



Michael David Lameiras dos Santos

Análise Qualitativa de Entrevistas Estruturadas

Monografia realizada no âmbito da unidade de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Michael David Lameiras dos Santos

Análise Qualitativa de Entrevistas Estruturadas.

Monografia realizada no âmbito da unidade de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Declaração de Integridade

Eu, Michael David Lameiras dos Santos, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2012119911, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra | 4 de julho de 2016.

Assinatura

(Michael David Lameiras dos Santos)

Orientadora da Dissertação

(Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo)

O Estagiário

(Michael David Lameiras dos Santos)

Agradecimentos

A monografia assume-se como o culminar de mais uma etapa da minha vida académica e, assim sendo, é chegado o momento de agradecer às pessoas que estiveram ao meu lado nesta fase e que sempre me apoiaram.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Isabel Vitória a forma carinhosa como sempre me tratou, a muita paciência, o apoio incondicional o bom trato, o respeito o ter-me ajudado a ser melhor, a atenção que sempre teve e sobretudo a palavra amiga em momentos-chave. Professora: Muito Obrigado!

Agradeço também à Professora Doutora Margarida Castel-Branco a paciência, carinho, amizade, apoio e as palavras amigas durante esta fase, complicada, mas especial da minha vida. Obrigado Professora!

Agradeço à Fundação Aurélio Amaro Diniz e sobretudo à equipa do Laboratório todo o suporte e apoio que me deram ao longo desta etapa.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e a todos os Colegas e Professores do curso, por me terem recebido e tratado de uma forma extraordinária, pelo apoio durante estes anos e pela forma recetiva como me receberam sempre.

Agradeço à minha família e muito em especial à minha Esposa pela paciência, pelo esforço, pelo apoio, por ter aguentado o barco como aguentou em fases muito complicadas. A ti, Teresa, obrigado por sempre acreditares em mim e por estares sempre ao meu lado.

Por último, e porque já está junto de nós, agradeço ao meu filho Afonso, por ter sido a minha fonte de inspiração, de força, de motivação e de querer. Obrigado meu Filho!

Abreviaturas

NPT – *Normalization Process Theory*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SIMPATY – *Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly*

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

Agradecimentos	iv
Abreviaturas	v
Resumo	1
Abstract	2
1. Análise Qualitativa	3
1.1. Análise Qualitativa comparada com a Análise de Dados Quantitativa	4
1.2. Técnicas de Análise de Dados Qualitativos	5
1.3. Documentação	6
1.4. Conceptualização, codificação e categorização	6
1.5. Validação das Conclusões	7
2. Projeto “Simpathy”	8
3. Teoria do processo de normalização	9
4. Os 8 passos de Kotter para a mudança de gestão	10
5. Estudo de caso	13
5.1. Objetivo principal do SIMPATHY	13
5.2. Objetivos do estudo de caso	13
5.3. Metodologia	14
5.4. Codificação das entrevistas	15
5.4.1. Implementação do Programa de gestão da polimedicação – NPT	16
5.4.2. Estratégias de Gestão da Mudança – Teoria de Kotter	19
5.5. Síntese do estudo de caso	22
6. Conclusão	24
Bibliografia	25

Resumo

O uso de entrevistas em avaliações qualitativas é um tema recorrente e ainda polémico nas discussões académicas, uma vez que se trata de um procedimento de recolha de informações que muitas vezes é utilizado de forma menos rigorosa do que seria desejável. Cabe aos investigadores que fazem uso de entrevistas explicitar as regras e pressupostos teórico/metodológicos que norteiam o seu trabalho, de modo a ampliar o debate acerca da necessária definição de critérios para avaliação de confiabilidade de pesquisas científicas que lançam mão desse recurso.

Algumas características básicas identificam os estudos denominados “qualitativos”. Segundo esta perspetiva, um fenómeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspetiva integrada. Para tal, o investigador identifica o fenómeno em estudo e a partir da perspetiva das pessoas nele envolvidas considera todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são recolhidos, analisados e codificados para que se entenda a dinâmica do fenómeno. Partindo de questões amplas que se vão esclarecendo no decorrer da investigação, o estudo qualitativo pode, no entanto, ser conduzido através de diferentes caminhos.

A última década assistiu a um interesse considerável no desenvolvimento e avaliação de complexas intervenções para melhorar a saúde. Essas intervenções só têm impacto significativo na saúde e cuidados de saúde se forem eficazes e capazes de ser largamente implementadas e normalizadas na rotina.

No contexto do projeto “SIMPATY” utilizou-se este tipo de estudo qualitativo, de forma a “estimular, promover e apoiar a inovação em toda a UE na gestão da polimedicação e a adesão adequada em idosos.” Com esta avaliação espera-se contribuir para um sistema de saúde mais eficiente e sustentável e melhorar os resultados do impacto na saúde e qualidade de vida de doentes com multimorbilidade.

Após a codificação de várias fontes de informação (entrevistas a intervenientes) realizada no âmbito do projeto SIMPATY chegou-se à conclusão que Portugal carece de qualquer programa de gestão da polimedicação e não tem perspetivas de existência de qualquer programa num futuro próximo.

Palavras-chave: Análise qualitativa, Kotter, NPT, polimedicação, SIMPATY.

Abstract

The use of interviews in qualitative assessments is a recurring theme, and still controversial in academic discussions, once is a procedure of gathering information that is often used less strictly than would be desirable. It is up to researchers who make use of interviews, explaining the rules and theoretical / methodological assumptions that guide their work in order to extend the debate about the necessary definition of criteria for evaluating reliability of scientific research who use this feature.

Some basic characteristics identify studies known as "qualitative". According to this perspective, a phenomenon can be better understood in the context which it occurs and of which it is part and should be analyzed in a integrated perspective. To this end, the investigator identifies the phenomenon under study and from the perspective of the people involved, considers all relevant points of view. Various types of data are collected, analyzed and coded in order to understand the dynamics of the phenomenon. Starting from broad questions that will clarify the course of the investigation, qualitative study may, however, be conducted through different paths.

The last decade has seen considerable interest in the development and evaluation of complex interventions to improve health. These interventions only have significant impact on health and health care if they are effective and able to be widely implemented and standardized in routine.

In the context of the project "SIMPATY", we used this type of qualitative study, in order to "encourage, promote and support innovation across the EU in the management of polypharmacy and appropriate adherence in the elderly." This evaluation is expected to contribute to a health care system more efficient and sustainable and improve the impact of the results on the health and quality of life in patients with multimorbidity.

After encoding several sources of information (interviews with stakeholders) carried out under the project SIMPATY we came to the conclusion that Portugal lacks any polypharmacy management program and has no existence prospects of any program in the near future.

Keywords: Kotter, NPT, polypharmacy, qualitative analysis, SIMPATY.

I. Análise Qualitativa

A análise qualitativa tem como objetivo fornecer uma compreensão profunda das experiências dos intervenientes envolvidos, das suas perspetivas e histórias no contexto das suas experiências pessoais^[1]. O foco no texto e não nos números é a característica mais importante na avaliação qualitativa. O "texto" que os investigadores analisam mais frequentemente são as transcrições de entrevistas ou as notas de sessões de observação; no entanto, o texto também pode referir-se à imagem ou a imagens que os intervenientes envolvidos examinam.

O investigador de análises de dados qualitativos pode ter dois objetivos diferentes: alguns vêem a análise de um texto como uma maneira de entender o que os intervenientes "realmente" pensam, sentem ou fizeram em algumas situações ou em algum ponto no tempo. O texto torna-se uma maneira de obter, "por trás dos números" que são registados numa análise quantitativa, a riqueza da experiência social real. Outros investigadores utilizam a análise qualitativa para adotar uma perspetiva hermenêutica de textos, isto é, uma perspetiva que vê um texto como uma interpretação que nunca pode ser avaliada como verdadeira ou falso. O texto é apenas uma interpretação possível entre muitas^[2]. A partir de uma perspetiva hermenêutica, o investigador constrói uma "realidade" com as suas interpretações de um texto fornecido pelos sujeitos da pesquisa; outros investigadores, com diferentes origens, podem vir a ter diferentes conclusões^[2].

Os analistas de dados qualitativos procuram descrever os seus dados textuais de maneira a captarem o ambiente ou os intervenientes que produziram o texto nos seus próprios termos, em vez de termos e hipóteses pré-definidas. O que isto significa é que a análise de dados qualitativos tende a ser indutiva – o analista identifica categorias importantes nos dados, bem como padrões e relações, através de um processo de descoberta. Frequentemente não são predefinidas medidas ou hipóteses. Os antropologistas definem esta abordagem como sendo um foco émico, o que significa que a configuração da interpretação é em torno dos intervenientes e do seu ponto de vista, ao invés de um foco ético, em que a configuração da interpretação é em torno dos termos que o investigador traz para o estudo através dos seus intervenientes.

Entre muitas características distintas, a avaliação qualitativa é caracterizada: por uma preocupação em explorar fenómenos a partir da perspetiva daqueles que estão a ser alvo de estudo; pela utilização de métodos não estruturados que são sensíveis ao contexto social do estudo; pela recolha de dados que são detalhados, ricos e complexos; por um processo mais indutivo do que dedutivo; por responder a questões como "o que é?", "como?" e "porquê?".

Emprega uma variedade de métodos, incluindo: entrevistas exploratórias; *Focus Group*; observação; conversa, discurso e análise narrativa; análise de vídeo e documental.

Uma boa análise qualitativa dos dados distingue-se pelo seu foco nos aspetos que inter-relacionam o contexto social dos eventos e grupo ou pessoa sob investigação – o caso – em vez de dividir o todo em partes separadas. O todo é sempre entendido como maior do que a soma das suas partes, e assim o contexto social dos eventos, pensamentos e ações tornam-se essenciais para a interpretação. A análise qualitativa dos dados é um processo iterativo e reflexivo que começa assim que os dados estão a ser recolhidos e não após o fim da recolha de dados^[3]. Ao lado das suas notas ou transcrições das entrevistas, o analista anota ideias sobre o significado do excerto do texto e em como este pode estar relacionado com outras questões. Este processo de leitura e interpretação dos dados continua durante todo o projeto.

A colocação de um intérprete no campo para observar o funcionamento do caso serve para registar objetivamente o que está a acontecer mas, simultaneamente, examina o seu significado e redireciona a análise para refinar ou fundamentar as questões da investigação iniciais, podendo estas ser modificadas ou mesmo substituídas no meio do estudo de caso pelo investigador. O objetivo é entender completamente o caso e se as perguntas iniciais não estão a funcionar novas questões tornam-se pertinentes e o *design* é alterado^[3].

A avaliação qualitativa é utilizada antes da elaboração de políticas, por exemplo, para analisar uma questão ou problema que é mal compreendido ou para informar o tipo de intervenção necessária. Um outro uso é para ajudar a desenvolver critérios avaliativos onde estes são pouco claros ou onde critérios alternativos são procurados^[1].

1.1 Análise Qualitativa comparada com a Análise de Dados Quantitativa

Com o processo de análise qualitativa em mente vamos rever as muitas maneiras em que a análise de dados qualitativa difere da análise quantitativa^{[2][4]}.

Cada diferença reflete uma orientação mais profunda dos analistas de dados qualitativos, uma compreensão mais abrangente na qual o analista é um participante ativo em comparação com o papel de investigador imparcial dos analistas de dados quantitativos nas relações específicas entre variáveis discretas^[5]:

- Um foco sobre os significados, em vez de nos fenómenos quantificáveis;
- Recolha de muitos dados sobre alguns casos, em vez de poucos dados sobre muitos casos;

- Estudo em profundidade e detalhe, sem categorias ou direções predeterminadas, ao invés da ênfase em análise e categorias previamente determinadas;
- Conceção do investigador como um "instrumento", em vez de *designer* de instrumentos objetivos para determinar variáveis;
- Sensibilidade para o contexto no lugar de procurar generalizações universais;
- Atenção para o impacto do investigador e outros valores no curso da análise, no lugar de presumir a possibilidade da livre investigação;
- O objetivo de obter descrições ricas do mundo, ao invés da medição de variáveis específicas.

Existem também recursos na análise de dados qualitativos que são compartilhados com a análise quantitativa. Tanto a análise de dados qualitativa como quantitativa podem envolver a realização de avaliações sobre dados textuais. No entanto, é importante referir que os dados textuais podem ser transpostos para dados quantitativos através de um processo de categorização. Alguns analistas qualitativos compartilham com analistas quantitativos a meta positivista que consiste em descrever melhor o mundo como ele "realmente" é, enquanto outros adotaram um objetivo pós-moderno que consiste em tentar entender como o mundo é visto e como faz sentido no ponto de vista de diferentes pessoas, sem acreditar que há uma descrição "correta"^[5].

1.2 Técnicas de Análise de Dados Qualitativos

A análise das anotações obtidas na avaliação qualitativa começa no campo, quer no momento da observação, da entrevista, ou em ambos os momentos, conforme o investigador consiga identificar problemas e conceitos que possam ser suscetíveis de ajudar a compreender a situação. A simples leitura de anotações ou transcritos é um passo importante no processo analítico. Os investigadores devem fazer anotações frequentes nas margens para identificar declarações importantes e propor formas de codificação dos dados.

Uma fase intermédia pode consistir em listar os conceitos refletidos nas notas e elaborar um diagrama com as relações entre os conceitos^[6]. Em grandes projetos, reuniões semanais da equipa de investigação são uma parte importante neste tipo de processos.

Em suma, as diferentes técnicas que são compartilhadas pela maioria das abordagens de análise de dados qualitativos são:

1. Documentação dos dados e o processo de recolha de dados;
2. Organização / categorização dos dados em conceitos;
3. Ligação dos dados para mostrar como um conceito pode influenciar outro;

4. A corroboração / legitimação, através da avaliação de explicações alternativas e a busca de casos negativos;

5. O relatar dos resultados.

1.3. Documentação

Os dados de um estudo qualitativo na maioria das vezes são notas obtidas no terreno ou durante uma entrevista – da qual os comentários, observações e sentimentos originais são transcritos, a partir de fitas áudio.

Muitos projetos de investigação abrandam porque um investigador que seja inexperiente é dominado pela quantidade de informação que é muitas vezes recolhida. A entrevista de 1 hora pode dar origem a 20-25 páginas de texto^[7]. A análise é menos assustadora, no entanto, se o investigador mantiver uma transcrição disciplinada.

A primeira etapa formal da avaliação qualitativa é a documentação. Os vários contactos, entrevistas, documentos escritos e seja o que for que preserva um registo do que aconteceu tem de ser guardado e listado. A documentação é fundamental para a análise qualitativa por várias razões: é essencial para manter o controlo do rápido volume crescente de notas, fitas e documentos; ela fornece uma forma de desenvolver e delinear o processo analítico; ela incentiva a conceptualização e a estratégia em curso sobre o texto^[8].

1.4. Conceptualização, codificação e categorização

Identificar e refinar conceitos importantes é uma parte fundamental do processo iterativo da pesquisa qualitativa. Por vezes, conceitualizar começa com uma simples observação que é interpretada diretamente e seguida da organização dos novos conceitos de maneira mais significativa. O foco nesta conceptualização "em tempo real" é o de proporcionar uma descrição detalhada do que foi observado e um sentido do porque é que isso era importante. Mais frequentemente, ideias analíticas são postas à prova perante novas observações que são realizadas. Desta forma, os problemas e conceitos iniciais são refinados. O investigador, em seguida, recolhe mais dados, interage com os dados novamente e o processo continua^[5].

A codificação é descrita por Gibbs da seguinte forma: "Como é que o investigador define os dados que está prestes e analisar? Trata-se de identificar e registar uma ou mais passagens de um texto ou outros itens de dados, tal como partes de fotografias que, de um certo modo, exemplificam a mesma ideia teórica ou descritiva."^[9] Normalmente, diversas passagens são identificadas e são então associadas a um nome atribuído para esse tipo de ideia - o código; assim, todo o texto e assim por diante, que é aproximadamente a mesma

coisa ou exemplifica a mesma coisa é codificado com o mesmo nome. A codificação é uma forma de indexação ou categorização do texto, a fim de estabelecer um quadro de ideias temáticas sobre isso^[9].

Neste trabalho, como poderemos ver adiante, foram utilizadas duas técnicas de codificação: a estratégia de Kotter e a teoria do processo de normalização (NPT – *Normalization Process Theory*).

1.5. Validação das Conclusões

Não existem normas estabelecidas para avaliar a validade ou autenticidade das conclusões de um estudo qualitativo. No entanto, o cuidado que se deve ter com as provas e métodos em que se baseiam as conclusões é tão grande como em qualquer outro tipo de pesquisa. As informações individuais podem ser avaliadas tendo em conta pelo menos três critérios^[10]:

1. Qual a credibilidade do interveniente? As declarações foram feitas por alguém com quem o investigador tinha uma relação de confiança ou por alguém que o investigador tinha acabado de conhecer? Será que o interveniente tem motivo para mentir? Se as declarações não parecerem ser confiáveis como indicadores de eventos reais, elas podem pelo menos ser usadas para ajudar a compreender a perspetiva do interveniente?

2. Foram declarações feitas em resposta às perguntas do investigador, ou eram espontâneas? As declarações espontâneas são mais propensas a indicar o que teria sido dito caso o investigador não estivesse presente.

3. Como é que a presença ou ausência do investigador ou de um interveniente influencia as ações e declarações de outros membros do grupo? A reatividade resultante do facto de estar a ser observado nunca pode ser descartada, pois pode ser uma possível explicação para algum fenómeno social diretamente observado. No entanto, se o investigador comparar com cuidado o que o interveniente diz quando o investigador não está presente, o que observa diretamente e o que outros membros do grupo dizem sobre as suas práticas normais, a extensão de reatividade pode ser avaliada, em certa medida.

As conclusões a que um investigador qualitativo chega também devem ser avaliadas pela sua capacidade em dar uma explicação credível para alguns aspetos da vida social. Essa explicação deve incluir o conhecimento tácito dos membros do grupo dos processos sociais que eram observados e não apenas as suas declarações verbais sobre esses processos. O conhecimento tácito é refletido nas ações dos intervenientes bem como nas suas palavras e nas suas falhas^[11].

Comparar conclusões de um projeto de pesquisa qualitativa com conclusões que outros investigadores obtiveram durante a realização de projetos similares também pode aumentar a confiança na sua autenticidade.

2. Projeto “Simpathy”

O projeto SIMPATHY, financiado pelo terceiro programa de saúde europeu, conta com a participação ativa de médicos e farmacêuticos da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa, entre outros parceiros europeus, e visa “estimular, promover e apoiar a inovação em toda a UE na gestão da polimedicação e a adesão adequada em idosos.”^[12]. Como consórcio, o grupo de investigadores realiza análises documentais, entrevistas, *focus group* e uma revisão sistemática envolvendo vários grupos de intervenientes que compartilham uma visão com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde nos idosos^[12]. Os profissionais de saúde, decisores políticos e estratégias de saúde e demais partes interessadas foram convidados a juntar-se à nossa base de dados.

O consórcio foi criado para enfrentar alguns dos desafios trazidos pelo envelhecimento da população. Dez organizações de toda a Europa trabalham juntas para melhorar a prestação de serviços de saúde e a gestão sustentável dos medicamentos entre os idosos.

O projeto SIMPATHY aborda estas questões e tem como objetivo proporcionar a necessária mudança nas abordagens e ferramentas de gestão para ajudar a gerir a polimedicação e a adesão à terapêutica. O projeto é liderado pelo governo escocês, que está na vanguarda para fazer mudanças na orientação de saúde e ser pioneiro em algumas das ideias mais avançadas nesta área dos cuidados de saúde^[12].

As consequências do envelhecimento da população na Europa, a prescrição de múltiplos medicamentos e a gestão da polimedicação precisam urgentemente de ser consideradas e é também necessário encontrar melhores formas de gestão. A farmacoterapia segura e eficaz continua a ser um dos maiores desafios em medicina geriátrica. As implicações para a implantação segura, eficiente e eficaz dos recursos de saúde e sustentabilidade são significativas, tanto na saúde e nas perspetivas sociais como no custo dos medicamentos.

No contexto deste projeto procedeu-se a uma avaliação qualitativa. O objetivo das entrevistas com intervenientes-chave foi o de adicionar profundidade à análise documental, lançando luz sobre a forma como as políticas e procedimentos escritos estão a ser implementadas, ou não implementadas, conforme o caso. Um objetivo secundário das entrevistas é preencher buracos a partir da análise documental, mas o objetivo principal é

ouvir as vozes dos decisores políticos e profissionais que trabalham diariamente com os materiais na análise documental.

Para a realização da codificação das principais perguntas das entrevistas com os intervenientes, foram utilizadas as teorias Kotter's e NPT que serviram de base à minha análise e que descreverei mais adiante. Foi empregue uma abordagem dedutiva descrita por Kotter e pela NPT que acreditamos que deve estar presente, se um programa for ou quiser ser bem-sucedido. Além disso, se os elementos de qualquer uma das duas teorias não estiverem presente, isso vai destacar que o trabalho precisa de ser feito em relação à política e ao desenvolvimento na prática.

3. Teoria do processo de normalização

A Teoria do Processo de Normalização (NPT) identifica os fatores que promovem e inibem a incorporação de intervenções complexas na rotina diária^{[15][16]}. Ela também explica como é que estas intervenções funcionam, olhando não só para a sua aplicação antecipada, mas para o ponto onde a intervenção está tão incorporada na prática diária que "desaparece" do ponto de vista (isto é, está normalizada). A NPT é na realidade uma teoria da ação, o que significa que ela está mais preocupada com a explicação do que as pessoas fazem em vez de se focar nas suas atitudes ou crenças. A normalização não é irrevogável: as práticas podem ser desnormalizadas. Nem sempre a normalização é necessariamente desejável: a abundância de práticas ineficazes ou ineficientes são amplamente normalizadas (como por exemplo a prescrição excessiva de antibióticos)^[17]. A NPT concentra-se no trabalho que indivíduos e grupos fazem para permitir que uma intervenção se torne normalizada.

Há quatro componentes principais para a NPT: *coerência* (ou tomada de sentido); *participação cognitiva* (ou envolvimento); *ação coletiva* (trabalho feito para permitir que a intervenção aconteça); e *monitorização reflexiva* (avaliação formal e informal dos benefícios e dos custos da intervenção). Estes componentes não são lineares, mas têm uma relação dinâmica entre si e com o contexto mais amplo da intervenção, como o contexto organizacional, estruturas, normas sociais, processos de grupo e convenções. Neste trabalho, o papel da NPT foi sobretudo ajudar no desenvolvimento, avaliação e implementação de uma intervenção complexa, como é a da implementação de um sistema de gestão da polimedicação.

É importante distinguir claramente entre a intervenção (que continuaria se fosse posteriormente implementada) e a avaliação da intervenção (o qual não iria continuar). Ambas podem ser analisadas usando a NPT.

O objetivo da pesquisa em intervenções complexas é melhorar a saúde. Isso requer primeiro que os investigadores assegurem que as intervenções que desenvolvem e avaliam possam ser amplamente implementadas e segundo as suas avaliações forneçam avaliações definitivas de eficácia e efetividade^[15]. A NPT permite ajudar com ambas as tarefas. Além disso, a NPT reconhece que a saúde é uma atividade coletiva que exige uma multiplicidade de interações entre profissionais, doentes, gestores e outros. Uma intervenção que parece afetar apenas um indivíduo ou grupo pode, de uma forma mais exigente, criar uma cadeia bem-sucedida de interações. A NPT não vai resolver estes problemas, mas pode ajudar a identificar como é que as ligações entre os participantes pode ser melhorada pela intervenção e como é que a intervenção pode ser modificada para suportar estas interações.

A NPT é uma nova teoria, que oferece aos autores de estudos algo que até agora tinha estado em falta: um quadro coerente que pode ser utilizado para descrever o potencial da aplicação, mas também, sobretudo, para projetar e melhorar as intervenções complexas. Por esta razão, valeu a pena construir um corpo empírico de trabalho para testar a NPT na prática. Muitos ensaios deixam de ter um impacto na prática^[18], uma situação que não vai mudar a menos que as intervenções sejam desenvolvidas com um quadro teórico explícito.

4. Os 8 passos de Kotter para a mudança de gestão

Trinta anos de pesquisa liderados pelo Dr. John Kotter têm demonstrado que 70% de todos os principais esforços de mudança em organizações falham. Porque é que eles não conseguem? Porque as organizações muitas vezes não adotam uma abordagem global necessária para ver completamente a mudança.

No entanto, seguindo o processo de 8 etapas descritas por Kotter, as organizações podem evitar o fracasso e tornar-se adeptas da mudança. Ao melhorar a sua capacidade de mudança, as organizações podem aumentar as suas hipóteses de sucesso, tanto hoje como no futuro. Sem essa capacidade de se adaptar de forma contínua as organizações não podem prosperar. Kotter tem provado ao longo dos seus anos de pesquisa que o processo de 8 passos para a mudança principal ajuda as organizações a ter sucesso num mundo em constante mudança.

Os 8 passos para a mudança e que serviram também para codificar as entrevistas como poderemos ver no caso prático descrito posteriormente são^[19]:

Passo 1: *Criar um sentido de urgência* – Ajudar os outros a sentir uma forte determinação para mover-se e ganhar. Muitas vezes o que acontece é que a pressa de fazer um plano é tanta que a maioria das empresas ignoram este passo – na verdade, cerca de 50% das empresas que não conseguem fazer a mudança necessária cometem os erros no início. Os líderes podem subestimar o quão difícil é conduzir as pessoas para fora das suas zonas de conforto, ou superestimar o grau de sucesso, ou simplesmente não têm a paciência necessária para desenvolver as diligências necessárias. Os líderes que entendem a importância de um sentido de urgência são bons em tomar o pulso da sua empresa e a determinar o estado da organização.

Passo 2: *Criar uma equipa de liderança* – Juntar um grupo com poder suficiente para liderar a mudança. Nenhuma pessoa, não importa quão competente seja, é capaz de, sozinha: desenvolver a visão corretamente; comunicá-la para um grande número de pessoas; eliminar todos os obstáculos-chave; gerar ganhos a curto prazo; liderar e gerir dezenas de projetos de mudança; e ancorar novas abordagens profundas na cultura de uma organização. Criando a aliança certa para liderar uma iniciativa de mudança é fundamental para o seu sucesso. Essa aliança tem de ter a composição correta, um nível significativo de confiança e um objetivo comum.

Passo 3: *Desenvolver uma visão de mudança* – Esclarecer como o futuro será diferente do passado. Uma visão clara serve três propósitos importantes: simplifica centenas ou milhares de decisões, motiva as pessoas a agir na direção certa, mesmo se os primeiros passos forem “dolorosos” e ajuda a coordenar as ações de diferentes pessoas de forma extremamente rápida e eficiente. Uma visão clara e poderosa vai fazer muito mais eficaz do que um decreto autoritário. Muitas vezes, a visão é parte de um sistema maior que inclui estratégias, planos e orçamentos. Uma boa visão pode exigir sacrifícios a fim de criar um futuro melhor para todos os interessados. A visão deve fornecer uma orientação real e deve estar focada, ser flexível e fácil de se comunicar. Deve inspirar e orientar a ação e ser transmissível.

Passo 4: *Comunicar constantemente a Visão* – Garantir que o maior número possível de pessoas compreenda e aceite a visão. Ter um bom entendimento e comprometer-se com uma nova direção nunca é uma tarefa fácil, especialmente em organizações complexas. Para ser eficaz, a visão deve ser comunicada em atividades de hora em hora. A visão deverá ser comunicada através de correio eletrónico, em reuniões, em apresentações e em qualquer lugar. Os executivos devem usar cada canal de comunicação eficaz para transmitir a visão. Reuniões trimestrais ritualísticas e enfadonhas são transformadas em discussões interessantes sobre a transformação. Ao comunicar a visão há algumas coisas que é

necessário manter em mente. A visão deve ser simples, brilhante, repetitiva e apelativa. As ações falam mais alto do que as palavras. Ainda mais importante do que o que é dito é o que é feito: nada enfraquece um programa de comunicação mais rapidamente do que ações inconsistentes de liderança.

Passo 5: Capacitar ações de base alargada – Remover tantas barreiras quanto possível e desencadear as pessoas a fazer o seu melhor trabalho. Os obstáculos estruturais são muitas vezes estruturas internas que estão em desacordo com a visão de mudança. Muitas vezes estas são as barreiras mais difíceis de ultrapassar, porque são parte da estrutura interna da empresa. Realinhar os incentivos e as avaliações de desempenho para refletir a visão de mudança pode ter um efeito profundo sobre a capacidade de realizar a visão de mudança. Outra barreira para uma mudança efetiva podem ser os supervisores problemáticos. Muitas vezes, estes gestores têm dezenas de hábitos inter-relacionados que se somam a um estilo de gestão que inibe a mudança. Eles podem não comprometer ativamente o esforço, mas simplesmente não são "programados" para ir junto com o que a mudança requer. Muitas vezes, agentes de mudança entusiastas recusam-se a enfrentar essas pessoas. Por vezes, os gestores inventam estratégias elaboradas ou tentativas de manipulação de lidar com essas pessoas. Normalmente, a melhor solução é o diálogo honesto.

Passo 6: Gerar ganhos de curto prazo – Criar sucessos visíveis e sem ambiguidades o mais rapidamente possível. Para os líderes no meio de um esforço de mudança a longo prazo, vitórias a curto prazo são essenciais. Executar um esforço de mudança, sem atenção ao desempenho a curto prazo é extremamente arriscado. Para garantir o sucesso, vitórias de curto prazo devem ser visíveis e inequívocas. As vitórias também devem estar claramente relacionadas com o esforço de mudança. Tais vitórias fornecem evidências de que os sacrifícios que as pessoas estão a fazer estão a valer a pena. Isso aumenta o sentido de urgência e o otimismo de quem está a fazer o esforço para mudar. Estas vitórias também servem para premiar os agentes de mudança, fornecendo *feedback* positivo que aumenta a moral e motivação. As vitórias também servem ao propósito prático de ajudar a afinar a visão e as estratégias. Claras melhorias no desempenho tornam difícil para as pessoas bloquearem a mudança necessária. Finalmente, vitórias a curto prazo têm uma maneira de criar uma dinâmica que transforma as pessoas neutras em defensores e apoiantes relutantes em ajudantes ativos.

Passo 7: Nunca desistir – consolidar os ganhos – Consolidar os ganhos e produzir mais mudanças. A resistência está sempre à espera nos bastidores, para se reafirmar. Mesmo que seja bem-sucedido numa fase inicial, deve-se ter sempre em conta as resistências que esperam por uma oportunidade de surgir quando menos se espera. As consequências do

relaxamento podem ser muito perigosas. Sempre que se relaxar antes do trabalho ser feito pode-se perder o momento crítico e a regressão pode surgir. Os novos comportamentos e as novas práticas devem ser inculcadas na cultura para garantir o sucesso a longo prazo. A liderança é inestimável para a mudança sobreviver. Em vez de declarar vitória e seguir em frente, estes líderes transformacionais lançam mais e mais projetos para impulsionar uma mudança mais profunda na organização. Eles também vão ter o tempo para garantir que todas as novas práticas são firmemente enraizadas na cultura da organização.

Passo 8: Incorporar as alterações na cultura organizacional – As novas práticas devem ter raízes profundas, a fim de permanecer firmemente plantadas na cultura. A cultura é composta por normas de comportamento e valores compartilhados. Essas forças sociais são incrivelmente fortes. Cada indivíduo que se junta a uma organização é doutrinado na sua cultura, em geral, mesmo sem perceber. A sua inércia é mantida pelo grupo coletivo de empregados ao longo de anos e anos. As mudanças – sejam consistentes ou inconsistentes com a velha cultura – são difíceis de enraizar. É por isso que a mudança cultural vem no passo 8 e não no passo 1. Algumas regras gerais sobre a mudança cultural incluem: a mudança cultural vem por último, não em primeiro lugar; capacidade de provar que a nova forma é superior à antiga; o sucesso deve ser visível e bem comunicado; é necessário reforçar as novas normas e valores, com incentivos e recompensas – incluindo promoções; reforçar a cultura com cada novo funcionário. Tradição é uma força poderosa. Nós mantemos a mudança no lugar criando uma forte cultura organizada e solidária.

5. Estudo de caso

5.1. Objetivo principal do SIMPATHY

O objetivo primordial do projeto SIMPATHY é estimular e apoiar a inovação em toda a UE na gestão da polimedicação e a adesão em idosos, com um foco específico na abordagem à polimedicação inadequada, fornecendo abordagens à necessária mudança e ferramentas de gestão^[20]. O consórcio planeia atingir isso através de um programa de trabalho que irá fornecer estudos de caso em diferentes ambientes. Cuidadosamente escolhidas e orientadas algumas atividades de divulgação serão implementadas para estimular e apoiar a inovação necessária para enfrentar este grande desafio da saúde na UE.

5.2. Objetivos do estudo de caso

O objetivo do estudo de caso é compreender que tipos de programas foram desenvolvidos para atender às necessidades dos doentes idosos com polimedicação dentro

dos diferentes sistemas de saúde, para desta forma mapear a estrutura, o processo e os resultados das políticas e práticas a nível nacional, regional e institucional.

O objetivo da pesquisa nos estudos de caso é triplo: em primeiro lugar, entender e descrever (mapa) o que é que existe relativamente a programas de gestão de polimedicação; em segundo lugar, entender como é que esses programas foram desenvolvidos, implementados e sustentados; em terceiro lugar, entender porque é que esses programas foram desenvolvidos sob a forma que existem (a lógica subjacente).

É importante notar que este exercício não se destina a avaliar a eficácia ou a eficiência destes programas ou determinar qual é a prática recomendada, mas sim identificar as ferramentas a implementar.

O foco desses estudos de caso será ao nível da política, o que certamente afetará os doentes individualmente, mas não vai concentrar-se em estudos de caso de doentes. O doente e a opinião pública são fatores importantes para a implementação das políticas.

Os principais objetivos do programa de gestão da polimedicação e da sua adesão podem incluir: reduzir inadequada polimedicação; melhorar a adesão dos doentes à terapêutica crónica; reduzir internamentos associados a medicamentos inapropriados usados na população mais idosa.

5.3. Metodologia

A metodologia deste estudo de caso é um conjunto sistemático de procedimentos que fornece uma compreensão detalhada de um evento específico, nesta situação, o desenvolvimento e implementação de programas de polimedicação e sua adesão. Um aspeto do estudo de caso que o torna particularmente apropriado para os objetivos do SIMPATHY é que ele permite ao investigador examinar o contexto em torno do caso. No caso do SIMPATHY isso significa não apenas examinar os componentes específicos de uma revisão de medicamentos, mas também olhar para outros fatores que facilitariam o desenvolvimento e implementação destes programas, tais como cultura organizacional, questões económicas e estratégias de gestão. Este estudo de caso emprega uma conceção de múltiplos casos com uma única unidade de análise. No caso do SIMPATHY, isto significa que a análise tem lugar a nível nacional ou regional, de modo a que a análise holística englobe cada instituição incluída no seu caso.

Outra peça fundamental deste projeto de investigação é identificar a teoria subjacente ao projeto e análise. Os programas de polimedicação são intervenções complexas e os relatórios relativamente a estas intervenções foram sujeitos a descrições pouco claras^[21]. A fim de articular claramente cada componente desses programas, adaptámos a

lista do modelo da descrição da intervenção e a sua replicação na descrição do programa^[22]. Para ajudar a responder à questão de como esses programas foram desenvolvidos e implementados utilizámos a teoria dos oito passos estratégicos de Kotter, para avaliar a gestão de estratégias da mudança, e a teoria do processo de normalização (NPT), para avaliar a integração destes programas no fluxo de trabalho diário de uma instituição^{[15][23]}.

As entrevistas com 10 intervenientes-chave foram realizadas após a certeza de que nunca existiu em Portugal um programa nacional ou regional para gerir a polimedicação inadequada. A equipa de investigação portuguesa alcançou essa conclusão, não só pelo seu conhecimento e experiência no campo, mas também após a) fazer a revisão da literatura, onde não se encontrou qualquer tipo de documento identificado na literatura cinzenta; b) consultar cinco profissionais de saúde pertinentes, pedindo-lhes especificamente para identificar qualquer programa que conhecessem; e c) uma reunião com uma equipa portuguesa dedicada a discutir o projeto SIMPATHY WP4.

A primeira fonte de dados são as entrevistas com intervenientes-chave. As entrevistas foram utilizadas para adicionar profundidade à informação recolhida na análise documental, além de fornecer uma visão sobre o desenvolvimento, implementação e manutenção do programa. As entrevistas vão lançar luz sobre temas não especificamente abordados em documentos publicados, especialmente em relação às estratégias de gestão e liderança para desenvolver e sustentar o programa. Algumas questões abrangidas na revisão teórica também foram abordadas nas entrevistas. Embora tenhamos tentado minimizar redundâncias entre a análise documental e entrevistas, em algumas situações, é bom, ou mesmo necessário, utilizar diferentes fontes de dados para olhar para o mesmo problema, a fim ganhar uma compreensão mais precisa.

Outra fonte de dados é o *Focus Group* com profissionais de saúde. O *Focus Group* é utilizado para validar os resultados gerados na análise documental e nas entrevistas. Estes debates devem permitir à equipa de investigação saber se as suas conclusões refletem com precisão a experiência dos profissionais num ambiente do mundo real.

5.4. Codificação das entrevistas

Como descrito anteriormente, na codificação da transcrição resultante das entrevistas utilizaram-se a teoria de Kotter e a NPT. Esta codificação consiste na leitura das entrevistas transcritas e na seleção de excertos que encaixem na descrição de cada um dos componentes.

5.4.1 Implementação do Programa de gestão da polimedicação – NPT

Coerência

Embora a maioria dos entrevistados se refira às pessoas com mais de 65 anos como o principal alvo dos programas de gestão da polimedicação, alguns intervenientes tinham uma ideia clara de quais os doentes que mais beneficiariam com esses programas: idosos, doentes que tomam medicamentos com estreita margem terapêutica, idosos isolados.

“... [população-alvo] pessoas com mais de 65 anos... //... mas eu também iria incluir as pessoas com doenças crónicas incapacitantes.” (médico)

A ideia da necessidade de mais pesquisas para demonstrar ao governo os problemas apareceu em muitos discursos. Parece que a literatura internacional não é suficiente para criar a consciência e a subsequente prática diferenciada para resolver o problema.

“... Para estudar e realizar estudos que nos ajudam a identificar a população, identificar os fatores de risco, identificar situações com potenciais soluções e, em seguida, se necessário, para implementar o programa nacional ... // ... não vale a pena inventar a roda.” (médico)

Um dos potenciais problemas na criação da prática "diferenciada" em Portugal pode ser o equilíbrio entre a «especificação comunitária» e «especificação individual». A grande maioria dos entrevistados reconheceu a importância da criação de equipas de saúde multidisciplinares como parte da solução para a polimedicação inadequada.

“Isso [análise dos benefícios da gestão da polimedicação] requer uma equipa multidisciplinar, não só os farmacêuticos, ou o médico ou a enfermeira. Temos perspetivas muito diferentes, e até mesmo um economista pode agregar valor...” (Farmacêutico)

Alguns intervenientes alertaram para as potenciais dificuldades no processo de construção de uma equipa multidisciplinar e apresentaram soluções, como a educação específica sobre a multidisciplinaridade.

“Em primeiro lugar trabalhar nos aspetos da interdisciplinaridade e da sua importância. Para criar um objetivo de cuidado comum, um plano de assistência comum centrado nas necessidades do doente e não em necessidades dos profissionais.” (Enfermeiro)

Em muitos casos, parece que cada profissão sente-se como a solução do problema, sem envolver necessariamente outras profissões. Esse discurso é mais frequentemente mencionado por farmacêuticos, mas não exclusivamente.

“Se existisse um farmacêutico a fazer uma revisão do perfil terapêutico do doente, um monte de dinheiro poderia ser poupado nas urgências e em situações de falsas emergências... // ...isso poderia ser feito por um farmacêutico contratado pelo centro de cuidados primários ou por um farmacêutico da farmácia que fornece a área ... // ... um farmacêutico de família a fazer avaliação medicação!” (Farmacêutico)

Participação cognitiva

A formação de uma equipa multidisciplinar está longe de ser uma tarefa fácil em Portugal. A equipa de saúde parece estar claramente definida:

“...médico, enfermeiro, farmacêutico e provavelmente uma assistente social. Temos também aspetos económicos sobre a adesão à medicação...” (Enfermeira)

Alguns entrevistados forneceram dicas a considerar neste processo de recrutamento: caracterizar os participantes, motivar a participar e começar lentamente.

“... Caracterizar os problemas, e motivar cada um dos participantes. Tendo eles que identificar quais são os potenciais elementos motivadores para cada um dos atores ...” (Médico)

Uma potencial solução para os problemas do recrutamento foi referida: envolver apenas os profissionais que aceitariam trabalhar em equipa, e depois apresentar os "ganhos a curto prazo" para os outros.

“Eu acho que a maneira mais fácil para mover aqueles que são contra não está em forçá-los. Deve-se começar com outro que está mais disponível e apresentar os bons resultados.” (Farmacêutico)

A fim de reforçar a "legitimação" do processo de implementação deve-se começar com objetivos e metas claras e métodos de avaliação previamente acordados entre a equipa.

“Tem que juntar todos os jogadores em torno de uma mesa e criar um compromisso e definir um calendário, para definir um cronograma e uma forma de avaliar o trabalho a fazer.” (Médico)

Embora seja raro aparecer entre os entrevistados uma definição clara das tarefas e funções para todos os parceiros da equipa, alguns forneceram uma descrição integrativa sobre como envolver três profissionais: médico, enfermeiro e farmacêutico:

“Os farmacêuticos podem obter ganhos muito importantes, tanto na prevenção, como no uso dos medicamentos. Médicos são cruciais para diagnosticar e acompanhar o doente. Mas quem deve controlar tudo isso entre as consultas, para recolher esta informação e geri-la, deve ser o enfermeiro.” (Farmacêutico)

Os doentes foram por vezes vistos apenas como recetores das atividades dos profissionais de saúde. Os entrevistados consideram que a literacia em saúde em Portugal pode não ser suficiente para conceder aos doentes um papel ativo na gestão da sua medicação.

“... Também doentes - Quero dizer alguns deles - devem ser envolvidos. Mas não podemos envolver todos eles!” (Farmacêutica)

No entanto, capacitar os doentes é um termo que apareceu na maioria dos discursos. Os entrevistados eram a favor do envolvimento dos doentes, e até mesmo dos familiares de doentes, no processo de gestão de medicamentos.

“Doentes com mais consciência e mais bem informados para poder ser parte da gestão de medicamentos...” (Farmacêutico)

Mudar a cultura organizacional, melhorar a comunicação interprofissional, envolver administradores de saúde e administrações foram vistos como pré-requisitos para alcançar a "ativação" do processo de implementação:

“... Se formos capazes de partir do discurso para a prática, onde todos têm o mesmo objetivo e podem trabalhar juntos para o mesmo objetivo, é a única maneira de sermos capazes de mudar a cultura organizacional.” (Médico)

Ação coletiva

Apesar da falta de tradição em trabalhar em equipa e cada entrevistado aceitar os seus benefícios, alguns souberam identificar os primeiros passos para garantir a "viabilidade internacional": criar descrições de trabalho claramente definidas para cada um dos profissionais envolvidos.

“Devemos pensar em criar um algoritmo para, seja durante prescrição ou administração, se prestar atenção aos riscos. Quais os riscos que eu deveria controlar? O que eu preciso para garantir que este medicamento é para esta doença, para corrigir problemas, para tratar o sintoma correto?” (Enfermeiro)

A comunicação interprofissional também deve ser melhorada em Portugal. Sessões clínicas foram sugeridas como uma das oportunidades para facilitar essa relação interprofissional.

“... algo que em Portugal atualmente não existe é uma estreita relação entre quem prescreve, quem dispensa e quem usa. ... // ... A gestão correta da medicação e a redução de riscos associados à polimedicação passam pela interação médico / farmacêutico / doente.” (Farmacêutico)

Provavelmente, devido à escassa colaboração interprofissional na prática, os entrevistados consideram que as fases iniciais da "integração relacional" devem ser supervisionadas pelas autoridades de saúde e que devem ser definidas hierarquias.

“Só com equipas multidisciplinares, com a orientação dos chefes, é que se será capaz de lidar com a questão da polimedicação.” (Farmacêutico)

Novamente, cada profissão tem um papel claro da sua profissão, não só em programas de polimedicação mas nos cuidados gerais do doente.

“...Eu tenho que dizer que nenhuma orientação pode substituir um parecer médico, de modo que este deve estar sempre garantido em qualquer situação...” (Médico)

Mas, provavelmente também devido à escassa colaboração interprofissional na prática, alguns discursos permitem identificar as competências atribuídas por uma profissão para outra profissão, o que dificulta a criação de um quadro comumente aceite.

“...parece que o novo Ministério quer dar mais competências às farmácias comunitárias, e eu concordo. Espero que isso não seja apenas para dar mais trabalho e responsabilidades, mas também mais competências para controlar, nomeadamente na área da reconciliação da medicação.” (Médico)

Como elemento importante na «integração contextual» aparecem as tecnologias de informação. Portugal não é um bom exemplo no uso destas na área da saúde e os entrevistados apontaram:

“Vamos ter de inventar e reinventar, criar melhores mecanismos com maior partilha de informação, utilizando ferramentas informáticas que permitem reduzir os riscos e aumentar a qualidade.” (Médico)

Formação específica em problemas clínicos associados à polimedicação, tanto na pré-graduação como na pós-graduação, têm sido apontados como pré-requisitos para aumentar a consciência em relação aos problemas e integrar os profissionais na solução.

“... A formação de profissionais com alguns conceitos de farmacologia, farmacovigilância, risco de iatrogenia, cascata de prescrição, parece ser muito relevante, porque as pessoas não estão cientes...” (Enfermeiro)

O Serviço Nacional de Saúde português é visto como um modelo ideal para implementar um programa de gestão de polimedicação. Universalidade, acessibilidade e a organização geográfica são as principais características avaliadas.

“Eu acho que o modelo USF Português é excelente. ... // ... É um modelo de proximidade que implica a disponibilidade e flexibilidade dos profissionais, os doentes sentem isso. ... // ... Se eu tenho um relacionamento muito bom com o doente, eu sou conforme com ele e vou prescrever menos medicamentos.” (Médico)

No entanto, a carga laboral é vista como uma barreira para implementar novos programas.

“Pensamos, de facto, que as pessoas no terreno não podem fugir da rotina em que estão afundados, apenas reagem ao imediato.” (Médico)

Monitorização reflexiva

Avaliar as opiniões sobre o trabalho que as pessoas fazem numa prática não-existente não é uma tarefa fácil. Alguns entrevistados foram capazes de idealizar itens que poderiam ser o “caminho”. A ideia de diferenciar os resultados dos estudos-piloto e os programas de curto prazo dos programas nacionais surgiu.

“Você pode obter excelentes resultados a curto prazo, mas, em seguida, as coisas não consolidam.” (Médico)

Vários entrevistados sugeriram a necessidade de programas de avaliação de longo prazo.

“...talvez depois de cinco anos possa comparar-se, por exemplo, o que acontece a nível municipal ou centros de cuidados primários entre aqueles que implementam ou não o programa.” (Farmacêutico)

Os entrevistados identificaram quer os processos quer os indicadores de prescrições inapropriadas como os da mortalidade e qualidade de vida.

“O sucesso seria ter menos intervenções para fazer, detetar medicamentos menos inadequados e uma polimedicação inadequada...” (Farmacêutico)

5.4.2. Estratégias de Gestão da Mudança – Teoria de Kotter

Para contextualizar as oportunidades de gestão de mudança em Portugal pode ser importante lembrar que Portugal fornece cuidados de saúde principalmente através do Serviço de Saúde Português (Sistema Nacional de Saúde: SNS). Este é um sistema público financiado e executado centralmente a partir de diferentes entidades do Ministério da Saúde.

Estabelecer um sentido de urgência

Parece que os entrevistados vêem o SNS como um gigante grande e ignorante que têm de convencer sobre a importância de estabelecer programas de gestão da polimedicação. Os entrevistados referem com frequência que se devem criar estudos para demonstrar os potenciais benefícios destes programas em termos de potencial de redução de despesas de saúde e de indicadores de saúde (ou seja, morbidade e mortalidade). Variáveis como mortalidade, internamentos, ou o dinheiro aparecem com frequência nos discursos como parte da argumentação para levar ao SNS. Existem algumas posições diferentes entre a necessidade para demonstrar ganhos de longo e curto prazo, bem como entre a conveniência de estudos-piloto ou estudos abrangentes.

“... Para mostrar as pessoas lá em cima, aqueles que estão no topo da colina, que se contratar um farmacêutico, e desistir de resolver os problemas no imediato, mas nos próximos cinco a dez anos, eles terão uma população mais ativa, e saudável, com pessoas com uma melhor qualidade de vida e mais feliz.” (Farmacêutico)

“... Com um bom estudo de eficácia / eficiência, eles percebem que a médio prazo, esta é uma gestão eficaz, com redução de custos.” (Enfermeiro)

Criar uma equipa de liderança

Os entrevistados têm a visão de grupos abrangentes, incluindo médico, académicos e administradores de todas as profissões potencialmente interessadas nestes programas de polimedicação. O grupo orientador poderia emergir como um grupo existente numa unidade de saúde familiar ou poderia ser criado de novo com os selecionados. Mas a ideia de um grupo restrito é comum.

“Temos que ter diretores médicos e diretores sensibilizados em relação a este problema...” (Médico)

“Pode ser uma Universidade a iniciar o processo, ou a Ordem dos Farmacêuticos, ou mesmo a Direção Nacional de Saúde incluindo o programa para o Plano Nacional de Saúde...” (Farmacêutico)

Desenvolvimento de uma visão e estratégia

Provavelmente devido à falta de programas de gestão de polimedicação em Portugal, a visão idealizada pelos entrevistados pode ser considerada como simplista e bastante geral. O tema que aparece na grande maioria dos discursos é o "doente".

“Apenas alcançaremos melhores resultados, com maior qualidade e segurança, se colocarmos o doente no centro do sistema...//... Esta mudança de paradigma é necessária para superar as resistências; porque as resistências normalmente surgem dos profissionais, enquanto os doentes querem apenas ter o melhor tratamento possível e o mais rápido possível...” (Médico)

Comunicar constantemente a visão de mudança

Os líderes de opinião foram mencionados como sendo uma parte fundamental na difusão da visão.

“...Indivíduos que são formadores de opinião. São estes indivíduos em uma determinada organização que são respeitados e são ouvidos; nem sempre o grande chefe. Se queres apresentar um projeto, tens que ter estes responsáveis como um aliado. Deves ler o grupo sociologicamente e tentar ver quem eles são, quem eles ouvem e quem eles respeitam, e apostar nessas pessoas sem insultar o chefe.” (Médico)

Realizar um *meeting* nacional para promover a importância dos programas de gestão da polimedicação também foi sugerido.

“No curto prazo, o primeiro passo é explicar adequadamente o que está a ser feito. Talvez um fórum possa ser uma estratégia interessante, um fórum de polimedicação.” (Farmacêutico)

Capacitar ações de base alargada

Obviamente a educação apareceu em muitos discursos como um pré-requisito para implementar um programa de gestão da polimedicação. Vários entrevistados sugeriram uma educação multiprofissional como a solução mais adequada e próxima da necessidade prática.

“A formação dos profissionais de saúde sobre a polimedicação é importante para criar uma visão generalista...” (Enfermeiro)

“A abordagem tem de ser uma abordagem informativa, ela deve ser um treino da equipa, onde enfermeiros, médicos e farmacêuticos devem estar, mas não dizer cada um deles uma coisa diferente.” (Médico)

A melhoria das tecnologias de informação foi frequentemente mencionada. Especialmente a ligação entre diferentes locais de cuidados de saúde, permitindo que os profissionais tenham acesso num local a informações existentes noutra local de cuidados, esta ligação foi vista como facilitadora da implementação de novos serviços.

“... Hoje temos uma grande quantidade de informações no sistema informático. Assim, na teoria, deveria ser fácil ter acesso aos dados. Mas quando vamos à prática, milhares de problemas aparecem quando se quer consultar dados... // ...precisamos de um armazém de dados, uma grande loja de dados, onde poderão ser facilmente recuperados... // ...e precisamos investir na cultura de boa gravação, o que normalmente não existe.” (Médico)

Em consequência da conjugação do curto espaço de tempo podem estar a ignorar atualmente funcionalidades existentes, como sistemas de alerta de interações medicamentosas.

“Quando eu estabelecer programas de interações medicamentosas que não tenham impacto na prática clínica, produzindo uma grande quantidade de ruído, eles serão ignorados a longo prazo na prática clínica...//... mas no meio de tanto ruído corremos o risco de perder a eficácia do sistema.” (Médico)

Gerar vitórias a curto prazo

Surgiu nos discursos, mais uma vez, a realização de estudos-piloto como uma forma de medir os ganhos a curto prazo.

“Um teste piloto...por exemplo, para identificar situações de doentes polimedicados com mais de sete medicamentos e para estudar medicamentos desnecessários, ou aqueles que poderiam estar a originar problemas...” (Médico)

No que toca a vitórias, os entrevistados não eram tão altruístas como eram no momento de "criar uma visão". Embora alguns se refiram a vitória para o doente e para o sistema, muitos focam-se em vitórias pessoais. Os incentivos foram frequentemente citados como uma vitória de curto prazo. Esses incentivos podem ir desde incentivos económicos a outros prémios motivacionais.

“Alguns benefícios devem existir para os participantes. Quer sejam no seu currículo ou em apresentar o seu nome em determinado lugar, com dados... Temos de saber o que cada um quer.” (Farmacêutico)

Consolidar os ganhos

A diferença entre curto prazo e longo prazo foi mencionada por vários.

“Uma pessoa pode medir excelentes resultados a curto prazo, mas depois as coisas não consolidam.” (Médico)

Várias estratégias para consolidar a situação foram citadas. Fornecer um *feedback* contínuo motivacional para os profissionais por meio de relatórios de estudos, da manutenção da garantia de qualidade nos grupos, reuniões específicas entre diferentes equipas, mas novamente a remuneração estava entre as estratégias.

“Re-motivação das equipas, para criar um sistema sustentável, porque eles não podem apenas criar programas, executá-los e esperar que os profissionais entrem automaticamente. É importante pensar em sistemas de reembolso para criar estratégias de suporte. Uma vez o programa obtenha importância, deve-se criar uma discussão entre as diferentes equipas...” (Enfermeiro)

Incorporar as alterações na cultura organizacional

Os entrevistados consideram que o envolvimento das estruturas oficiais do SNS e do Ministério da Saúde é necessário para a implementação a longo prazo de um programa de polimedicação.

“A curto prazo, a satisfação é suficiente para manter o processo em andamento. No entanto, estruturas específicas dedicadas ao programa são necessárias para manter os resultados consistentes a longo prazo.” (Farmacêutico)

Além das ações motivacionais, alguns entrevistados mencionaram também a potencial necessidade do direito à execução do serviço.

“E incentivos...incentivos e obrigatoriedade.” (Farmacêutico)

5.5. Síntese do estudo de caso

Podemos referir, usando várias fontes de informação (isto é, revisão da literatura cinzenta, as entrevistas realizadas e o *Focus Group*), que Portugal carece de qualquer programa de gestão de polimedicação e não tem perspectivas de ter um num futuro próximo. Além da falta de um programa de polimedicação em Portugal, a literatura científica e a nossa investigação mostram uma escassa preocupação sobre a polimedicação em Portugal. Os

estudos em serviços hospitalares^{[24][25]} ou de enfermagem^{[26][27]} são poucos, nas unidades de cuidados primários e em doentes do ambulatório ainda menos^[28].

Durante este processo chegámos à conclusão que vários fatores conduziram à ausência de um programa de polimedicação: falta de consciência devido à ausência de estudos nacionais; questões relacionadas com sistemas deficientes em locais de saúde; questões sobre a multidisciplinaridade e de trabalho em equipa na saúde; cortes nas despesas a curto prazo.

A saúde portuguesa e o seu sistema foram duramente criticados devido à má aplicabilidade e frequentes falhas do sistema^[29]. Várias causas podem justificar esta situação, mas a falta de um *software* comum pode ser uma das mais importantes. Esta situação é consequência das origens da informatização^[30]. Para além desta heterogeneidade entre os diferentes centros de atendimento, foram criados em cada centro diferentes sistemas, sem nenhum interesse especial na sua interconexão^[31]. Apesar de algumas iniciativas terem obtido autorização oficial^[32], a agência portuguesa de proteção de dados também tem sido uma barreira com uma visão muito limitada dos benefícios da partilha de dados. Os cortes financeiros são um problema comum em muitos países. Estes cortes começaram em Portugal, antes da crise financeira^[33], mas tornou-se especialmente importante em Portugal após a Troika.

Mas uma das causas mais evidentes da falta de programas de gestão da polimedicação é a falta de cultura multidisciplinar entre os profissionais de saúde em Portugal. Isto foi claramente identificado durante as entrevistas, quando cada profissional olha para a sua profissão como única para resolver a polimedicação. Quanto aos serviços farmacêuticos, foi identificado um círculo vicioso: a falta de experiências anteriores de colaboração dificulta a abertura de novos serviços de colaboração, tanto com os médicos como com enfermeiros^{[35][36]}. Uma consequência imediata desta situação é um declínio na sua percepção de responsabilidades, mesmo em ambiente de farmácia hospitalar^[37].

6. Conclusão

Em suma, a análise qualitativa tem servido como uma ferramenta conceitual, útil e benéfica para muitos investigadores, em termos de enquadramento e no aumento de análises de processos em execução e em recomendações para melhorar a implementação de processos.

Relativamente às duas teorias utilizadas, pode-se concluir que a NPT oferece um quadro generalizado que pode ser aplicado em diferentes contextos, com oportunidades de ganho de conhecimento incremental ao longo do tempo e um quadro explícito para análise, o que pode explicar e potencialmente moldar processos de implementação. Quanto ao processo de Kotter pode concluir-se que é uma ferramenta eficaz para provocar uma mudança transformacional. Este é um modelo que aborda a importância de um processo passo a passo e aborda também a importância da incorporação de uma transformação desejada numa cultura organizacional por meio de incentivos regulares e repetitivos, *feedback*, reforço e reconhecimento de sucessos.

Após a codificação de várias fontes de informação (entrevistas a intervenientes) realizada no âmbito do projeto SIMPATHY chegou-se à conclusão que Portugal carece de qualquer programa de gestão da polimedicação e não tem perspectivas de existência de qualquer programa num futuro próximo. Durante este processo chegámos ainda à conclusão que vários fatores conduziram à ausência de um programa de polimedicação, nomeadamente a falta de consciência devido à ausência de estudos nacionais; questões relacionadas com sistemas deficientes em locais de saúde; questões sobre a multidisciplinaridade e de trabalho em equipa na saúde; cortes nas despesas a curto prazo.

Bibliografia

- [1] Spencer L [et al.] - *Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*. London: National Centre for Social Research, 2003. ISBN 07715044658. p.17.
- [2] Patton MQ - *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 4ª ed. London: SAGE Publications, 2015. ISBN 9781412972123.
- [3] Stake R - *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1995. ISBN 9780803957671 pp. 49-68.
- [4] Denzin NK, Lincoln YS - *Handbook of Qualitative Research Hardcover*. 4ª ed. London: SAGE Publications, 2000. ISBN 978-1-4129-7417-2.
- [5] Flick U - *Qualitative Data Analysis*. 1ª ed. London: SAGE Publications, 2014. ISBN 978-1446208984, vol. 10.
- [6] Maxwell JA - *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996. ISBN 9781412981194.
- [7] Kvale S - *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996. ISBN 080395820X.
- [8] Miles MB & Huberman AM - *Qualitative Data Analysis*. 2ª ed.. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994. ISBN 9781452257877.
- [9] Gibbs GR - *Analyzing Qualitative Data*. London, SAGE Publications, 2007. ISBN 978-0-7619-4980-0, vol. 4.
- [10] Becker HS - Problems of Inference and Proof in Participant Observation. *American Sociological Review*, reprinted in Filstead. 1958; 23:652-660.
- [11] Altheide DL & Johnson JM - *Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research*. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. ISBN 978-1-4129-7417-2 pp. 485-499.
- [12] SYMPATHY Newsletters. Disponível em: <http://www.simpathy.eu/news/project-news/simpathy-project-newsletter-issue-01-march-2016> [consult. 5 de julho 2016].
- [13] Fernandez-Llimos F [et al.] - *MS27 Case Study Report* <Portugal>. SIMPATHY Consortium, 2015.
- [14] Murray E [et al.] - Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*. 8:1 (2010) 63. ISSN: 1741-7015.
- [15] May CR [et al.] - Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci*. 4 (2009) 29-38. DOI:10.1186/1748-5908-4-29.

- [16] May C, Finch T: Implementation, embedding, and integration: an outline of Normalization Process Theory. *Sociology*. 43 (2009) 535-554. DOI: 10.1177/0038038509103208.
- [17] Petersen I [et al.] - Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. *BMJ*. 335 (2007) 982-988. DOI:10.1136/bmj.39345.405243.BE.
- [18] Grol R, Grimshaw J - From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *Lancet*. 362 (2003) 1225-1230. DOI:10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
- [19] Kotter J - *THE 8-STEP PROCESS FOR LEADING CHANGE - methodology of change leadership*. Disponível em: http://www.kotterinternational.com/ourprinciples/change_steps [consult. em 12 de junho de 2016]
- [20] McIntosh J [et al.] - *SIMPATY: Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly. Case study handbook*. nº MS30 (2015).
- [21] Patterson SM [et al.] - Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 (2014) 10:CD008165. DOI: 10.1002/14651858.CD008165.
- [22] Hoffmann TCI [et al.] - Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 7 (2014) 348:g1687. DOI: 10.1136/bmj.g1687.
- [23] Kotter, John P - *Leading Change*. United States: Harvard. Business Review Press, 2012. ISBN: 1422186431.
- [24] Fonseca T, Clara JG - Polypharmacy and non-compliance in the hypertensive elderly patient. *Rev Port Cardiol*. 19 (2000) 855-72.
- [25] Castanheira L [et al.] - Chronic medication in the perioperative period: usage profile and risk management. *Acta Med Port*. 24 (2011) 893-8.
- [26] Advinha AM [et al.] - Medication regimen complexity in institutionalized elderly people in an aging society. *Int J Clin Pharm*. 36 (2014) 750-6. DOI: 11096-014-9963-4.
- [27] Silva C [et al.] - Drug-related problems in institutionalized, polymedicated elderly patients: opportunities for pharmacist intervention. *Int J Clin Pharm*. 37 (2015) 327-34. DOI: 11096-014-0063-2.
- [28] Eiras A [et al.] - Consumption of drugs in over 65 in Porto (Portugal) and risk of potentially inappropriate medication prescribing. *Aten Primaria*. 48(2) (2016) 110-20. DOI: aprim.2015.03.005.

- [29] Pedro TL - Médicos denunciam caos no sistema informático da saúde. Disponível em www.Publico.pt. [consult. A 2 de julho de 2016].
- [30] Oliveira AG [et al.] – Estrutura de um sistema de informação. Clínica para serviços hospitalares: Baseline. *Acta Med Port.* 3 (1990) 21-6.
- [31] Nunes SR, Rego G, Nunes R - The experience of an information system for nursing practice: the importance of nursing records in the management of a care plan. *Comput Inform Nurs.* 32 (2014) 322-32. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000060.
- [32] Oliveira IC, Cunha JP - Integration services to enable regional shared electronic health records. *Stud Health Technol Inform.* 169 (2011) 310-4.
- [33] Agência Lusa. “Governo está a "ir longe demais nos cortes" na Saúde.” Disponível em www.dn.pt. [consult. a 30 de junho de 2016].
- [34] Rodrigues A, Miguez J, Lourenco P - The "we" and the "others" in an interprofessional surgical context: findings from a Portuguese study. *J Interprof Care.* 27 (2013) 91-2. DOI: 10.3109/13561820.2012.744959.
- [35] Salgado TM [et al.] - Exploring the role of pharmacists in outpatient dialysis centers: a qualitative study of nephrologist views. *Nephrol Dial Transplant.* 28 (2013) 397-404. DOI: 10.1093/ndt/gfs436.
- [36] Salgado TM [et al.] - Renal nurses' views of the potential role of pharmacists in outpatient dialysis centres: a qualitative study. *Int J Pharm Pract.* 22 (2014) 300-3. DOI: 10.1111/ijpp.12082.
- [37] Brazinha I, Fernandez-Llimos F - Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals. *Int J Clin Pharm.* 36 (2014) 1031-8. DOI: 10.1007/s11096-014-9991-0.