (Flick, 2005), realizada ao enfermeiro contratado pelo ABBOTT para acompanhar o processo de mudança, o qual é o investigador no presente estudo;
- **Entrevista Semi-estruturada**
 - ◇ **Entrevista centrada no problema** (Flick, 2005), a cinco doentes que viveram o processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg;
- **Inquérito por questionário semi-estruturado** aplicado a, vinte e três enfermeiros de hospitais públicos que foram alvo e agentes de formação específica sobre a temática. (Hill, 2005);
- **Análise documental** (Bardin, 2008)

- ◇ Dos registos escritos dos telefonemas recebidos na linha de apoio telefónico no período de Setembro de 07 a Setembro de 08;
- ◇ Dos registos escritos das deslocações em contexto de formação no período de Setembro de 07 a Setembro de 08.

3.3.1 – Entrevistas Narrativa e Semi-estruturada

Segundo Flick (2005), existem três métodos de recolha de dados verbais – entrevistas semi-estruturadas, narrativas e entrevistas e debates de grupos focais. A cada método correspondem técnicas específicas. Assim, para as entrevistas semi-estruturadas, Flick (2005), define as técnicas de entrevista focalizada, entrevista semi-padronizada, entrevista centrada no problema, entrevista de peritos e entrevista etnográfica. Para as narrativas, Flick (2005) define as técnicas de entrevista narrativa e entrevista de episódio e para as entrevistas e debates de grupos focais define as técnicas de debate grupal, grupo focalizado e narrativas conjuntas.

3.3.1.1 - Entrevista de episódio

A experiência vivida pelo enfermeiro contratado pelo laboratório ABBOTT no acompanhamento de todo o processo em estudo não pôde ser descurada. De facto, sendo o investigador a mesma pessoa que participou na primeira pessoa em todo o processo em estudo, aparenta-se como complexa a utilização das suas informações, correndo o risco de enviesamentos cruciais. Segundo Flick (2005) a investigação qualitativa pode adoptar métodos tão abertos que se ajustem à complexidade do objecto estudado. E assim optou-se por, dar início ao presente estudo com a aplicação de uma entrevista de episódio ao investigador, por parte de um outro investigador externo ao estudo, o qual é experiente no recurso a este tipo de técnica. O objectivo foi recolher as informações do investigador, antes que ele iniciasse a recolha de dados junto de doentes e enfermeiros e antes ainda do processo de releitura e análise dos documentos por ele redigidos de Setembro de 07 a Setembro de 08, de forma diminuir ao máximo as influências sobre a forma como vivenciou o processo de mudança em estudo e a adaptação dos doentes ao mesmo.

Segundo Flick (2005), e tal como foi já referido, a entrevista de episódio é uma das técnicas de recolha de dados por entrevista narrativa. Segundo este autor, o fundamento da entrevista de episódio é a ideia de que as experiências dos sujeitos num dado domínio são armazenadas e recordadas na forma de conhecimento semântico e da narração de episódios. Para Flick (2005), a entrevista de episódio é superior a outras técnicas na apresentação dos dados em forma de narrativa contextualizada, porque eles estão mais próximos das experiências e do contexto que os gera. Nesta entrevista, presta-se uma atenção especial à situação dos episódios em que o entrevistado teve experiência que parecem

relevantes para o problema em estudo. O elemento central desta forma de entrevista é o convite periódico a fazer narrativas de situações/episódios, existindo um guião de entrevista a fim de orientar o entrevistador para os vários domínios temáticos para os quais se requer este tipo de narrativa (Flick, 2005). Segundo Flick (2005), o domínio de aplicação desta técnica de recolha de dados verbais é a situação de mudança de rotinas e de situações de vida quotidiana, o que pareceu ajustar-se ao presente estudo.

Assim, foi fornecida ao investigador externo ao estudo, toda a informação alusiva ao processo de mudança. Ele construiu o guião da entrevista e realizou a entrevista ao enfermeiro-investigador. Procedeu depois à análise de conteúdo da entrevista e comunicou os seus resultados ao investigador principal apenas após este ter concluído o processo de análise de dados por ele recolhidos na sequência do estudo (remete-se para anexo o guião da entrevista – anexo I).

3.3.1.2 – Entrevista centrada no problema

Recorreu-se a uma entrevista semi-estruturada centrada no problema (Flick, 2005), a qual foi aplicada a cinco doentes que vivenciaram o processo de mudança, e recorreram à linha telefónica de apoio.

Flick (2005) define vários tipos de entrevista semi-estruturada, sendo que aquela que melhor se aplicou ao presente estudo foi a entrevista centrada no problema. Esta entrevista caracteriza-se por três critérios nucleares: centra-se no problema, orienta-se para o objecto de estudo e finalmente possui uma orientação processual bem definida. Segundo Flick (2005), a sua concepção compreende um curto questionário precedente, o guião da entrevista, o registo gravado, e o pós escrito ou transcrição que foi analisado pelo investigador (remete-se para anexo o guião da entrevista – anexo II).

Dos cinco doentes entrevistados, um é do sexo masculino e todos são seguidos em diferentes hospitais do SNS – Hospital de Leiria, Hospital de São João no Porto, Hospital Universitário de Coimbra, Hospital Egas Moniz, Lisboa e Hospital de São Bernardo, Setúbal. Entre os cinco entrevistados estão representadas as quatro patologias com indicação de tratamento com Adalimumab 40mg. As idades dos entrevistados variam entre os 36 e os 74 anos de idade e a sua formação varia entre o alfabetismo sem ter frequentado a escola e a licenciatura. Todos os entrevistados faziam terapêutica com SPC Humira pelo menos há dois meses. Todos os entrevistados tiveram conhecimento que o entrevistador e investigador neste estudo é a mesma pessoa que atendia as chamadas da LTA e portanto é o enfermeiro a quem expuseram as suas dúvidas aquando do contacto telefónico que efectuaram.

3.3.2 – Inquérito por questionário semi-estruturado

Foi aplicado um questionário semi-estruturado aos enfermeiros constituintes da amostra já referida.

O inquérito é referido por Fortin (2003) como um método segundo o qual os dados são obtidos junto de uma amostra, a partir de questionários.

Marconi & Lakatos (2007) definem questionário como um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Os mesmos autores referem que geralmente o investigador envia o questionário ao informante pelo correio, ou por outra via, solicitando ao pesquisado a sua devolução pelo mesmo modo. Este aspecto porém, e segundo os autores supra citados, levanta a questão da possibilidade de se verificar um fraco retorno dos questionários preenchidos e de perguntas sem resposta, bem como da impossibilidade de ajudar o informante em questões por este mal compreendidas.

Fortin (2003) salienta que o recurso a um questionário ajuda a normalizar e a controlar os dados. Salienta ainda a mesma autora, que o questionário não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo de enviesamentos.

Fortin (2003) refere que, da mesma forma que as entrevistas, os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação – podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; e podem conter questões abertas que pedem respostas escritas por parte dos sujeitos. Flick (2005) define como semi-estruturado um instrumento de colheita de dados em que no guião são incorporadas questões mais ou menos abertas. Marconi & Lakatos (2007) definem perguntas abertas como as que permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria e emitindo opiniões.

O questionário aplicado foi precedido de uma folha de rosto introdutória, cuja redacção foi feita de forma cuidada, uma vez que esta foi a primeira abordagem que os respondentes tiveram com o questionário. Desta introdução constaram informações alusivas à razão da aplicação do questionário, à natureza do mesmo, à identificação do investigador, à confidencialidade dos dados e ao anonimato do respondente, bem como à importância da colaboração prestada ao preencher o questionário (Hill, 2005). Procurou-se construir um *layout* do questionário atraente e claro, de forma a aumentar a probabilidade de obter a colaboração dos enfermeiros inquiridos (Hill, 2005).

O questionário foi constituído por perguntas abertas e fechadas, cujas respostas forneceram dados de forma a responder aos objectivos traçados para o estudo (remete-se para anexo o guião do questionário – anexo III).

Para as perguntas fechadas foi escolhido um conjunto de respostas alternativas, às quais foram associados números, permitindo a posterior análise por meio de técnicas estatísticas (Hill, 2005).

Foram usadas escalas nominais e escalas ordinais (ver quadro sinóptico - anexo IV). Relativamente aos tipos de resposta possíveis num questionário, e segundo os mesmos autores, no caso presente as respostas são quantitativas, escolhidas pelo respondente a partir de um conjunto de respostas alternativas, fornecidas pelo autor do questionário, e qualitativas descritas por palavras do respondente. Optou-se por utilizar, no caso de questões com resposta alternativa, um número ímpar de possibilidades de resposta, caracterizado por Hill (2005) como uma melhor opção face ao número par. Seguindo a sugestão dos mesmos autores, em algumas questões introduziu-se a resposta “não sei/não respondo” para situações em que o respondente não tenha conhecimento relativamente à temática questionada. No que se refere às perguntas abertas, ou seja àquelas cuja resposta é do tipo qualitativo descritas por palavras do respondente, existem as vantagens de poder obter informação mais detalhada, em maior quantidade e também inesperada sendo que porém exigirá mais tempo para o tratamento de dados entre outras implicações próprias da análise de conteúdo a que terão de ser sujeitas. (Hill, 2005)

Para Hill (2005), é óbvio que é muito importante dar instruções adequadas aos respondentes, e é especialmente importante dar instruções novas sempre que se muda a forma das perguntas. Este princípio foi garantido no questionário em questão.

Segundo Hill (2005), os questionários são geralmente sujeitos a estudos preliminares (a estudos piloto ou a pré-teste) para avaliar a sua adequação. No entanto estes estudos requerem tempo e, segundo o mesmo autor, em caso de ser um aluno, e/ou em caso da existência de um prazo de tempo limitado para desenvolver a investigação, não existirá tempo suficiente para os aplicar. Hill (2005) sugere, nestas situações, a submissão do questionário à leitura de pelo menos uma pessoa, de forma a ser dada opinião sobre a clareza e compreensão do mesmo. Assim, numa fase anterior à aplicação do questionário à amostra em estudo, foi solicitada a colaboração de três colegas enfermeiros que procederam à leitura, análise e sugestões relativamente ao mesmo. As suas sugestões foram tidas em consideração e daí resultou o questionário no seu formato final.

Relativamente à aplicação do questionário à amostra definida, numa fase inicial, o investigador reuniu, recorrendo à ajuda dos DIM, os contactos telefónicos dos enfermeiros a serem submetidos a questionário. Efectuou depois uma chamada telefónica para cada enfermeiro, apresentando-se, abordando o estudo em questão, solicitando a colaboração dos enfermeiros e o endereço electrónico para envio do questionário. Todos os enfermeiros aceitaram participar no estudo. Foi depois enviado, via correio electrónico, o questionário, tendo sido precisa a data de recepção limite de resposta. A esta data existiram apenas cinco respondentes. Foi efectuado novo contacto telefónico, no sentido de reforçar o pedido de colaboração. Após este, obtiveram-se duas respostas. Foi então enviado um e-mail a todos os enfermeiros em estudo, agradecendo a colaboração dos que haviam respondido e sugerindo a quem ainda o não fizera a possibilidade de ainda participar no estudo, respondendo ao questionário no prazo de uma semana. Foram obtidas duas respostas.

Assim, dos vinte e três inquiridos, nove responderam à solicitação de resposta, ou seja, obteve-se uma taxa de resposta de 39%.

Os nove respondentes à data da conversão exerciam todas funções em diferentes hospitais do SNS, sendo que representam diferentes zonas do país – Hospitais de Viseu, Guarda, Porto, Coimbra, Caldas da Rainha, Lisboa e Setúbal, sendo que de Lisboa se registaram três respostas provenientes de hospitais distintos. Dos enfermeiros respondentes, 78% são graduados, sendo os restantes especialistas. Cerca de 45% dos enfermeiros respondentes têm mais de quinze anos de exercício profissional, sendo que 33% têm entre onze e quinze anos e 22% exercem funções de enfermagem desde há seis/dez anos a esta parte. Cerca de 11% dos respondentes é do sexo masculino. Daqui se conclui que os nove respondentes, embora representem apenas uma taxa de resposta de 39%, representam a amostra em estudo.

3.3.3 – Análise documental dos registos escritos das chamadas telefónicas recebidas e das deslocações em contexto de formação

A **análise documental** é definida por Chaumier (1998), citado por Bardin (2008) como uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, a sua consulta e referência. Bardin (2008) refere que a análise documental permite passar de um documento primário, em bruto, para um secundário, tendo por objectivo representar de outro modo a informação contida num documento, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito será facilitar o acesso ao observador, de forma a que este obtenha o máximo de informação, com o máximo de pertinência. No presente estudo isto foi aplicado aos documentos existentes de registo das chamadas telefónicas recebidas e das sessões de formação ministradas. Embora, segundo Bardin (2008), a análise documental seja definida como a fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados, neste caso o objectivo não foi tão vasto, sendo porém esta a forma considerada mais correcta, de acordo com os autores consultados, para analisar os documentos existentes e deles retirar a informação pertinente enriqueceu o estudo.

A LTA funcionou ininterruptamente ao longo de 12 meses tendo sido dada resposta a todos os contactos recebidos. As chamadas eram dirigidas a um telemóvel e atendidas pelo enfermeiro contratado pelo ABBOTT e investigador no presente estudo. Este procedeu ao registo de cada telefonema, recorrendo ao documento proposto pelo próprio laboratório (remete-se para anexo o documento tipo – anexo V). Deste constam os dados de identificação do doente, a data e hora de contacto, a situação problemática exposta, a resposta dada e a contra resposta apresentada pelo doente. Em alguns dos casos foi também registado o contacto telefónico do doente.

Todas as sessões de formação efectuadas pelo enfermeiro contratado pelo ABBOTT, que implicaram a sua deslocação um pouco por todo o país sempre com um carácter formativo, foram igualmente registadas num documento proposto pelo laboratório. Deste constam a data e local da deslocação, a sua duração da visita/sessão de formação, o número e qualificação profissional dos participantes, os meios complementares de ensino utilizados, a descrição do decorrer da sessão/visita e as impressões finais deixadas pela mesma (remete-se para anexo o documento tipo – anexo VI).

Em ambos os casos acima referidos, o enfermeiro procurou registar os dados da sua observação de uma forma estruturada, recorrendo aos documentos apresentados pelo laboratório.

Estes documentos de registo encontravam-se guardados em formato electrónico, não tendo sido consultados pelo investigador desde que tomou a decisão de enveredar por este estudo até ao dia a seguir a ter sido submetido à entrevista de episódio já referida.

Nesta altura, procedeu-se à releitura da totalidade dos documentos de registo e o seu conteúdo foi organizado de forma diferente da original, o que proporcionou a análise ulterior.

Salienta-se o referido por Flick (2005), em jeito de síntese relativamente às opções metodológicas de recolha de dados efectuadas. Por vezes os debates metodológicos dão a impressão de que há procedimentos ideais para estudar uma questão, ou que só um deles é aplicável e metodologicamente legítimo. Esses debates ignoram um traço característico da investigação qualitativa: os métodos têm de ser escolhidos e analisados pela sua adequação ao tema estudado.

3.4 – Análise de Dados

A análise de dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador (Fortin, 2003). Neste sentido, perante os dados colhidos, procedeu-se a:

- I) Análise de conteúdo
 - Da transcrição da entrevista de episódio aplicada ao enfermeiro/investigador;
 - Das transcrições das entrevistas centradas no problema aplicadas a doentes;
 - Dos dados qualitativos dos questionários aplicados aos enfermeiros;
 - Dos documentos resultantes da análise documental dos registos escritos das chamadas telefónicas recebidas e das deslocações em contexto de formação.

- II) Análise estatística
 - Dos dados quantitativos obtidos dos questionários aplicados aos enfermeiros.

Depois de recolhidos os dados e antes da sua análise, toma em investigação qualitativa uma particular importância, o tratamento dos dados. Assim, esta fase consiste em transcrever e organizar os dados recolhidos, de forma a que sejam analisáveis (Bardin, 2008).

Ao referir-se à **análise de conteúdo**, Bardin (2008) salienta que poder-se-ia falar de análises de conteúdo, uma vez que existe um leque de modelos que poderão ser utilizados de acordo com o pretendido. Procurando responder à questão *O que é a análise de conteúdo actualmente?* Bardin (2008) define-a como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” extremamente diversificados. A mesma autora salienta que enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade, sendo algo muito empírico, que depende do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objectivo. Bardin (2008) refere a não existência de “um pronto-a-vestir” em análise de conteúdo, mas somente algumas regras base, devendo a técnica da análise ser adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2008).

Bardin (2008) refere-se à análise de conteúdo como tendo etapas concretas: a organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência, as quais foram seguidas na concretização do presente estudo. Bardin (2008) define vários tipos de análise de conteúdo sendo que se optou no presente estudo por uma análise categorial temática. Pela análise categorial os dados em bruto são passados a dados organizados, sendo que o que permitirá o seu agrupamento serão as características comuns existentes entre eles (Bardin, 2008). Segundo a mesma autora, inicialmente isolam-se os diferentes elementos do texto e depois procura-se dar-lhes alguma organização, neste caso tendo por base os temas que emergirem dos documentos. Ao enveredar por uma análise temática, procedeu-se à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, em unidades de significação previamente determinadas.

Assim, foi efectuada pelo investigador a transcrição integral das entrevistas realizadas a doentes. De seguida procedeu-se à leitura das transcrições. O texto foi depois desmembrado em unidades segundo analogia temática, tendo sido definidas as unidades de significação e os respectivos itens ou temas de significação. São remetidas para anexo as grelhas de análise dos documentos de registo de chamadas telefónicas, dos documentos de registo de deslocações do enfermeiro/investigador, das questões abertas dos questionários, da entrevista semi-estruturada aplicada a utentes e da entrevista de episódio aplicada ao enfermeiro – anexo VII.

Salienta-se o já referido facto de que a análise de conteúdo da entrevista de episódio efectuada ao enfermeiro-investigador foi feita pelo entrevistador externo ao estudo e os dados obtidos só foram posteriormente revelados ao investigador principal.

A **análise estatística** dos dados obtidos nos questionários aplicados aos enfermeiros, foi particularmente simples, não tendo sido justificável o recurso a nenhum software específico. O tratamento de dados foi manual, tendo-se efectuada a análise exploratória dos dados e a estatística descritiva, de forma a proceder à exploração dos dados para descobrir ou identificar os aspectos ou padrões de maior interesse (Murteira, 1993)⁴. Segundo Hill (2005), uma estatística descritiva descreve de forma sumária, algumas características de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados.

Assim, na análise exploratória dos dados recorreu-se ao cálculo das medidas descritivas que permitiram resumir os dados, tendo em conta a natureza das variáveis. Recorreu-se à utilização de distribuições de frequências, os quais permitiram obter uma descrição sumária das características das variáveis.

⁴ Com base no material de apoio à disciplina Bioestatística I, ministrada pela Prof. Luzia Gonçalves, II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, ano lectivo 2007/08, IHMT

Tendo por referência o já apresentado esquema de Yin (2003), pode sintetizar-se o desenho do presente estudo da seguinte forma:

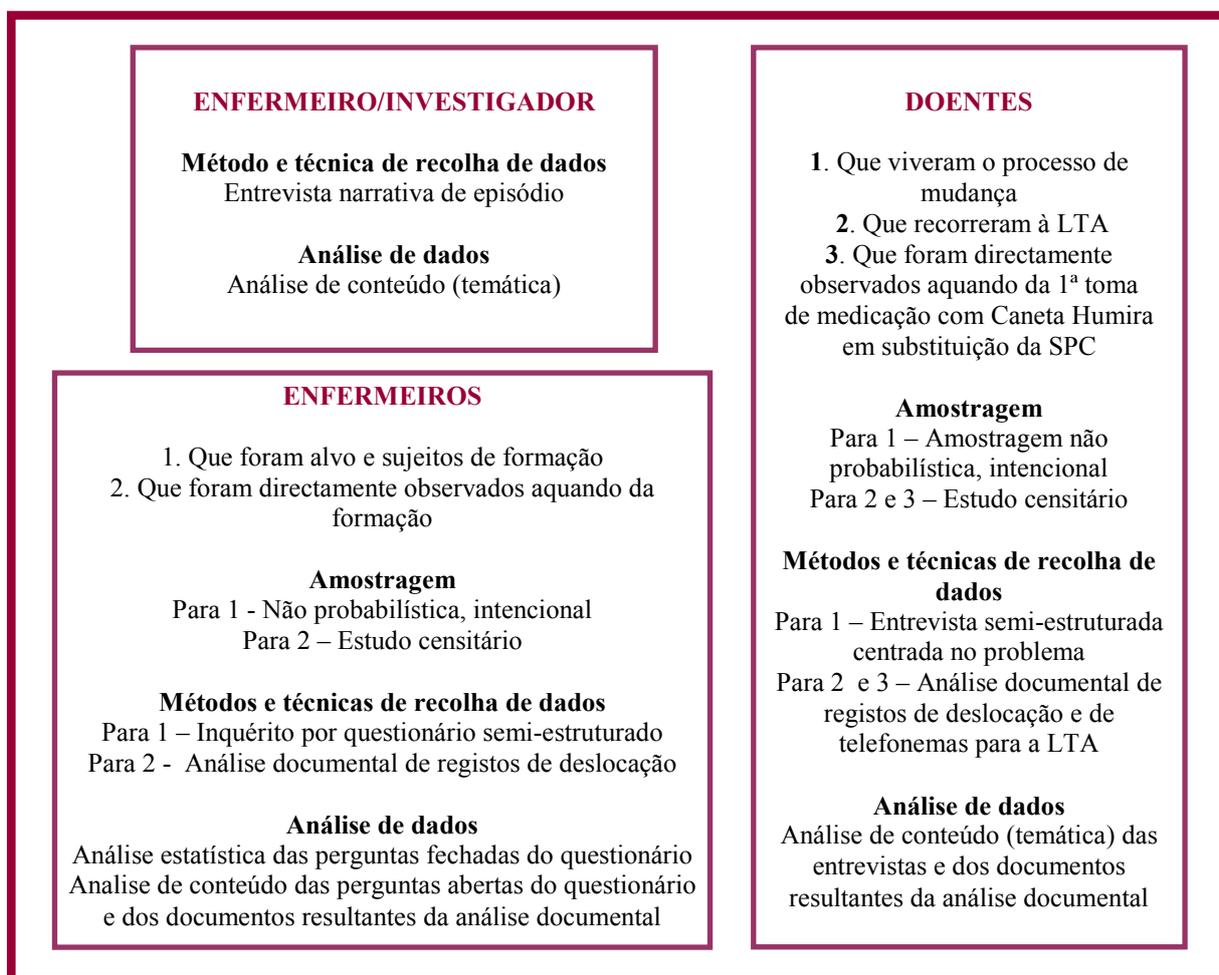
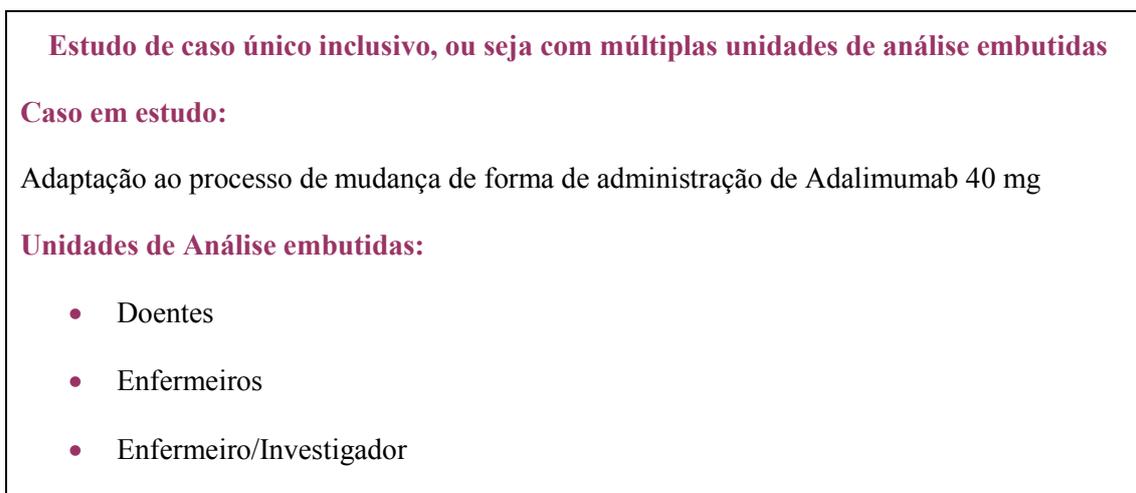


Figura 4 – Desenho do estudo

4. RESULTADOS

Embora seja o capítulo substancialmente mais importante, pois é nele que são expostos os resultados obtidos, este é geralmente breve e não de difícil redacção, refere Serrano (2004). Segundo este autor, os resultados devem ser redigidos procurando obedecer a uma lógica que torne a sua compreensão clara e simples e será favorável se os itens dos resultados mantiverem sempre que possível um estreito paralelismo com o descrito no capítulo de Métodos.

Tendo em conta que o presente é um estudo de caso único inclusivo, serão de seguida apresentados os resultados obtidos para cada uma das três unidades de análise embutidas definidas – Doentes, Enfermeiros e Enfermeiro-Investigador.

4.1 – Unidade de Análise Embutida *Doentes*

4.1.1 - Análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a doentes

A todos os entrevistados a notícia da alteração foi dada pelo médico, sendo que a formação foi ministrada por enfermeiros. Em todos os casos a formação foi personalizada, estando presentes apenas o enfermeiro e o doente no momento em o segundo teve o primeiro contacto com a Caneta Humira.

Relativamente às reacções dos doentes ao tomarem conhecimento da alteração, quatro dos entrevistados referem ter reagido com receio e até medo e aflição, sendo de salientar expressões que os doentes referem ter pensado/verbalizado como “E agora, como é que me vou entender com isto?” ou “Ai valha-me Deus, como é que eu vou conseguir dar isto!” Um dos entrevistados refere ter reagido com ânimo, uma vez que sentia grande dificuldade em lidar com a agulha visível na SPC.

Todos consideram ter sido essencial a sessão de formação a que foram submetidos (“senão eu não conseguia dar conta daquela engenhoca!”). Foi referido o kit de formação e a caneta de experimentação como instrumentos facilitadores do ensino, tendo permitido em casa rever o conteúdo das informações ministradas. Foi salientada a disponibilidade dos enfermeiros formadores em esclarecer todas as questões e em incentivar os doentes à auto-administração.

Todos os doentes entrevistados efectuaram a auto-administração, sem dificuldades, no decorrer da sessão de formação, ou seja no próprio dia em que tiveram o primeiro contacto com a nova Caneta.

No que se refere à adaptação à nova Caneta, já ao domicílio, esta é referida como tendo sido “fácil e cómoda” uma vez que, na óptica destes doentes, a caneta é “fácil de dar.”

Questionados sobre as dificuldades sentidas, quatro dos entrevistados referiram não ter tido dificuldades de ordem técnica, sendo que as que existiram se prenderam com efeitos adversos do produto, ou seja questões na ordem da farmacocinética, não em análise no presente estudo. Um dos

entrevistados referiu que as dificuldades sentidas estiveram relacionadas com o medo que tinha em fazer a auto administração, “medo que acabei por vencer”.

Quanto aos benefícios da nova Caneta Humira relativamente à SPC, o não visionamento da agulha é apresentado como a grande vantagem. A agulha é referida ao longo das entrevistas como algo que potencia a dor e que é associada a alguma carga de receio – “A agulha assustava-me” ou “A agulha enervava-me” ou ainda “A agulha fazia um bocadinho de impressão até para as pessoas que viam e diziam: ai que grande agulha! Com a caneta já não, afinal a agulha não se vê!” Dois outros pontos são ainda salientados como vantagens: o visor da caneta que permite ao doente controlar a entrada do produto durante a administração e o facto de ser facilmente transportável permitindo a manutenção da vida corrente dos doentes, não tendo estes de se deslocar ao hospital ou ainda de demonstrar “a quem abra o frigorífico que há seringas no seu interior.” Questionados sobre a dor sentida com a administração, todos os entrevistados referiram que a dor é mínima, sendo inferior à sentida com a SPC. Três dos entrevistados associaram este aspecto ao facto de não verem a agulha referindo dois deles “sei que dói um pouco mas ao menos não vejo a agulha” e “dói menos e é mais simples de dar, não é mesmo uma seringa com agulha.”

Os cinco doentes entrevistados haviam recorrido à LTA e todos consideram ter sido importante a sua existência durante o processo de conversão de SPC Humira para Caneta. Questionados sobre o porquê desta importância sobressaem três ideias chave:

- A LTA era uma forma de obter as informações necessárias ao esclarecimento de questões sem ter de recorrer ao hospital, contribuindo para “manter a calma” e “não entrar em pânico”;
- A LTA foi factor de segurança e de apoio, sendo que a segurança é associada ao facto de a resposta na LTA ser dada por alguém que “percebe do assunto e nos pode informar de forma adequada.” Um dos inquiridos refere ter vencido o medo de fazer a auto administração graças à “maneira profissional com que fui atendida incessantemente pela LTA. Perdi o medo com a sua ajuda!” Por seu lado, e na sequência do que acaba de ser descrito, a questão de a LTA ser considerada um apoio sobressai em expressões como “se não fosse assim tinha de resolver tudo sozinha” ou “servia para um desabafo. Um telefone é um desabafo, é mesmo assim... depois agente sente-se melhor.” Também a questão do apoio prestado pela LTA é referido como associado aos conhecimentos teórico-práticos de quem atende as chamadas, como se pode constatar na expressão “Faz-me bem desabafar, contar... e essas coisas têm de ser ditas a quem perceba. Achava muito bem essa linha de telefone.” O doente crónico é definido como alguém que psicologicamente necessita de apoio de aconselhamento para se sentir confiante, sendo que “isto era possível com a LTA.”
- A possibilidade de recorrer à LTA 24h por dia, 7 dias por semana foi considerada excelente pela totalidade dos entrevistados. Todos sem excepção se referiram a este aspecto como sendo

fundamental no processo de mudança a que foram sujeitos. A expressão “Agente via-se aflita a qualquer hora, por qualquer motivo, e agarrava-se àquele número” espelha esta ideia, também patente na expressão “perante qualquer problema pontual nós sabíamos que havia alguém do lado de lá para nos atender a qualquer hora.”

Interrogados sobre a importância de ser dada continuidade a esta LTA, todos os entrevistados responderam afirmativamente, salientando porém que actualmente “a linha já não é o que era”, tendo relatado experiências de tentativas de contacto posterior ao final do projecto e cujo atendimento não seguiu os mesmos moldes. Questionados sobre o porquê de considerarem importante a continuidade da LTA, voltaram a referir a importância de se sentirem apoiados e de existir alguém que em tempo útil possa responder às suas questões, sendo que “este tipo de tratamentos precisa de apoio, não só na mudança dos medicamentos mas também depois.”

Todos os entrevistados fazem uma leitura positiva do processo de mudança em que estiveram envolvidos, sendo que para isto existiram três factores que são salientados:

- As vantagens da Caneta, comparativamente à anterior SPC;
- A formação recebida antes de iniciarem a auto administração;
- A LTA.

Um dos entrevistados, salientando a forma positiva como decorreu a sua adaptação à nova forma de apresentação de Adalimumab 40mg, refere “Não é só dar medicamentos! Sabemos que são multinacionais que produzem e vendem os medicamentos mas temos de olhar para a pessoa que toma esses medicamentos.”

4.1.2 - Análise de conteúdo dos documentos resultantes da análise documental dos registos escritos das chamadas telefónicas recebidas

Da análise dos registos dos telefonemas recebidos pela Linha Telefónica de Apoio (LTA) é possível obter informações alusivas às razões que levaram os doentes a contactar a LTA, ao tipo de resposta dada pela mesma e à reacção dos doentes ao atendimento efectuado.

Da análise documental resultante da reunião dos registos de telefonemas, resultou a possibilidade de caracterizar a população de doentes que recorreu à LTA, de agrupar os assuntos que estiveram na origem dos contactos e a resposta que foi dada. Neste último encontra-se descrita a resposta dada pela LTA e a resposta dos doentes perante o serviço que lhes foi prestado.

Caracterização dos utentes que recorreram à LTA

Os documentos de registo de chamadas telefónicas recebidas/efectuadas referem um total de 74 casos de atendimento, sendo que este valor não é coincidente com o número de telefonemas recebidos/efectuados pela linha. Este facto deve-se a que na sequência da resolução de alguns casos apresentados, foi necessário efectuar diversos contactos telefónicos, os quais não se encontram exhaustivamente descritos mas apenas referenciados como “foram efectuados e recebidos telefonemas alusivos à situação anteriormente descrita”. Salienta-se que a LTA só efectuou chamadas telefónicas na sequência de procura de resposta para situações expostas pelos utentes, ou seja, a iniciativa de contacto foi sempre do utilizador da LTA.

Dos 74 casos de atendimento, 5,4% dos contactos foram efectuados por enfermeiros (4 no total), 12,2% por doentes do sexo masculino (9 no total) e 82,4% por doentes de sexo feminino (61 no total). Há a referir que o número de contactos efectuados por doentes (70 no total) não coincide com o número de doentes que recorreram à LTA, uma vez que houve utentes que ao longo do período de tempo em análise recorreram à linha por diversas vezes. Dos 9 telefonemas recebidos de doentes do sexo masculino, 2 foram efectuados pelo mesmo indivíduo, em meses diferentes. Dos 61 telefonemas recebidos de doentes do sexo feminino, salientam-se 3 utentes, seguidas em hospitais distintos, que recorreram mais que duas vezes à LTA.

Relativamente à distribuição geográfica dos casos de atendimento recebidos pela LTA, cujos telefonemas foram efectuados por doentes, conclui-se que 45,7% (32 no total) foram efectuados por doentes seguidos em hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Destes, 51,5% (17 no total) dos doentes são seguidos no Hospital Egas Moniz.

Olhando para o panorama da distribuição geográfica a nível nacional, conclui-se que, da totalidade de telefonemas recebidos, 24,3% tiveram proveniência de doentes do HEM, 12,8% de doentes seguidos no Hospital de Leiria (9 no total) e 11,4% de doentes seguidos em hospitais da cidade do Porto (8 no total). De salientar ainda que 7,1% das chamadas foram recebidos de doentes seguidos nos Hospitais de Braga e de Setúbal (5 doentes respectivamente).

No que se refere aos dias da semana de ocorrência dos telefonemas, salienta-se que 25,4% dos telefonemas ocorreram durante o fim-de-semana e feriados. À sexta-feira tiveram lugar 23,8% da totalidade dos telefonemas, o que significa que 49,2% dos telefonemas tiveram lugar entre sexta-feira e domingo (incluindo feriados).

Por não existir um registo constante das horas de recepção dos telefonemas, não é possível apresentar com exactidão as horas de maior afluência de telefonemas. Porém, o registo horário é feito com exactidão nos meses Junho-Setembro de 2008. Neste período de tempo, 36,4% dos telefonemas foram recebidos pela LTA depois das 19h e antes das 8.30h.

Assuntos que levaram ao contacto com a LTA

Os assuntos que levaram os doentes a recorrer à LTA podem ser classificados em 5 temas:

- I) Questões de ordem técnica da caneta Humira (em 35,7% dos casos de atendimento);
- II) Antes de ser efectuada a administração da terapêutica, questões alusivas à mesma (em 25,7% dos casos de atendimento);
- III) Depois de efectuada a administração da terapêutica, questões alusivas à mesma (em 25,7% dos casos de atendimento);
- IV) Partilha de resultados (em 4,3% dos casos de atendimento);
- V) Questões não directamente relacionadas com a terapêutica (em 8,6% dos casos de atendimento).

I) Questões de ordem técnica da caneta Humira

As questões relacionadas com aspectos técnicos da caneta, ou seja da nova forma de administração de Adalimumab, integram dois grupos concretos:

- A colocação de dúvidas relacionadas com o funcionamento ou utilização da caneta (em 63,3% das questões de ordem técnica, ou seja num total de 19 questões);
- O relato de falhas técnicas ocorridas no momento da administração, ao domicílio ou em serviço hospitalar.

Relativamente ao primeiro ponto, as questões oscilam entre questões alusivas às condições de conservação da medicação ao domicílio e a solicitação de revisão total do ensino ministrado a nível hospitalar. Estão incluídos neste ponto os telefonemas alusivos à expressão de medos e receios de fazer a auto-administração, que se manifestou em dúvidas de operacionalização técnica da caneta, bem como a rejeição inicial da alteração de forma de administração da medicação. Não significa necessariamente que o ensino efectuído tenha apresentado lacunas no domínio da exposição da técnica de funcionamento da Caneta, mas sim que os utentes por sentirem medo ou receio necessitaram de validar o ensino recebido. Salienta-se o caso de um utente que verbalizou preferir a seringa “não gosta da administração com caneta – refere mais dor”, estando muito renitente ao uso da caneta. O utente foi posteriormente submetido a uma nova sessão de ensino acabando por assumir ser “resistente à mudança” e avaliar como “preferível a caneta à seringa”. Houve também contactos telefónicos alusivos às condições de transporte e administração da Caneta fora de Portugal.

Todas as situações de falha técnica ocorridas no período de tempo em que a LTA esteve disponível foram remetidas à mesma. A recepção de informação da descrição de falha técnica obrigava o enfermeiro da LTA a um conjunto de procedimentos previamente estabelecidos pelo laboratório ABBOTT.

É ainda de referir o facto de que três dos quatro telefonemas recebidos por parte de enfermeiros foram alusivos a questões de ordem técnica da caneta.

II) Antes de ser efectuada a administração da terapêutica, questões alusivas à mesma

Vários foram os assuntos que levaram os doentes a contactar a LTA antes de procederem à auto-administração da Caneta Humira, podendo estes ser divididos em quatro grupos distintos:

- Questões relacionadas com o horário de administração;
- Por doença aguda, questões alusivas à necessidade de recorrer a uma consulta médica;
- Questões alusivas à possibilidade ou não de manter a administração de Humira prescrita;
- Questões alusivas a sintomatologia infecciosa.

Todos os telefonemas relacionados com o horário da administração foram efectuados por atraso na toma – por esquecimento ou por não conveniência da hora, os doentes não procederam à administração na hora prevista. O telefonema foi efectuado na tentativa de saber as implicações do atraso e se poderiam efectuar a administração sem problemas, como é notório nas expressões “A utente referiu que este é o dia de fazer a administração de Humira mas que não pudera fazê-la pela manhã como habitualmente. A questão era se poderia fazê-la naquele momento, ou seja, com cerca de 12h de atraso” ou “A utente referiu que se esquecera de fazer a auto-administração no dia anterior e que só naquele momento se apercebera do esquecimento. A questão era se poderia fazer a toma com 24h de atraso.”

Houve utentes, que tendo tido a necessidade de recorrer ao médico ou serviços de saúde por doença aguda, optaram por contactar a LTA questionando quais as medidas a ter relativamente a medicação que viesse a ser prescrita ou a cuidados específicos que pudesse ser sugeridos perante a situação de doença. Exemplo do descrito são expressões como “questiona se poderá ou não ir ao dentista” e “foi ao dentista e este só receita antibiótico se este não interagir com Humira. Pergunta o que deverá fazer”.

Na sequência do recurso a consultas por situação de doença aguda, alguns doentes forma medicados com terapêuticas específicas, questionando-se então se poderiam ou não proceder à administração de Humira. Sobretudo medicados com antibióticos na sequência de doenças do foro infeccioso, das quais se salientam os abscessos dentários, os doentes procuraram saber se deveriam suspender a toma de Humira e até quando, ou se poderiam manter o esquema terapêutico previsto. A expressão “ (...) abscesso dentário, medicada com antibiótico. Questiona se pode fazer o antibiótico e manter Humira” ilustra o referido.

Alguns doentes, descrevendo uma situação de infecção aguda, contactaram a LTA no sentido de saber se deveriam ou não interromper a toma de Humira. Revelaram ter conhecimento do carácter imunossupressor de Adalimumab e da recomendação de não tomar Humira em caso de infecção. Várias foram as infecções descritas, desde abscessos dentários a sintomas de constipação.

III) Depois de efectuada a administração da terapêutica, questões alusivas à mesma

Após a toma de Humira, vários foram os doentes que contactaram a LTA por sintomatologia diversa, questionando a sua relação, ou não, com Adalimumab. Estas questões podem ser divididas em dois grupos:

- Relato de efeitos adversos;
- Questão da associação de sintomas não habituais ao produto administrado.

Houve telefonemas de doentes em que foram relatados sintomas idênticos aos descritos como adversos para o fármaco em questão, salientando-se “rubor, calor e prurido no local da administração da terapêutica.”

Outros telefonemas porém tinham por objectivo procurar esclarecimento para a associação ou não de sintomas não habituais para o doente com a toma de Humira. Os sintomas relatados foram diversos – “lipotímias”, “alopécia”, “dores articulares”, “fragilidade das mucosas oral e vaginal” e “náuseas.”

IV) Partilha de resultados

Alguns doentes contactaram a LTA com o intuito de partilhar o sucesso da auto-administração ao domicílio, quando esta foi efectuada pela primeira vez. Os doentes que tomaram esta iniciativa haviam recebido o ensino por parte do profissional de enfermagem responsável pelo atendimento da LTA. A expressão “contacto telefónico para partilhar o sucesso da sua primeira administração ao domicílio” é exemplo do referido.

A LTA foi também contactada no sentido de ser dado por parte dos doentes um retorno do resultado obtido por terem seguido as orientações dadas telefonicamente em contacto anterior, como é expresso no registo “ (...) para confirmar que recorreu ao médico, na sequência do telefonema anterior, e que se encontra melhorada.”

V) Questões não directamente relacionadas com a terapêutica

Verificou-se a ocorrência de telefonemas cuja questão levantada não apresentava relação directa com a SPC Humira, sendo que os doentes demonstraram procurar apoio e resposta perante situações imprevistas ou não.

Exemplo disto foi o caso de, perante o internamento da mãe por diagnóstico não relacionado directamente com a patologia de base para a qual está prescrito Adalimumab, uma filha residente a algumas centenas de quilómetros de distância da utente, solicitou apoio ao enfermeiro da LTA para a obtenção de informações sobre o estado de saúde da mãe e também para a acompanhar na vivência do internamento. O registo seguinte ilustra o referido “ (...) filha da utente (...) informa que a mãe (...) e se encontra internada (...) Segundo a filha, a doente tem queixas algicas muito fortes. A filha reside (...) e pediu se eu poderia fazer algo no Hospital no sentido de diminuir as queixas algicas da doente.”

Alguns doentes contactaram a linha descrevendo situações de doença, mesmo sabendo que estas não se encontravam relacionadas com o fármaco em questão, procurando receber esclarecimentos diversos alusivos à situação vivida naquele momento. Exemplo disto são os registos “A mãe da utente telefonou para informar que a filha vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica (...)” ou “A utente refere ter sentido (...) lipotímias com sudorese intensa no dentista (...)”

Salienta-se que a totalidade dos telefonemas incluídos nesta categoria foram efectuados por doentes que já haviam procedido a contactos anteriores com a LTA, colocando questões alusivas à SPC Humira, ou seja, nenhuma das questões não directamente relacionadas com o produto Humira foi colocada num primeiro contacto com a LTA.

Resposta dada pela LTA

Perante as questões colocadas pelos doentes, a LTA deu três tipos de resposta diferentes:

- I) Resposta imediata à questão colocada;
- II) Resposta em teia – Estabelecimento de outros contactos para a obtenção da resposta resolutive do problema colocado;
- III) Escuta do utente que procedera ao contacto telefónico.

I) Resposta imediata à questão colocada

A maioria das questões levantadas pelos doentes não suscitaram dúvidas ao enfermeiro da LTA, tendo sido dada uma resposta imediata. Este tipo de respostas ocorreu sobretudo associado às referidas dúvidas relacionadas com o funcionamento ou utilização da caneta, a questões relacionadas com o

horário de administração e a questões levantada antes de ser efectuada a administração da terapêutica, concretamente as referidas questões alusivas à necessidade de recorrer a consulta médica por doença aguda e à possibilidade ou não de manter a toma de Humira.

II) Resposta em teia – Estabelecimento de outros contactos para a obtenção da resposta resolutiva do problema colocado

Algumas questões não obtiveram porém uma resposta imediata, necessitando de contactos adicionais no sentido da resolução definitiva do problema inicialmente colocado. Questões alusivas a falhas técnicas, reforço de ensino ao doente e sintomatologia associada à toma de Humira efectuada levaram a que uma só chamada telefónica não fosse suficiente para resolver a questão inicial.

Na origem da sequência, mais ou menos longa, de telefonemas que se sucedem ao primeiro em que não foi obtida resposta imediata, está a palavra “compromisso”.

Da análise do registo dos telefonemas, sobressai a palavra referida, concretamente nas expressões “comprometeu-se” e “comprometi-me”. Verifica-se que nos telefonemas cuja questão inicial não teve resolução imediata, houve um compromisso assumido algumas vezes por parte dos doentes, outras por parte da LTA, sendo que estes compromissos potenciaram uma intervenção em teia com o objectivo da resolução do problema inicialmente colocado.

No que se refere aos compromissos assumidos pelos doentes, estes foram geralmente no sentido de “contactar o médico assistente” ou os serviços de saúde de referência, no sentido de procederem ao relato da situação problemática descrita. Em alguns dos casos, os doentes comprometem-se ainda a estabelecer contacto depois de obtida essa resposta, no sentido de validar a informação, como é notório na expressão “combinámos que me dará o feedback da conversa com o médico assistente”.

Quanto aos compromissos assumidos pelo enfermeiro da LTA, estes prenderam-se com o estabelecimento de contactos em teia no sentido da resolução da situação problemática descrita. Os contactos foram dirigidos ao laboratório ABBOTT, aos profissionais de saúde de referência dos doentes ou ainda aos próprios para obtenção de informações de retorno para validação da aplicação das indicações dadas. Os registos seguintes ilustram o descrito: “Comprometi-me a contactar o ABBOTT para expor a situação (...)” ou “Comprometi-me a contactar a enfermeira (...)” ou ainda “Comprometi-me a telefonar à utente no dia seguinte para fazer o ponto da situação.”

Nesta resposta em teia, a qual procura solucionar os problemas levantados, salienta-se:

- Resposta dentro da própria LTA;
- Resposta recorrendo a profissionais externos à LTA.

A resposta em teia dentro da própria LTA é caracterizada pela sequência:

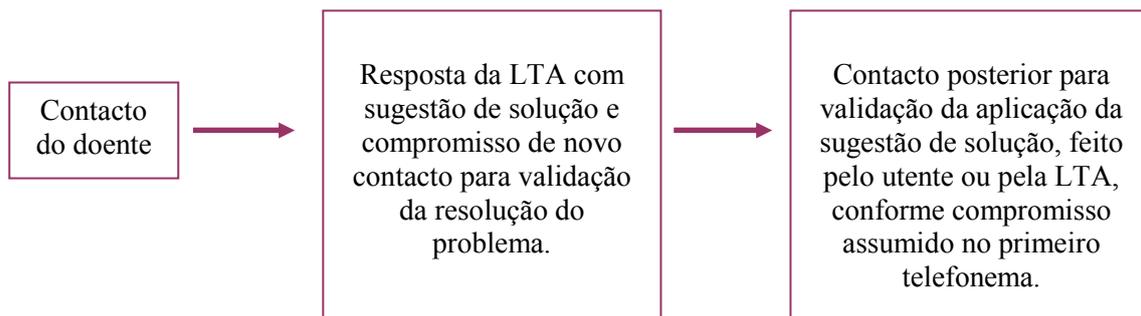


Figura 5 – Resposta em teia na Linha Telefónica de Apoio

Em algumas situações descritas, até se considerar resolvida a situação problemática inicial, o processo não decorreu apenas numa sequência, mas foi necessária uma sucessão de contactos entre a LTA e o doente até se considerar resolvida a situação problemática inicial.

A resposta em teia com outros profissionais apresenta uma sequência mais complexa, podendo a resolução da questão inicial prolongar-se por vários dias.

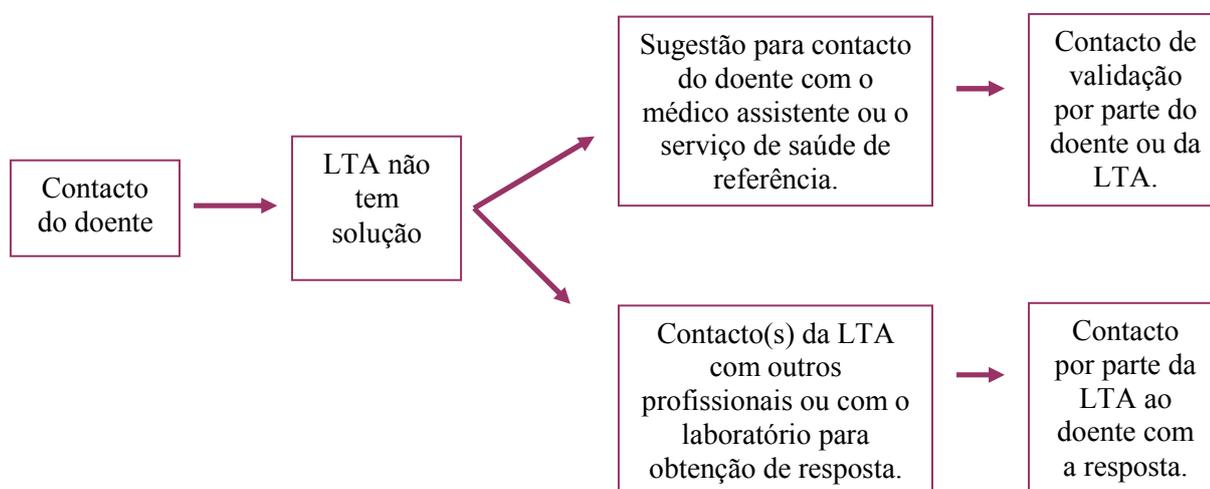


Figura 6 – Resposta em teia para além da Linha Telefónica de Apoio

A complexidade desta sequência é notória no seguinte relato: “Contactei telefonicamente a delegada de informação médica (...) a quem expus a situação. Tentámos então articular com o serviço do hospital (...) de forma a que a utente seja recebida por (...). Esta ida ao hospital foi agendada depois de uma sequência de telefonemas entre a delegada (...), a equipa de enfermagem hospitalar, a LTA e a utente.”

III) Escuta do doente que procedera ao contacto telefónico

Outros telefonemas não implicaram uma resposta de ordem técnica mas sim a escuta dos doentes naquilo que eles verbalizaram do seu sentir e a sua vivência no momento do telefonema. Os telefonemas que obtiveram uma resposta de escuta foram os referidos como sendo de partilha de resultados e de exposição de questões não directamente ligadas ao produto Humira, num total de 12,9% dos casos de atendimento.

Resposta dada pela pelos utentes da LTA perante o serviço que lhes foi prestado

No que se refere às respostas dadas pelos doentes, após receberem por parte da LTA a resposta definitiva à sua questão, podem ser salientados quatro pontos essenciais, sendo que estes estão presentes em simultâneo numa mesma resposta, sendo eles:

- I) Agradecimento;
- II) Receptividade;
- III) Estado emocional e sentimentos dos utentes;
- IV) Caracterização do serviço.

I) Agradecimento

Nos registos dos telefonemas sobressai em primeiro lugar o agradecimento manifestado pelos doentes após terem recebido orientação/resposta por parte da LTA. Há sobretudo registo das expressões “agradeceu a disponibilidade” e “agradeceu os esclarecimentos”, sendo que se encontra também registada a expressão “foi difícil gerir tantos agradecimentos”.

II) Receptividade

Muito presente na descrição das respostas dadas pelos doentes é a palavra “receptividade”. Esta resulta certamente da avaliação efectuada pelo enfermeiro implicado no telefonema e seu registo, o qual pelo desenrolar do diálogo com o doente o caracteriza como receptivo ao ensino. A expressão “Utente muito receptivo ao ensino efectuado” surge sobretudo na descrição dos telefonemas que implicaram um ensino telefónico mais ou menos prolongado como é o caso dos já descritos como questões de ordem técnica relacionadas com o funcionamento ou utilização caneta e questões alusivas às condições de administração da terapêutica em fase pré administração, ou seja em questões de resposta imediata.

III) Estado emocional e sentimentos dos doentes

Nos registos consultados encontra-se alusão ao estado emocional dos doentes, aos sentimentos por eles verbalizados e ainda à alteração destes ao longo do telefonema.

Várias expressões salientam o estado emocional dos doentes e a sua postura no momento do telefonema como por exemplo: “utente muito comunicativa”, “utente muito conversadora”, “utente muito correcto e firme na exposição da sua ideia” ou “utente ansiosa”.

O que sentem os doentes que recorrem à LTA é manifesto em expressões como “refere que se sente apoiada não só no tratamento mas também na doença e na forma de a encarar” ou ainda “se não tivesse com quem falar no assunto, não conseguiria descansar.”

Por outro lado expressões como “ficou descansada”, “progressivamente ficou mais calma”, “ficou mais tranquila” ou “com o desenrolar do telefonema foi falando mais abertamente” denotam a referida alteração ao longo do telefonema.

Relativamente aos doentes que recorrem com maior frequência à LTA, é manifesto o sentimento de confiança descrito pelo enfermeiro redactor dos registos em expressões como “este é já um contacto frequente e a sua ocorrência revela confiança no serviço” e “a linha telefónica tem para esta utente, um papel de apoio e de acompanhamento.” O sentimento de confiança está associado aos telefonemas cuja resposta foi de escuta.

IV) Caracterização do serviço

Dos registos das respostas dadas pelos doentes ao atendimento efectuado pela LTA, sobressai ainda a caracterização efectuada por estes ao serviço prestado.

Expressões como “caracterizou de excelente o serviço prestado pelo ABBOTT”, “verbalizou as vantagens de uma linha telefónica de atendimento permanente” ou “salientou o conforto que sente por existir este tipo de serviço tão diferenciado” revelam satisfação por parte dos doentes que recorreram à LTA, o que vai ao encontro da já referida confiança no serviço prestado, bem como dos agradecimentos e receptividade, igualmente referidos nos pontos anteriores.

4.1.3 - Análise de conteúdo dos documentos resultantes da análise documental das deslocações em contexto de formação

Da análise documental dos registos de deslocação conclui-se que houve diversos motivos que levaram o enfermeiro contratado pelo ABBOTT a deslocar-se, tendo quase sempre por objectivo ministrar formação alusiva à conversão da SPC em Caneta Humira. Na descrição das deslocações há referência a aspectos comuns a todas elas, sendo eles o agendamento da deslocação, os recursos utilizados, a reacção dos participantes ao produto, as questões por eles colocadas e aspectos salientados, e a reacção ao ensino efectuado.

Motivos de deslocação

Os referidos motivos podem ser agrupados nos seguintes grupos, dos quais serão analisados em detalhe aqueles que estão relacionados com o presente estudo:

- I) Deslocação para ensinos a doentes (15 no total);
- II) Deslocação para formação a equipas de enfermagem (12 no total);
- III) Deslocação para formação simultânea a equipas de enfermagem e a doentes em conversão (7 no total);
- IV) Deslocação para formação a outros profissionais de saúde (6 no total, equipas das farmácias hospitalares);
- V) Visitas informais a doentes (2 no total);
- VI) Visitas informais a enfermeiros (10 no total);
- VII) Deslocação para eventos ABBOTT (3 no total).

São de seguida expostos os resultados alusivos aos doentes, concretamente os pontos I e VI. Dado que o ponto III aborda simultaneamente resultados obtidos relativamente a doentes e enfermeiros, opta-se por descrevê-los aqui.

I) Deslocação para ensinos a doentes

Em quinze das deslocações do enfermeiro ABBOTT, o objectivo foi ministrar formação directamente a doentes, no sentido de estes passarem a utilizar Caneta Humira em detrimento da SPC.

Destacam-se dois tipos de deslocação no que se refere a formação a doentes:

- Deslocação do enfermeiro ao hospital, em que o ensino foi individualizado e o ponto de encontro foi o serviço onde o doente é acompanhado – doze dos quinze casos;
- Deslocação ao domicílio.

Relativamente aos ensinamentos efectuados em contexto hospitalar, estes foram agendados entre os profissionais de saúde que acompanhavam os utentes, as DIM e o enfermeiro ABBOTT. Os ensinamentos decorreram conforme já foi exposto, recorrendo ao material do kit, ao rotafólio e à caneta de experimentação. Em alguns dos casos há registo de ansiedade manifestada pelo doente antes da administração “a utente encontrava-se muito ansiosa”, havendo também registo da receptividade ao ensino e da consequente diminuição da ansiedade “mãe e filha foram muito receptivas e progressivamente foram ficando mais calmas”. As administrações foram conseguidas com sucesso. Os doentes colocaram muitas questões, sobretudo alusivas a aspectos de ordem técnica e de segurança na administração, como é notório na expressão “colocou muitas perguntas relacionadas com segurança em caso de choque anafilático.” Os doentes referiram “muitas expectativas” quanto aos benefícios da nova forma de administração terapêutica.

No caso das deslocações ao domicílio, estas ocorreram por dois motivos:

- Num dos casos devido à indisponibilidade da doente em se deslocar ao hospital por residir muito longe do mesmo;
- Em dois dos casos, em resposta a falhas técnicas comunicadas à LTA.

No que se refere ao primeiro caso, os dados não apresentam novidade em relação ao anteriormente descrito para os doentes que receberam o ensino em meio hospitalar.

Quanto aos doentes que receberam visita na sequência de uma falha técnica, a deslocação foi efectuada em articulação com o laboratório, tendo a DIM estado presente na sessão.

Em ambos os casos, pelo menos um elemento da família do doente acompanhou o ensino. O enfermeiro ABBOTT foi “muito bem recebido” ao domicílio. Começou por ouvir o doente e a família e recorreu depois ao kit e à caneta de experimentação para repetir o ensino. Em ambos os casos é referida a ansiedade inicial dos doentes. Num dos casos a doente não faz a auto administração, sendo a terapêutica administrada por um familiar. Em ambos os casos a administração foi feita com sucesso.

Por parte dos doentes e dos seus familiares “foram colocadas muitas e pertinentes questões”.

Em todos os casos de ensino a doentes se regista “a confiança que aparentemente foi depositada” no serviço prestado. Esta é mais evidente nos casos que procuraram responder a falhas técnicas, ou seja na administração ao domicílio já depois de os doentes terem recebido um primeiro ensino em contexto hospitalar. Uma familiar de um dos doentes “elogiou grandemente o serviço prestado e a disponibilidade de deslocação. Refere que só pelo facto de a mãe ter podido recorrer à LTA na noite anterior já ficara mais tranquila. De forma clara expôs as vantagens deste tipo de serviço tanto para os utentes como para as suas famílias.”

Registado ainda com notório tom de graça, a expressão de uma outra utente “nem parece que sou seguida num hospital público.”

Também os profissionais de saúde não parecem ter ficado indiferentes a estas deslocações como expressa a frase: “a enfermeira chefe do serviço agradeceu muito a colaboração e referiu a importância de haver um enfermeiro a prestar este serviço diferenciado.”

III) Deslocação para formação simultânea a equipas de enfermagem e a utentes em conversão

Sete das deslocações efectuadas contemplaram mais que um momento formativos, sendo estes sobretudo dirigidos a enfermeiros e a doentes, podendo porém envolver também equipas médicas e as farmácias hospitalares.

Assim, a visita dividia-se em tantos momentos quantos os grupos alvo a atingir. Houve visitas com três momentos, contemplando formação à equipa de enfermagem, ao utente hospitalar (geralmente o primeiro a passar pela conversão naquele hospital), e um contacto formativo informal com a equipa médica e a farmácia hospitalar. Registam-se também visitas com dois momentos, um com os profissionais de saúde de referência para o doente e outro com o mesmo. Excepção feita para duas das visitas, em que o ensino ao doente e aos profissionais de saúde decorreu em simultâneo.

O enfermeiro ABBOTT recorreu aos meios complementares de ensino já descritos, ou seja ao material disponível no kit e à caneta de experimentação.

A reacção ao produto é também referida como “muito boa”.

No que se refere a aspectos salientados, a possibilidade de recurso a uma LTA permanente foi enaltecida por parte das equipas médicas abordadas, como se pode verificar na expressão “O médico mostrou-se muito interessado e deu particular ênfase à possibilidade de contacto telefónico permanente.” Os aspectos de articulação de serviços, no circuito hospitalar do fármaco prescrito, foram também abordados, assim como as vantagens da nova apresentação do produto.

Os doentes receberam a formação, na maioria das vezes, ministrada por um dos profissionais que no primeiro momento havia sido alvo de ensino por parte do enfermeiro ABBOTT. Aqui são excepção os dois doentes que receberam formação em simultâneo com os profissionais de saúde. Salienta-se a “disponibilidade” dos profissionais para ministrarem a formação logo após terem sido alvo da mesma, decorrendo a primeira sob supervisão do enfermeiro ABBOTT. A expressão seguinte demonstra como decorreu este momento formativo na maioria das sessões relatadas: “O ensino foi feito por uma enfermeira do serviço que no final da sessão de imediato se voluntariou para fazer o ensino à doente.

Este momento contou com a minha participação e os aspectos práticos foram deixados ao cargo da enfermeira que demonstrou bastante iniciativa e motivação, uma vez que momentos antes acabara de ter o primeiro contacto com a terapêutica.”

Quanto aos doentes, todos eles foram os primeiros, no seu hospital de referência, a passar pelo processo de conversão. Da análise dos registos conclui-se que alguns dos doentes no início referiram medo ou receio em fazer a auto administração, em “picar-se”, como se demonstra a expressão “inicialmente estava visivelmente com medo de ser picado”. No entanto todos fizeram a administração com sucesso e referiram “não sentir dor” ou “praticamente não senti a agulha”, como se pode ler na expressão na “verbalizou algum receio em picar-se mas fê-lo com muito à vontade e no final referiu que não lhe doera nada, que praticamente não sentira a agulha.”

O medo e receio não são manifestados por todos os doentes. Salientam-se expressões como “utente (...) com uma vida activa, fazia as tomas de Humira seringa propositadamente no centro de saúde da zona de residência e “viu” na caneta uma oportunidade de total independência” ou “A reacção da utente foi muito boa. Auto-administrou a terapêutica sem qualquer dificuldade.”

Expressões como “empatia”, “ambiente informal e gerador de confiança”, “estreitar laços com a enfermeira” ou “momento agradável” demonstram a aparente informalidade destes momentos em que o enfermeiro ABBOTT partilhou o ensino com populações alvo heterogenias, rentabilizando a deslocação agendada.

V) Visitas informais a doentes

No que se refere a deslocações de ordem informal, ou seja, que não tiveram por primeiro objectivo proceder a sessões de ensino mas sim estreitar laços com elementos envolvidos no processo de conversão, de um total de 12 visitas, apenas duas se dirigiram a um doente e ambas ao mesmo.

Tratou-se de um caso de internamento de urgência por motivos não relacionados com o tratamento em estudo, em que a família do doente, por residir longe, solicitou ajuda à LTA.

O facto de o doente ser visitado pelo enfermeiro ABBOTT motivou na colega que o recebeu no internamento um “elogio ao ABBOTT por ter este serviço de enfermagem em nada poderia alterar o estado clínico da utente mas a presença seria certamente um conforto.” No que se refere ao doente alvo desta deslocação, este “agradeceu muito a visita e o cuidado – ficou notoriamente mais tranquilo”, tendo o enfermeiro ABBOTT tido aparentemente “dificuldade em gerir os agradecimentos” em ambas as deslocações.

Em relação à unidade de análise embutida *Doentes* podemos esquematizar:

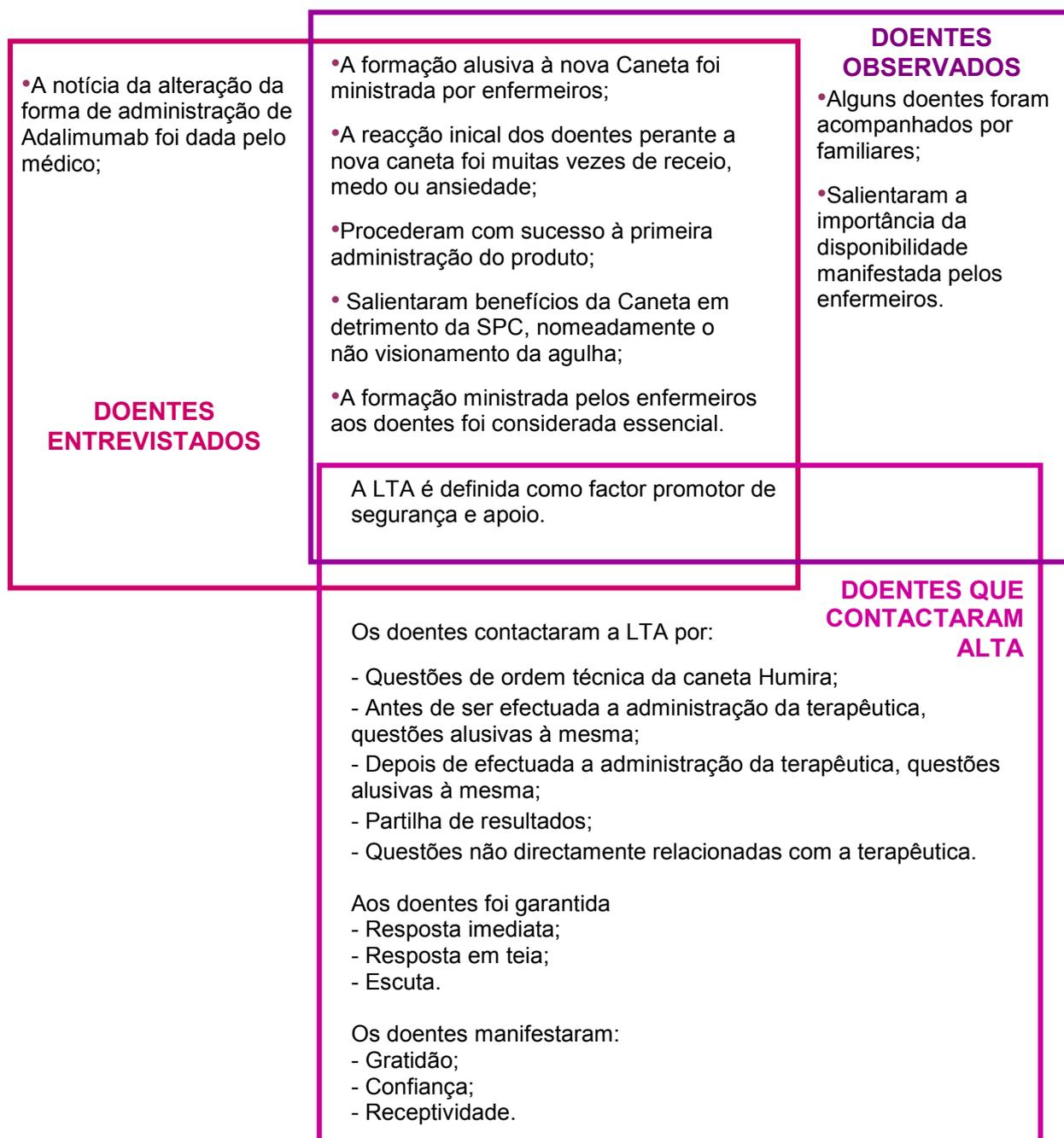


Figura 7 – Síntese da análise de dados para a unidade de análise embutida Doentes

4.2 – Unidade de Análise Embutida *Enfermeiros*

4.2.1 - Análise estatística dos dados obtidos dos questionários aplicados aos enfermeiros

Todos os enfermeiros que responderam ao questionário receberam formação alusiva à temática e a todos a formação foi ministrada pelo laboratório ABBOTT.

Dos respondentes, 33,3% recorreram à LTA (3 enfermeiros), sendo que em 1 dos casos, o telefonema não foi atendido ao primeiro contacto, tendo em 100% dos casos o problema sido resolvido adequadamente.

A totalidade dos inquiridos considerou importante a existência da LTA no processo de conversão da SPC Humira para Caneta Humira. Igualmente a totalidade dos inquiridos considerou de importância a continuidade da existência da LTA.

Cerca de 16.6% dos inquiridos considerou o processo de mudança da SPC para Caneta Humira como muito inovador, tendo os restantes considerado o processo como inovador.

A formação ministrada aos doentes pelos inquiridos foi por todos eles caracterizada como essencial.

4.2.2 - Análise de conteúdo dos questionários aplicados aos enfermeiros

No que se refere à importância da LTA, na perspectiva dos enfermeiros envolvidos no processo, esta prende-se com a possibilidade de garantia ao doente, e também aos enfermeiros, do esclarecimento de dúvidas existentes em tempo imediato, como é perceptível pela expressão “recurso imediato para esclarecimentos” em “situações de dúvida”. É ainda salientado o facto de a LTA transmitir segurança ao doente, facilitando o processo de mudança “proporcionando um elo de ligação, humanizando e melhorando a qualidade dos cuidados prestados pelo profissional de saúde”.

Relativamente ao processo de conversão, e sendo este referido como inovador ou muito inovador, este foi caracterizado como “bem organizado, com boa articulação entre os profissionais, os doentes e o laboratório.” Segundo os enfermeiros envolvidos no processo, o carácter inovador prende-se com a comodidade de administração, tendo o processo facilitado a auto-administração, sendo salientada a ergonomia da caneta e a não visualização da agulha no momento da administração.

Os enfermeiros respondentes consideraram que o processo de mudança proporcionou uma melhoria para os doentes tanto no domínio técnico como a nível psicológico, sendo isto apresentado como um indicador de inovação.

A referir que alguns enfermeiros salientaram a existência de outros tratamentos farmacológicos que recorrem a técnicas idênticas e ainda que foi referido como aspecto negativo a melhorar se possível, o desperdício de material – “desperdício de matéria-prima” – sendo sugerida a “reutilização da caneta.” De salientar ainda o facto de que houve respondentes que confundiram a inovação do instrumento de administração da terapêutica, a caneta, com a inovação do processo de conversão.

A formação ministrada pelos inquiridos foi por eles considerada essencial no processo de mudança, sendo esta caracterizada como “facilitadora da mudança” e “da aprendizagem do doente”. A formação permitiu, por um lado, o esclarecimento de dúvidas e o treino pessoal para a administração e por outro possibilitou que fosse inculcida confiança e segurança ao doente de forma a que este procedesse com sucesso à auto-administração da terapêutica.

A disponibilidade apresentada para esclarecer questões sempre que necessário é também apresentada como de carácter essencial. É patente a ideia de que a transmissão de confiança e segurança é uma característica do exercício profissional de enfermagem, como é notório nas expressões “factor segurança e confiança que só nós lhe poderíamos proporcionar” e ainda “é por isso que estamos ali, para esclarecer dúvidas, para inculcar confiança.” Por outro lado foi também salientada que “esta formação individual transmite uma ideia de exclusividade” contribuindo para os já referidos factores de segurança e confiança.

No que se refere às dificuldades sentidas pelos doentes no momento da formação e da primeira auto-administração, na generalidade é salientada pelos enfermeiros a existência de poucas dificuldades associadas à administração da medicação com a nova caneta, sendo referido que o processo de conversão foi mais fácil do que se esperava inicialmente, tendo a aceitação por parte dos doentes sido “excelente”. Porém salientam-se algumas dificuldades que não poderão deixar de ser referidas:

- Inicialmente, alguns doentes referiram receio em não conseguir efectuar com sucesso a auto-administração, como é notório nas expressões “receio face a um objecto novo”;
- Houve dificuldade em manter a caneta na perpendicular e em controlar visualmente a entrada do fármaco (pela observação da janela da caneta);
- O som do ejector e o sentir do líquido a entrar no organismo;
- Alguns doentes questionaram os enfermeiros relativamente à garantia de eficácia do produto na mudança de apresentação do mesmo.

No que se refere aos benefícios apresentados pela Caneta Humira em relação à SPC Humira, a grande diferença apresentada como vantagem e salientada pelos inquiridos, é a não visualização da agulha por parte do doente.

A caneta é apresentada de forma unânime como sendo de mais fácil utilização, “prática”, e a ergonomia da mesma é caracterizada como “excelente”. Os inquiridos referem que esta permite uma

maior facilidade de manipulação por parte dos doentes com malformações ósseas das mãos, comparativamente à SPC Humira.

De referir ainda a pouca manipulação que implica a utilização da caneta ao invés da seringa, bem como a boa percepção do tempo de administração. Pelos utentes mais jovens, referem os enfermeiros respondentes, é salientável a facilidade de transporte do medicamento e o facto de, para quem vê a nova forma de apresentação do medicamento, não associar o produto a uma injeção, a uma seringa, como é patente na expressão “quando observado por outras pessoas nem parece uma seringa, parece somente uma caneta.”

4.2.3 - Análise de conteúdo dos documentos resultantes da análise documental das deslocações em contexto de formação

Tal como já foi referido, os motivos de deslocação do enfermeiro ABBOTT com o objectivo de ministrar formação foram diversos, sendo que são de seguida expostos os resultados obtidos alusivos aos enfermeiros, concretamente os pontos II e V da classificação definida em 4.1.3.

II) Deslocação para formação a equipas de enfermagem

Foram registadas doze deslocações com o intuito de ministrar formação exclusivamente a equipas de enfermagem.

Da análise referente ao agendamento das sessões, conclui-se que este resultou de contactos telefónicos entre o enfermeiro ABBOTT e as DIM, e destas com as equipas de enfermagem, ou seja, as DIM foram intermediárias do processo de agendamento das sessões.

Relativamente aos recursos utilizados na formação, conclui-se que nas sessões dirigidas a equipas de enfermagem se recorreu “à totalidade dos materiais disponíveis no kit do utente, ao rotafólio e à caneta de experimentação.” Em algumas situações foi possível o recurso à projecção do DVD de apoio ao ensino. Conclui-se ainda que grande parte do tempo da sessão foi dispendido na explicação da utilização da caneta e na sua experimentação, como é notório na expressão: “Detivemo-nos mais tempo na explicação da caneta e sua experimentação”, presente em vários registos.

No que se refere à reacção dos participantes ao produto, em todos os registos, sem excepção se encontra uma das expressões: “A reacção foi muito boa” ou “A reacção foi boa”, sendo que expressões como “reagiram de forma favorável” e “muito receptivos”, vêm reforçar a ideia inicial. Há ainda a salientar que “os enfermeiros com mais idade mostraram mais reservas ao produto, tendo no entanto reagido de forma favorável”, embora esta expressão não seja aplicada na maioria dos registos. Houve enfermeiros que referiram as vantagens para os doentes desta apresentação de Humira em

relação à anterior, como é notório na expressão “os enfermeiros consideraram a caneta de fácil utilização e salientaram a importância de a agulha não ser visível e da existência da LTA.”

Relativamente às questões colocadas, salientam-se as que se prendem com a articulação com a farmácia hospitalar e outros serviços, concretamente dado que os utentes poderão receber a medicação apenas se receberam formação para a auto administração. Tendo cada hospital os seus próprios circuitos, estes aspectos foram abordados em todas as sessões, como é notório na expressão: “Foram abordadas questões que se prendem com a articulação com a farmácia hospitalar, reforçando a necessidade de ensino prévio ao doente.”

No que diz respeito à reacção dos enfermeiros à formação a que foram submetidos, a informalidade e boa disposição marcou a maioria das sessões. A expressão “gerou-se um clima de boa disposição” é prova disso. Também a palavra “empatia” e o registo de se terem efectuado as trocas de contactos entre o enfermeiro ABBOTT e as equipas demonstra o estreitar de relações e a diminuição de formalidades entre o laboratório e as equipas de enfermagem. Salienta-se ainda que o enfermeiro ABBOTT apresentou disponibilidade para colaborar nos ensinamentos aos doentes, caso as equipas assim o desejassem.

VI) Visitas informais a enfermeiros

No que se refere a deslocações de ordem informal, 10 foram dirigidas a enfermeiros/equipas de enfermagem.

Os objectivos destas visitas foram “estreitar laços” e reforçar o ensino efectuado, havendo oportunidade para visitar o serviço e conhecer as instalações hospitalares. Em algumas destas visitas foi possível assistir a conversões de SPC para Caneta, cujo ensino foi ministrado pelos enfermeiros do serviço. Há ainda registo da possibilidade de discutir ideias alusivas ao processo de conversão ou analisar situações específicas de utentes.

A reacção a estas visitas é sempre descrita de forma favorável. Salientam-se as expressões “fui bem acolhida” e “notoriamente este tipo de visitas informais é benéfico para a promoção do produto.”

O “estreitar laços” é apresentado como o grande resultado destas visitas, em que é salientado o facto de se tratar de uma relação entre colegas de profissão que acompanham de ângulos diferentes, o processo de conversão.

Em relação à unidade de análise embutida *Enfermeiros* podemos esquematizar:

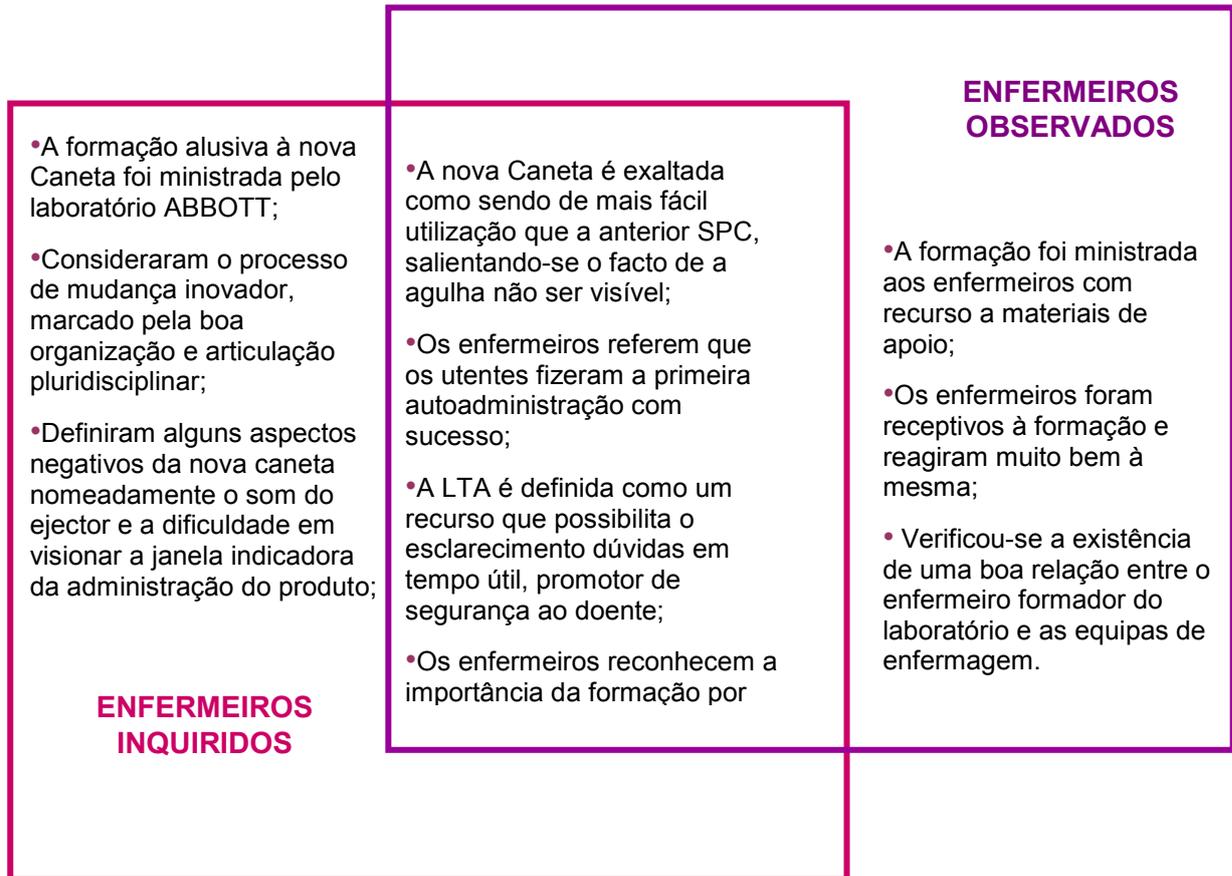


Figura 8 – Síntese da análise de dados para a unidade de análise embutida Enfermeiros

4.3 - Unidade de Análise Embutida *Enfermeiro-Investigador*

4.3.1 - Análise de conteúdo da entrevista de episódio efectuada ao enfermeiro

O enfermeiro-investigador, ao abordar a nova Caneta Humira, salientou como benefícios a facilidade de utilização, tendo em conta o design e a ergonomia, e também o menor estigma que o associado à SPC.

O processo de mudança de SPC para Caneta Humira foi, na sua óptica caracterizado pela inovação, a qual foi manifesta pela participação que foi solicitada a um enfermeiro específico contratado pelo laboratório ABBOTT enquanto parte de uma equipa pluridisciplinar, pela rede criada entre esse enfermeiro, médicos, enfermeiros e utentes e pela LTA. Nesse mesmo processo, referindo-se à participação dos diferentes intervenientes, o enfermeiro-investigador salientou que os utentes não tiveram, uma vez que a mudança não lhes foi proposta mas sim imposta, os enfermeiros tiveram um papel activo na formação aos doentes e na sequente motivação para adesão ao produto, sendo que coube aos médicos informar os doentes e motivá-los à partida para a alteração.

Relativamente à formação ministrada, referindo-se à sua importância em todo o processo de mudança, o enfermeiro-investigador referiu ter sido fundamental a preparação dos médicos e das equipas de enfermagem para que tivessem à vontade com o produto antes de este chegar ao utente. Referiu que a formação às equipas de enfermagem foi particularmente eficaz quando foi feita não só com exposição e simulação mas também incluindo um momento de aplicação ao doente. Quanto aos doentes, o enfermeiro-investigador refere não ter observado dificuldades no primeiro contacto que tiveram com a nova Caneta, pelo contrário, recorda a muito boa receptividade ao novo produto.

Ao abordar a LTA, o enfermeiro-investigador salientou o facto de esta ter tido muita procura. Os doentes procuravam a linha para mais assuntos para além da Caneta Humira. Tendo a LTA sido gerida apenas pelo técnico durante 12 meses, este foi um processo por vezes cansativo. O enfermeiro-investigador referiu ter tido um feedback muito positivo pelo atendimento personalizado e pela facilidade de contacto 24h por dia, considerando que os resultados face aos objectivos traçados foram atingidos, tendo-se verificado adesão dos doentes e tendo a LTA sido um meio para potenciar o processo de adesão ao produto. Ao ser questionado sobre o balanço/propostas em relação à LTA, o enfermeiro-investigador referiu que a previsão inicial não contemplava uma adesão tão grande à linha.

Tendo em conta os resultados, e embora o atendimento já não pudesse ser tão personalizado, seria melhor que a linha de atendimento não tivesse apenas um técnico como responsável (porque não evoluir para *call center*?). Isto foi o que acabou por acontecer ao final do primeiro ano, sendo porém que a resposta à linha é actualmente de encaminhamento para o médico ou enfermeiro do serviço hospitalar, não respondendo directamente às questões dos utentes. O enfermeiro-investigador

expressou que na sua opinião esta nova modalidade não responde de forma tão activa às necessidades dos doentes.

Questionado sobre o balanço que faz de todo o processo em que esteve envolvido, o enfermeiro-investigador salientou que a nível individual (pessoal / profissional) faz um “balanço muito positivo pela experiência de formação / contacto com os enfermeiros, pelo contacto com os utentes através da linha telefónica e por acreditar que o produto trouxe benefícios aos utentes”. No que se refere ao processo de introdução do produto salientou que a conversão foi feita em todos os hospitais, sendo o balanço muito positivo. Atribui o sucesso às características do próprio produto, à dinâmica proposta pelo laboratório envolvendo diferentes profissionais no processo, à LTA e ao kit do utente. Quanto a sugestões, o enfermeiro-investigador referiu ter faltado a ocorrência de um *briefing* final e balanço do esquema anterior antes de introduzir o novo esquema, actualmente em vigor. A grande sugestão que faz é a de “manter um acompanhamento por linha telefónica mais personalizado.”

5. DISCUSSÃO

A discussão é, segundo Serrano (2004) a secção em que se responde à pergunta: “Qual é o significado dos resultados?” Segundo o mesmo autor, neste capítulo devem ficar explícitos o significado dos resultados, a comparação destes com os resultados obtidos por outros autores, uma análise crítica da investigação e a relação entre os resultados obtidos e os objectivos de estudo traçados. Eis o desafio do presente capítulo.

Começando por abordar as **limitações do presente estudo**, segundo Yin (2003), o estudo de caso enquanto plano de investigação, apresenta falta de rigor, existindo porém maneiras de evidenciar a validade e fiabilidade do estudo. Esta ideia de rigor está associada ao argumento comum da influência do investigador que pode “contaminar” o estudo através de falsas evidências ou visões distorcidas da realidade que observa/estuda. O facto de o enfermeiro contratado pelo ABBOTT ser o investigador, tendo tido uma participação activa em todo o processo em estudo, poderá ser uma limitação, tal como salientam Marconi e Lakatos (2007) referindo como limitação da observação participante, o facto de o observador enfrentar dificuldades em manter a objectividade. Pode ser também geradora de conflitos e conduzir a enviesamentos na análise dos conteúdos dos documentos em estudo, uma vez que foram registos feitos pelo próprio, alusivos a situações por si presenciadas e muitas vezes protagonizadas.

Segundo Yin (2003), o estudo de caso é preferido na análise de acontecimentos recentes, quando os comportamentos relevantes a ele associados não podem ser manipulados. O facto de a investigação ser sobre um processo que ocorreu em fase anterior ao processo de investigação, concretamente nos anos 2007/2008, sendo que a investigação decorre em 2009/2010 pode também ser uma limitação ao presente estudo.

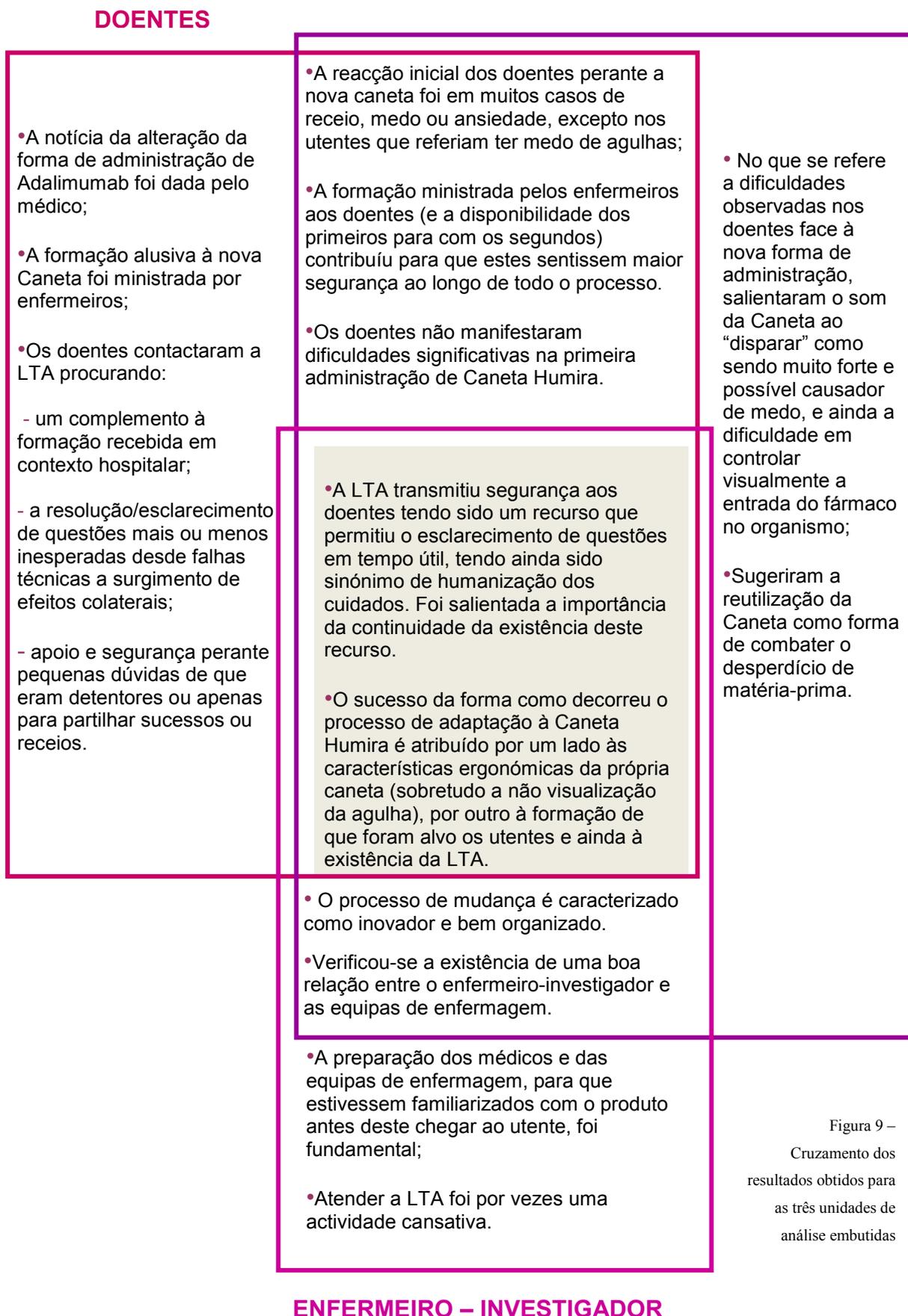
Segundo Yin (1994) citado por Fortin (2003), o estudo de caso demonstra a sua validade interna pela intensidade da sua análise do fenómeno, pelas suas múltiplas observações, pela simetria dos comportamentos tipo e, em certos casos, pela triangulação das fontes de dados.

A triangulação designa, segundo Flick (2005), a combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, enquadramento de espaço e de tempo, e de diferentes perspectivas teóricas, no tratamento de um fenómeno. Inicialmente concebida como uma estratégia de validação de resultados obtidos com o recurso a cada método, o seu foco foi progressivamente deslocado para o enriquecimento do conhecimento, de forma a ultrapassar o limitado potencial de cada método específico (Flick, 2005). Segundo o mesmo autor, a triangulação pode ser um processo de enraizar melhor o conhecimento obtido com o recurso a diferentes métodos. Enraizar, segundo Flick (2005), não significa, aqui, testar resultados, mas ampliar e completar sistematicamente as possibilidades de produção de conhecimento. Denzin & Lincon (2000) citados por Flick (2005) distinguem quatro tipos de triangulação: de dados, de investigador, de técnica e de métodos.

No presente estudo recorreu-se à triangulação das fontes de dados. Tendo os dados analisados sido provenientes de fontes tão distintas (entrevista narrativa aplicada ao enfermeiros-investigador, entrevista semi-estruturada aplicada a doentes, inquérito por questionário aplicado a enfermeiros e registos de actividade), concluí-se que esta triangulação das fontes de dados acabou por tornar-se, tal como sugerido por Denzin & Lincon (2000) citados por Flick (2005), mais uma alternativa à validação que uma estratégia de validação de resultados e procedimentos, melhorando o alcance, a profundidade e a consistência dos procedimentos metodológicos. Segundo Yin (1994), esta triangulação, ao analisar diferentes unidades de análise embutidas, intensifica a validade interna do estudo.

Conclui-se que as opções metodológicas tomadas procuraram reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamentos na análise dos dados obtidos. O facto de estarmos perante um estudo de caso não permite generalizar a outras populações os resultados obtidos no presente estudo, servindo estes apenas para a descrição do caso presente.

Cruzando os resultados obtidos, e descritos no capítulo anterior, pode traçar-se o esquema seguinte:



Dado o destaque de que foi alvo a existência da LTA neste processo, torna-se interessante cruzar as informações obtidas nos diferentes dados recolhidos relativamente a esta temática. As questões de ordem técnica que levaram os utentes a contactar a LTA, não associadas a falhas de funcionamento da Caneta, poderão sugerir que os doentes necessitaram de validar o ensino recebido por parte dos enfermeiros. De facto, a alteração de SPC para Caneta foi significativa e na primeira administração ao domicílio, sem a presença do enfermeiro, alguns doentes parecem ter sentido necessidade de rever alguns conteúdos para vencer o provável receio ou medo que pudessem sentir naquele momento.

Por outro lado, é notório que muitos utentes recorreram à LTA procurando apoio e segurança perante pequenas dúvidas de que eram detentores ou até para partilhar sucessos ou receios. O facto de ter havido utentes que contactaram a LTA por diversas vezes, algumas delas não abordando assuntos directamente relacionados com a Caneta em questão, poderá reforçar a ideia de que a LTA funcionou de facto como um ponto de apoio ao qual os utentes sabiam poder recorrer a qualquer hora do dia, tendo a vantagem de ser atendidos por um profissional de saúde.

A resposta dada pelos utentes ao serviço que lhes foi prestado pela LTA vai ao encontro da avaliação que fazem os cinco utentes entrevistados relativamente a este recurso de que dispunham aquando do processo de mudança em estudo. O agradecimento pela disponibilidade e a receptividade às sugestões de resolução, bem como a caracterização do serviço feita pelos utentes que recorreram à LTA vai ao encontro da referência como “essencial” e promotor de segurança e apoio manifestadas pelos cinco utentes entrevistados. Por outro lado, o estado emocional dos utentes que recorreram à LTA descrito nos documentos analisados, vai igualmente ao encontro do verbalizado pelos utentes entrevistados – por um lado, numa fase inicial do telefonema há manifestação de ansiedade, sendo que no final muitos utentes referiram sentir-se apoiados, mais descansados e mais calmos. Ora estes aspectos são também exaltados pelos utentes entrevistados. Por sua vez, no que se refere aos utentes que foram observados aquando da sua primeira toma de medicação, e também dos familiares que os acompanhavam, também eles salientam a importância da LTA pelos mesmos motivos.

Daqui se conclui que os dados recolhidos com recurso a técnicas distintas convergem no seu conteúdo.

Os **resultados obtidos na revisão de literatura** vão ao encontro, fundamentando, o que acaba de ser referido.

Comprova-se que o processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg constituiu na inovação em IF, sendo que isto é reconhecido directa ou indirectamente por enfermeiros e doentes. Recordemos Tidd et al (2003), os quais referem que por definição inovação é o processo de criação e introdução de algo novo numa organização ou no mercado e que a inovação não se reduz à geração de novas ideias, pois requer a invenção de algo novo e a sua posterior aplicação na própria organização ou no mercado. O produto Humira Caneta enquadra-se no descrito sobre inovação, sobretudo inovação em IF. Em prova disto faça-se por exemplo referência a Klein & Gonçalves (2005) os quais salientam

que a inovação na área da IF recorre, como esperado, às mais modernas tecnologias de comunicação e informação de forma a aproximar os utentes dos fármacos, tornando os primeiros cada vez mais envolvidos nas tomadas de decisão referentes à sua própria saúde, o que reforça o anteriormente referido.

A existência de inovação implica um processo de mudança. Segundo Rogers & Shoemaker (2003), o processo de mudança é constituído por três etapas distintas – a invenção, a difusão e as consequências. Interessa sobretudo no caso em estudo analisar as consequências deste processo, ou seja a forma como os doentes reagiram ao novo produto colocado no mercado pelo laboratório ABBOTT, a forma como se decidiram face à inovação. Segundo os mesmos autores, este processo de decisão do indivíduo perante uma inovação é constituído por quatro fases: tomada de conhecimento; persuasão; decisão e confirmação. Tendo em conta que, segundo os mesmos autores, estamos perante um processo de inovação autoritário, ou seja, os doentes não tiveram opção de não aderir à inovação, ou seja o processo de mudança não possuía a hipótese de os doentes rejeitarem a Caneta, importou verificar como foi vivido o processo de mudança pelos alvos do mesmo, ou seja, como passaram os doentes pelas fases definidas anteriormente. Pode concluir-se que o médico desempenhou um papel fundamental nas fases da tomada de conhecimento e de persuasão – coube ao médico informar o doente da alteração e facultar esta informação como definitiva. Por seu lado, os enfermeiros que procederam aos ensinamentos tiveram sem dúvida impacto na fase de decisão. O médico apresentou o produto e persuadiu à sua utilização e o enfermeiro expôs o mesmo, conduzindo o doente à auto-administração e à decisão de aderir à inovação. Por outro lado, o facto de existir a LTA, de os doentes se sentirem apoiados não apenas pelos profissionais de saúde já sua referência mas ainda por um serviço personalizado a funcionar 24h por dia, 7 dias por semana, deverá ter contribuído para a fase de confirmação. Esta foi também certamente reforçada pelas características da Caneta que demonstraram ser mais vantajosas para os utentes que as anteriores SPC.

Nesta análise do processo de mudança em estudo, tendo por base o definido por Rogers & Shoemaker (2003) importa certamente ainda referir a importância da relação utente/profissionais de saúde para a adesão à terapêutica, neste caso à alteração da forma de administração da terapêutica anteriormente instituída. Klein & Gonçalves (2005) salientam que as características da relação médico-doente e as competências de comunicação dos profissionais de saúde com o doente são factores chave para a adesão à terapêutica. Por seu lado, Leite & Vasconcelos (2006) defendem que um dos factores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipa de saúde e no médico. Referem ainda que a linguagem, o tempo dispendido, o atendimento acolhedor, o respeito pelas verbalizações e questões levantadas pelo doente são factores que potenciam a adesão à terapêutica. Daqui se conclui que a aposta feita na relação dos profissionais de saúde com os utentes, no atendimento personalizado, na disponibilidade para acompanhar os utentes na vivência do processo de mudança fazendo deles agentes do seu próprio processo, foram certamente factores que

contribuíram para a adesão à inovação e portanto para o sucesso do processo de mudança. Reforçando esta ideia, pode citar-se novamente Klein & Gonçalves (2005), autores que inferem a importância e a necessidade de uma abordagem biopsicossocial, uma vez que os doentes são sujeitos activos no processo terapêutico e como tal necessitam de ser considerados e assumidos como parceiros em todo o processo.

Importa ainda abordar as consequências do processo de mudança, as quais segundo Rogers & Shoemaker (2005) podem ser: funcionais vs disfuncionais; directas vs indirectas; manifestas vs latentes. No presente estudo de caso, com recurso aos relatos do sentir e do viver dos doentes e enfermeiros envolvidos no processo, poderemos concluir que a grande consequência manifesta foi o facto de todos os doentes a nível nacional que estavam medicados com SPC passaram a utilizar Caneta Humira no prazo de tempo definido, sem registos de não sucesso. O facto de a Caneta Humira ter sido considerada como de mais fácil utilização que a SPC é certamente uma consequência funcional, sendo que o facto de esta contribuir para a maior autonomia e o maior conforto dos utentes pode ser consideradas consequências directas. Se considerarmos que a qualidade de vida dos doentes melhorou com esta alteração, que a sua autonomização e diminuição de factores de stress, como por exemplo o ver a agulha da SPC, contribuíram para que os doentes sentissem como menos pesada a sua doença crónica, integrando-se melhor na vivência quotidiana, então pode arriscar-se em falar de consequências indirectas.

Apesar do resultado final ser de sucesso, da avaliação do processo de mudança ser positiva, importa não esquecer que ao tomarem conhecimento com a nova Caneta Humira, grande parte dos doentes demonstrou sentir e/ou verbalizou receio, medo, ansiedade, ou seja houve a manifestação de renitência à mudança. Rogers & Shoemaker (2005) referem que os processos de mudança que implicam a tomada de decisão na adopção de uma inovação podem envolver crises para os indivíduos. Isto leva a que se conclua que a renitência inicial pode ser considerada como parte do próprio processo de mudança.

Detendo agora a atenção na importância que foi conferida pelos sujeitos do estudo à LTA, verificou-se que esta possibilitou aos doentes sentirem-se mais seguros e logo mais confiantes. Não podendo ser considerada integralmente como *call center*, o serviço prestado vai porém na sua linha orientadora e funcional. Segundo Ferreira (2000), a função do *call center* é congregar todo o tipo de informação para que o cliente não tenha que se esforçar muito e seja servido da melhor forma, salientando que a informação é o ingrediente central nestas linhas telefónicas. Este desafio de proporcionar ao utente um serviço de fácil utilização, e que ao mesmo tempo lhe garantisse acesso à informação, foi assumido pelo laboratório ABBOTT. A opção de ser um enfermeiro a responder ao número verde proporcionou o acesso imediato à informação contextualizada em saúde, pretendida pelos doentes. Porém, a mesma autora refere que de nada vale dispor dos recursos tecnológicos mais avançados se quem atende a linha telefónica não estiver altamente preparado e motivado. Ferreira (2000), em jeito de brincadeira,

salienta que colocar maus profissionais no atendimento telefónico é como entregar um *Rolls-Royce* a um mau motorista. A motivação do profissional de enfermagem alocado a este serviço poderá então ter sido também um elemento facilitador para o sucesso da LTA.

Os *call centers* são fundamentais enquanto instrumentos de empoderamento do cidadão, defende Tavares da Cunha Filho (2002). Poderá ter interesse relembrar o conceito de empoderamento, o qual segundo a Ordem dos Enfermeiros, traduz um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos activos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, refere a mesma fonte.

Tavares da Cunha Filho (2002) salienta que sendo o empoderamento algo individual, não é possível sem a ligação a outros indivíduos, ou seja, todo o processo de empoderamento ocorre num contexto de diálogo e colaboração entre indivíduos, e entre estes e os profissionais que os acompanham.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) actualmente em vigor, concretamente na abordagem que faz à Gestão Integrada da Doença (GID), há que melhorar o acesso dos doentes crónicos, quer à informação que habilite a um melhor autocontrolo, quer a materiais que viabilizem a auto-vigilância da doença, capacitando os doentes para as decisões e, simultaneamente, aumentando o seu grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença. Ainda citando a mesma fonte, justifica-se a participação de estruturas próximas da comunidade como instrumentos fundamentais para a adopção de uma política de gestão da doença, fornecendo um apoio alargado, consistente e continuado, quer para a prevenção, quer para o tratamento das populações envolvidas. Ora a LTA, enquanto instrumento de empoderamento dos doentes, enquadra-se no descrito, promovendo a capacitação dos doentes. Por outro lado, o facto de este fármaco poder ser administrado ao domicílio e de para tal terem sido disponibilizados recursos de forma a atingir este objectivo com qualidade, promove o grau de responsabilidade do doente sobre a evolução da sua doença, indo ao encontro dos desafios lançados pela GID.

Daqui se pode concluir que na realidade a LTA contribuiu para o sucesso do processo de mudança, concretamente para o estabelecimento de tão necessários factores como a segurança, a confiança e o acompanhamento dos doentes, os quais potenciam o seu empoderamento. Porém, os prováveis progressos a nível do empoderamento dos doentes foram conseguidos por uma conjugação de outros factores para além da LTA – as características da nova Caneta Humira e a formação ministrada pelos enfermeiros.

Importa agora olhar para as conclusões até aqui apresentadas e **relacioná-las com as questões de investigações lançadas e os objectivos traçados** no início do estudo.

Foi obtida resposta relativamente à questão de investigação *Como decorreu a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg de SPC Humira para Caneta Humira?* Podemos afirmar que esta não apenas decorreu de forma positiva como pôde ser descrita na óptica dos doentes, dos enfermeiros e do enfermeiro-investigador que vivenciaram o processo.

Relativamente às outras questões, decorrentes da anterior e para as quais o presente estudo procurou resposta, pode concluir-se o seguinte:

- Ficou clara a importância da LTA para os doentes, como forma de lhes conferir segurança e apoio ao longo do processo de mudança;
- Foram identificadas, e descritas no capítulo anterior, as razões que justificaram o acesso à LTA;
- A formação individualizada foi definida por todos os sujeitos em estudo como essencial ao processo de mudança e como um dos pontos fundamentais para o sucesso do mesmo, a par com as características da nova Caneta e a possibilidade de dispor da LTA. O facto de o utente ser tratado com exclusividade e disponibilidade contribuiu para a adesão do mesmo à nova forma de administração de Adalimumab;
- A satisfação manifestada pelos sujeitos em estudo relativamente ao processo de mudança, concretamente à formação de que foram alvo, associada à ausência de dificuldades significativas na adaptação à nova Caneta, e apesar dos telefonemas recebidos pela LTA motivados por dúvidas de carácter técnico de utilização do novo dispositivo, levam a concluir que a formação ministrada foi ao encontro do desejado pelos utentes.

Pode assim dizer-se que se atingiu o objectivo geral do estudo, ou seja, após a realização deste estudo de caso é então possível compreender a adaptação ao processo de mudança da forma de administração de Adalimumab 40mg, na óptica dos doentes medicados com SPC Humira que passaram a utilizar a Caneta Humira, e dos enfermeiros em exercício profissional nos hospitais públicos do país implicados no processo.

Por seu lado, relativamente aos objectivos específicos traçados, conclui-se:

- Foi possível com este estudo descrever as situações que levaram os doentes em processo de conversão a recorrer à LTA;
- Estão identificados e descritos os benefícios da nova forma de administração de terapêutica na óptica dos doentes e dos enfermeiros submetidos ao processo de mudança, sendo que não existem dificuldades a destacar;

- Verificou-se, tendo em conta apenas os dados recolhidos junto dos sujeitos em estudo, que as lacunas na formação inicial ministrada aos doentes pelos profissionais de saúde envolvidos foram pouco evidentes, havendo porém registo de questões ao nível das condições de conservação da Caneta ao domicílio e do seu transporte em viagem. Não se consideram lacunas de formação a expressão de medos e receios de fazer a auto-administração, que se manifestou em dúvidas de operacionalização técnica da caneta, implicando uma validação do ensino através da LTA;
- A perspectiva do enfermeiro contratado pelo ABBOTT e os resultados obtidos junto de doentes e enfermeiros envolvidos no processo são convergentes.

6. CONCLUSÕES

Os objectivos inicialmente traçados e as questões de investigação lançadas para este estudo de caso foram respectivamente alcançados e respondidas.

Das conclusões descritas no capítulo anterior pode dizer-se que os dados recolhidos junto das três unidades de análise embutidas são concordantes, ou seja, os aspectos de particular importância são reforçados quando olhados pelos diferentes prismas apresentados. Destes aspectos poderemos salientar que o processo de mudança estudado se encontra dentro do descrito para processos de mudança de carácter social, enquadrando a definição de processo de inovação em Indústria Farmacêutica, sendo que não se encontrou literatura específica alusiva à vivência de processos de mudança de formas de administração de terapêutica. Importa sobretudo destacar que o processo de mudança em estudo decorreu de forma positiva e que para tal concorreram três aspectos concretos: as características da Caneta, a formação ministrada pelos enfermeiros e a LTA. Com o presente estudo ficaram claras as vantagens da LTA e é também evidente o facto de ser sido vantajoso para o processo a alocação a este serviço de um profissional de Enfermagem, conciliando dois importantes factores: disponibilidade e ser detentor de conhecimentos.

Algumas reflexões são exigidas.

Em primeiro lugar a importância de aspectos do foro psicológico em processos desta natureza. Para além das questões farmacológicas e relacionadas com a dinâmica da doença, importa reflectir sobre a importância de olharmos o individuo como um todo e sobre as vantagens, sobretudo em termos de adesão terapêutica e de melhoria da qualidade de vida dos utentes, que poderão advir com o recurso a técnicas tantas vezes simples que permitam a cada utente sentir-se único e alvo de atenção e cuidado. Recordemos a expressão de uma das utentes entrevistadas “Não é só dar medicamentos! Sabemos que são multinacionais que produzem e vendem os medicamentos mas temos de olhar para a pessoa que toma esses medicamentos.”

Relacionado com este aspecto poderemos também reflectir sobre o recurso a novas tecnologias ser ou não uma boa aposta de futuro. De facto vivemos num mundo onde é cada vez mais emergente estarmos inteirados dos novos recursos tecnológicos que temos ao nosso dispor, correndo o risco de “ficar para trás” se não o fizermos. Ora um doente crónico poderá já ter muitas razões para se sentir “para trás” num mundo onde a saúde e a qualidade de vida são temáticas prioritárias. Apoiar estes doentes com o recurso a novas tecnologias poderá contribuir para que estes se sintam não apenas mais integrados mas também mais autónomos. Procurar que estes doentes se desloquem menos aos serviços de saúde e vejam as suas questões respondidas de forma rápida e eficaz, ouso dizer, poderá diminuir o impacto negativo da doença sobre o doente. O telefone é já um instrumento com algumas décadas de existência. O telemóvel traça também uma já importante trajectória na história das telecomunicações. Recorrer a estes instrumentos, a estes recursos poderá garantir apostas de inovação.

Porém não basta apenas as tecnologias, importa ainda que a estas estejam associados factores de humanização. Será certamente diferente para um utente ser atendido por uma mensagem pré-gravada ou por alguém que com ele dialoga apenas com a distância da rede de comunicação. Parece pois essencial que a aposta nas novas tecnologias de comunicação não coloque de parte a importância da relação interpessoal, da humanização dos cuidados. Estes elementos foram particularmente bem combinados no processo de mudança que foi estudado, tendo-se porém perdido quando a LTA foi substituída pela actual modalidade existente.

Lança-se o desafio ao laboratório ABBOTT de reflectir sobre estes assuntos e, porque não, realizar o *briefing* final que não chegou a ocorrer. O desafio é extensivo à proposta de realização de um estudo que permita comparar a extinta LTA e o modelo de apoio telefónico actualmente existente, no sentido de garantir a satisfação dos utentes.

Não podendo os resultados obtidos no presente estudo de caso ser extrapolados para outras populações, ousa-se propor uma reflexão mais ampla. Num contexto de Saúde e Desenvolvimento, poderá ser interessante reflectir sobre de que forma este estudo pode contribuir para outras sociedades, as quais eventualmente possam até encontrar-se em estadios de desenvolvimento distintos do que se vive em Portugal. Se pensarmos por exemplo em povos onde já existe acesso a telemóvel e onde as distâncias que separam os utentes das unidades de saúde são vastas, se pensarmos na importância da formação em saúde e nos escassos recursos humanos que tantas vezes existem nestes locais, se pensarmos se poderiam ou não ser rentabilizados recursos como o telemóvel, os profissionais de enfermagem e a formação em saúde, provavelmente poderemos retirar contributos aplicáveis. Fica o desafio a quem queira reflectir sobre estas temáticas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, P. (2007). *Guia prático da estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ªEd.). Lisboa: Edições 70.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração pública: modernização, qualidade e inovação* (2ªEd.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Cardoso, G. (2005). Portugal: Uma sociedade em transição para a sociedade em rede. *Comunicação do Seminário A Sociedade em Rede e a Economia do Conhecimento: Portugal numa Perspectiva Global*. Lisboa.
- Carrasqueiro, S. (2007). Telemedicina, Onde estamos e para onde vamos. *Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação*. Lisboa
- Coutinho, C & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-244.
- Faria, P & Campos, A. (2005). A nova lei sobre informação de saúde, informação genética e biobancos – guia das disposições mais importantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 97-101.
- Ferreira, I. (2000). *Call center e Telemarketing*. Site Criativa Marketing & Solutions. Brasil, internet, http://www.criativamarketing.com.br/criativa/paginanoticias2.asp?cod_info=47&codigo=97&subarea=Call%20center%20e%20Telemarketing&fkenquete=0.
- Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3).
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ªEd.). Lisboa: Lusociência.
- Fortune, T. (2001). Telephone triage: an Irish view. *Accident and Emergency Nursing*, 9, 152-156.
- Freire, A. (2000). *Inovação - novos produtos, serviços, e negócios para Portugal*. Lisboa: Verbo.

- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - sentidos e formas de uso (1ª Ed.)*. Estoril: Principia.
- Hill, M. & Hill, A., (2005). *Investigação por questionário (2ªEd.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kemple, A., Baraff, L., Wall, S. & Gusy, J. (2000). Parental compliance with after hours telephone triage advice: Nurse advice service versus on-call pediatricians. *Clinical Pediatrics*, 106 (1), 226-230.
- Kempe, A., Dempsey, C., Whitefield, J., Bothner, J., MacKenzie, T. & Poole, S. (2000). Appropriateness of urgent referrals by nurses at a hospital - based pediatric call center. *Arch Pediatrics Adolescent Med*, 154, 355-360.
- Klein, J. & Gonçalves, A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10 (2), 113-120.
- Lee, T., Baraff, L., Gusy, J., Johnson, D. & Woo, H. (2003). Does telephone triage delay significant medical treatment. *Arch Pediatrics Adolescent Med*, 157, 635-641.
- Lee, T., Dempsey, C., Hegarty, T. & Frei, N. (2003). Reducing after-hours referrals by an after-hours call center with second level physicians triage. *Clinical Pediatrics*, 42 (7), 613-619.
- Leite, S. & Vasconcelos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3).
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2007). *Fundamentos de metodologia científica (2ªEd.)*. São Paulo: Editora Atlas.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320, 50-52.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, 2004-2010 (2 volumes)*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Morais, J. (2006). *Medicamento, Inovação e Sociedade*. Oração de Sapiência proferida na sessão de abertura do Ano Académico 2006/2007, Faculdade de Farmácia.
- O’Cathain, A., Webber, E., Nicholl, J., Munro, J. & Knowles, E. (2003). NHS direct: consistency of triage outcomes. *Emerg Med Journal*, 20, 289-292.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório de Desenvolvimento Humano de 2007/2008*. Genebra: WHO.

- Phipps, W., Long, B., Woods, N. & Cassmeyer, V. (2004). *Enfermagem médico-cirúrgica - conceitos e prática clínica* (4ªEd.) 2º Volume. Lisboa: Lusodidacta.
- Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative. *British Medical Journal*, 320, 114-116.
- Pope, C. & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care* (3ªEd.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Rogers, E. & Shoemaker F. (2003). *Communication of Innovations: across cultural approach*. (5ª Ed.) New York: Free Press
- Ryan, F., Coughlan, M. & Cronin, P. (2007). Step-by-step guide to critiquing research, part 2: qualitative research. *British Journal of Nursing*, 16(12), 738-744.
- Santos, C. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processos e Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, 1(2), 18-23
- Serrano, A. & Fialho, C. (2005). *Gestão do Conhecimento, o novo paradigma das organizações*. (3ªEd.). Lisboa: FCA – Editora de Informática.
- Tavares da Cunha Filho, H. (2002). *Os call centers, no contexto do sistema de informação e conhecimento em saúde para o cidadão, em Portugal e o caso do "saúde 24"*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Teixeira, A. & Brochado, A. (2005). Quando o SONHO se torna realidade... avaliação estatística do impacto das tecnologias de informação nos serviços de consulta externa hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 43-55.
- Tidd, J., Bessant, J. & Pavitt, K. (2003). *Gestão da inovação: integração das mudanças tecnológicas, de mercado e internacionais*. Lisboa: Monitor.
- Vieira, V. & Ohayon, P. (2006). Inovação em fármacos e Medicamentos: estado-da-arte no Brasil e políticas de Pesquisa e Desenvolvimento. *Revista Economia e Gestão*, 6(13).
- Yin, R. (2003). *Case Study Research – Design and Methods* (3ª Ed). California: SAGE Publications.

ANEXOS

- I. Guião da entrevista de episódio efectuada ao enfermeiro ABBOTT
- II. Guião da entrevista semi-estruturada efectuada a doentes
- III. Questionário semi-estruturado aplicado a enfermeiros
- IV. Quadro Sinóptico – questionário
- V. Documento proposto pelo laboratório ABBOTT para registo de telefonemas
- VI. Documento proposto pelo laboratório ABBOTT para registo de actividade formativa
- VII. Grelhas de análise